

Brief des Präsidenten

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

von Christian Euler



Dr. Christian Euler

Ich gestatte mir zur Osterzeit sehr persönliche Gedanken zur Diskussion zu stellen und hoffe, bei der aufmerksamen Leserin, dem freundlichen Leser die eine oder andere Resonanz wecken zu können. So sollte auch in diesem Fall das Ziel meiner Beiträge erreichbar sein, nämlich den vorhandenen Gleichklang der Gedanken unter uns Hausärztinnen und Hausärzten aufzudecken und spürbar zu machen.

Im fünften Quartal der e-card-Zeitrechnung erkenne ich mit gemischten Gefühlen, dass die e-card-forcierenden Gesundheitsbürokraten in vielen Ordinationen Verbündete haben. Ganz am Beginn, als ich diese Erkenntnis noch ängstlich von mir wies, bestärkte mich ein Gespräch mit Freund Daniel B. darin, dass auch die Beobachtungen anderer Kollegen diese Befürchtung nähren.

„Meine Damen bestehen darauf, dass bei jedem Patientenkontakt diese unnötige Karte gesteckt wird. Ich kann mich da nicht durchsetzen, ... was ich auch sage, ... dass es nur einmal pro Quartal Pflicht ist, ... dass es immer wieder zu Verzögerungen und Komplikationen führt, wenn sie so unerbittlich sind, ... was ich auch sage, es geht ins Leere“.

Ich war direkt erleichtert das aus Daniels Mund zu hören, baute Zweifel an meinem Führungsstil wieder ab und stellte Überlegungen zu diesem Phänomen an.

Viele Kolleginnen und Kollegen haben so wie ich seit Jahren alle Bürokratie an Ihre Ordinationsmitarbeiter delegiert. Sie waren es, die sich mit Patienten herumstreiten mussten, die behaupteten, den Schein das letzte mal abgegeben zu haben, der müsse in der Ordination verschlampt worden sein. Sie waren es, die sich bei Einmahnungen zu Quartalsende mit dem Satz: „ich hab ihn eh schon in der Firma angefordert“ abspeisen lassen mussten. Sie waren es, die mit dem Ruf „immer die selben, immer die selben“ fuchtig auf die Liste abgängiger Scheine klopfen.

Wir selbst schimpften je nach Temperament entweder mit, oder spielten mit beschwichtigenden Worten das Problem herunter.

„Die H..... pflegt ihren dementen Mann dermaßen liebevoll, die hat bei mir alle Nachsicht“ Mit solchen und ähnlichen Sätzen gossen wir oft genug noch Öl ins Feuer. „Weil Sie so ein gesagt: guter, gedacht: blöder Kerl sind, deshalb kommen alle Unverlässlichen vom Bezirk in diese Ordination!“

Kurz: wir haben uns den Luxus geleistet, uns ums „Administrative“ nicht zu kümmern und haben mit diesem Desinteresse unsere Angestellten in Ihrer Position den Patienten gegenüber geschwächt, darüber hinaus vielleicht sogar Geringschätzung ihrer diesbezüglichen Mühen signalisiert.

Jetzt aber sind unsere Ordinationshilfen aufgerüstet. Von der ersten e-card-Schulung an wussten sie, dass die Mühe sich lohnen wird. Es gibt keine Diskussionen über Versicherungsmodalitäten und Krankenscheine mehr, nur mehr Verkündigung der e-card-Wahrheit: „Sie sind derzeit nicht versichert!“ Hätte der Patient noch vor zwei Jahren auf diese Behauptung forsch bis aggressiv reagiert, ist er jetzt ratlos und kleinlaut.

Jede Diskussion, die sich diesbezüglich an unseren Anmeldungen noch ergeben kann, hängt vom Willen und Entgegenkommen unserer Angestellten ab, die e-card hat ihre Position gestärkt, wie wir es nie taten.

Eine Buchempfehlung...

Es ist eine jedes Mal wieder als völlig unsinnig erkannte Gewohnheit die Urlaubskoffer ohne Sorgfalt zu packen und dann festzustellen, dass zuviel und auch das Falsche mitgenommen, Wesentliches aber vergessen wurde. Im letzten Moment raffte ich meine Utensilien zusammen, ohne Konzept und Planung. Einzige Ausnahme sind die mitgenommenen Bücher, die ich meist schon Wochen vorher bereitlege „für die Urlaubstage“.

So hatte ich diesmal Lektüre mit, für die ich mich durch Impulse von außen entschied. Bei einer Veranstaltung des Wiener Haus-

ärzterverbandes machte mich Kollege Rupert Kloetzl auf das Buch „Lebenslust“ von Manfred Lütz aufmerksam (Knaur-Verlag, Euro 8.90).

Bei einer Einladung kurz vor Urlaubsantritt verehrte mir ein bekannter geistlicher Herr das kleine Heft „Deus caritas est“, die erste Enzyklika des neuen Papstes Benedikt XVI (Libreria Editrice Vaticana, Euro 1,50).

Der Lesestoff erwies sich schnell als ideal für den durch Gesundheitsreformbestrebungen irritierten Mediziner.

In „Lebenslust“ stellt der Autor voll Geist und Witz den allgegenwärtigen Gesundheitswahn als Religion dar, die selbstkritiklos verspricht, was sie nicht halten kann und somit mit immer neueren, immer teureren Methoden der selbst produzierten Verbeißung nachhetzt...

Was ihr fehlt ist Vertrauen in den Menschen, welche Rolle er im System auch gerade innehat, Vertrauen in den Arzt, Vertrauen in den Patienten. Was ihr fehlt ist Sinnorientierung statt Zweckmäßigkeit, was ihr fehlt ist der Mut zur Demut, was ihr aber am meisten fehlt ist Liebe. →

Dieses große Wort gelassen auszusprechen gelingt nach dem Studium der päpstlichen Enzyklika ohne weiteres. Eine gescheite, offensiv kritische und selbstkritische, schlüssig argumentierte Abhandlung über das Menschsein, die Zwischenmenschlichkeit und die Gotteskindschaft.

„Die Gesundheitsgesellschaften leisten sich eine gigantische spanische Wand, hinter der mit einem gewaltigen finanziellen Aufwand, der inzwischen alle Grenzen sprengt, die Grenzen des Menschen, nämlich Leiden, Sterben und Tod, verborgen gehalten werden. Diese spanische Wand ist das Gesundheitswesen.

Doch dieses riesige Gebilde hat in jenen Grenzsituationen menschlicher Existenz keinerlei Kompetenz. Noch schlimmer, es ist sogar durch seine eigene unausdrückliche Betriebsideologie denkbar ungeeignet, wenigstens einigermaßen unbefangen mit

solchen existenziellen Lebenslagen umzugehen. Es neigt eher dazu, sie aktiv (durch leer laufende Aktivitäten, die nichts bringen) oder passiv (durch Nichtbeachtung) zu verleugnen. Die Sterilität der Krankenhäuser hat nicht nur hygienische, sondern auch psychologische Gründe.

Steril abgepackt scheinen höchst individuelle Tragödien an den Grenzen der menschlichen Existenz, die sich da abspielen, bloß noch ein Fall von so vielen Fällen zu sein. Diese Notlüge erleichtert die Arbeit. Und das ist somit die einzig wahrnehmbare Leistung des Gesundheitswesens bezüglich der Grenzsituationen: das umtriebige Verbergen von etwas, das man näher nicht kennt.“

Wir Hausärztinnen und Hausärzte können uns unabhängig von religiösen Orientierungen als die Verkörperung dieser Defizite erkennen. Daher sind wir berufen die systemimmanente Leere zu füllen, uns

als mitfühlende Mitmenschen einzubringen; ein von den Patienten überaus geschätzter, von den Gesundheitsbürokraten unerkannter, daher unehonorierter Dienst.

Dennoch sichert uns nur diese menschlich-ärztliche Dimension unserer Medizin die Lust am Beruf, ohne die wir gefährdet sind in Zynismus abzugleiten. Die Honorarzuweisungen der Gesundheitsbürokratie können diese Lust schon lange nicht mehr nähren, die zitierten Bücher schon eher.

Ich würde mich freuen, Sie bei unserer Veranstaltung über den Mobilfunk am Donnerstag, 18. Mai zu treffen. Mitunter müssen wir uns auch über andere Dinge Gedanken machen, als über die destruiierende Gesundheitsreform.

Dr. Christian Euler

Dr. Ernst Franz Straße 18, 7071 Rust
Fax: 0 2685/ 607774, e-mail: ch.euler@aon.at

4. Hausärztetag

Mobilfunk und Gesundheit

**Was sage ich
meinem Patienten?**

**Diskutieren Sie relevante
Fakten für eine Risikoab-
schätzung mit Fachleuten.
Informieren Sie sich über
die aktuellen wissen-
schaftlichen Erkenntnisse.**

**Termin:
Donnerstag, 18. Mai 2006
19.00 Uhr**

**Ort: Hotel „Das Triest“
Raum Lipizzer
Wiedner Hauptstraße 12
1040 Wien**

Brief des Wiener Präsidenten

Stopp der Appeasement-Politik

Die Geschichte hat gezeigt, dass Appeasement-Politik gegenüber Machtmenschen nicht zu ihrer „Befriedung“ führt – sondern dazu, dass sie ihre Macht noch hemmungsloser missbrauchen, um jeglichen Widerstand endgültig zu „befrieden“. Wir harren immer noch der Dinge, ob sich unsere obersten Kämmerer dazu durchringen können, sichtbare Zeichen nach außen zu setzen – um unseren beschlossenen Untergang aufzuhalten – oder ob es lediglich bei einer nun etwas säuerlichen Miene zum sehr bösen Spiel bleibt.

Seit vielen Ausgaben unseres „Zentralorgans“ weist der ÖHV in meist recht deutlicher, teils auch visionärer Weise auf die faulen Früchte hin, die uns diese Regierung mit ihrer „Gesundheitsreform“ mitten in die Ordination legt. Trotz allen Bemühens politischer Sonntagsreden und dem beherzten Einsatz regierungsnaher Kammerfunktionäre, uns Sand in die Augen zu streuen, wird allmählich auch für weniger eingeweihte Experten ruchbar, dass die Ebene, auf der sich die niedergelassenen Ärzte in Österreich befinden, immer schneller in den Abgrund führt.

Die Weichen sind gestellt:

1) Die §15a-Vereinbarung schließt uns von jeglicher auch nur ansatzweise ernstzunehmenden Mitsprache in der Gesundheitspolitik aus, die Umverteilung der Gelder – entgegen aller ursprünglich geäußerten Pläne – aus dem sowieso bereits Not leidenden niedergelassenen Bereich in die Spitäler kann als Faktum angesehen werden.

2) Der bürokratische Würgegriff über die e-card und alle ihre für uns zeitaufwendigen und kostenintensiven Folgen wird sich kontinuierlich verstärken – die Patienten werden von uns zuletzt nur noch als lästiges Beiwerk, das uns davon abhält, sämtliche Auflagen dieser fehleranfälligen Technik zu erfüllen, wahrgenommen werden.

3) Allein die durch die e-card wegfallenden überweisungsbedingten Krankenscheine haben uns weit mehr Schaden gebracht als eine optisch durchaus „nette“ Honorarerhöhung auf der anderen Seite ausgleichen könnte. Das ABS wird den zeitlichen Mehraufwand weiter in die Höhe schrauben, aber der wirklich „echte Hammer“ wird das elektronische Rezept werden – wo jedes einzelne Medikament elektronisch signiert werden muss; Messungen in Deutschland ergaben ca. 2 Minuten zusätzlich pro „vollem“ Rezept.

4) All diejenigen, die keine realistische Möglichkeit haben, ihre Ordination mit „vernünftigem Aufwand“ behindertengerecht zu adaptieren, können ihre Investitionen in den Rauchfang schreiben. Im Gegensatz zu jedem Wirtschaftsbetrieb jeglicher anderen Branche wird eine derartige Praxis nicht mehr übertragbar – und damit völlig wertlos – sein.

5) Die Behandlung von EWR-Bürgern wird sich weiterhin als großes, zeitaufwendiges Ärgernis erweisen, bei dem wir bezüglich des aktuellen Versicherungsstatus in der Luft hängen und wo wir bis zuletzt weder wissen, ob unsere Leistung bezahlt wird noch, ob wir nicht die Medikamente, die wir rezeptiert haben, aus eigener Tasche bezahlen dürfen.



Dr. Manfred Weindl

6) Wir sind Datenlieferanten für ein System, das uns überwacht und nach allen möglichen Varianten als Kostenverursacher bewertet bzw. unter Druck setzt – ohne dass wir die Chance haben, dagegen gezielt zu argumentieren, weil wir selber keine objektive Datengrundlage zur Verfügung haben.

All das ist bereits passiert oder zumindest „auf Schiene“, ohne dass es einen für die Bevölkerung hörbaren Proteststurm offizieller ÄK-Vertreter gegeben hätte – sie waren bestenfalls mit dem Lecken ihrer Wunden nach dem (eigentlich in dieser Art einmaligen) Anlass-Gesetz zur Abschaffung der Naturalrabatte bei Hausapotheken beschäftigt oder finden immer noch nichts Beunruhigendes daran, dass das „Projekt e-card“ ungehindert Schritt für Schritt umgesetzt wird. Wir vermissen zwar nun die lautstarken Kornfeindlichen Anfeuerungsrufe und Pruckneraner Schalmeientöne – aber diese sind auch nicht mehr notwendig – denn der Zug fährt bereits zielstrebig in unsere Weichteile.

Eine beliebte Taktik von Eroberern ist es, ausgewählte Fürsten des zu erobernden Volkes zuerst zu Komplizen zu machen, damit einerseits den Widerstand zu schwächen und sie andererseits von der Basis zu entfernen – bis das Ganze letztlich zum „Filetieren“ bereitliegt. Der HV hat die ÖÄK als „Partner“ ins „Peering-point-Boot“ geholt, alles Weitere läuft quasi von alleine den Bach hinunter.

Nun gibt es zwar erste Anzeichen von (verbaler) Kampfbereitschaft an der Spitze der ÖÄK, da auch dort allmählich dämmert, was der ÖHV schon lange erkannt hat – nur, wer soll nun die enttäuschten und verratenen Indianer aus den Zelten auf die Pferde locken, damit sie sich mit Kriegsgeheul auf den übermächtigen Gegner stürzen? Und wer soll plötzlich das gestörte Verhältnis zu den „Kriegsberichterstattern“ wegzaubern und für faire Bedingungen in der medialen Auseinandersetzung sorgen? Wer bewahrt uns außerdem vor weiteren faulen Kompromissen, die unsere von der Funktionärskrankheit geschwächten Repräsentanten in unserem Namen und vermeintlich zu „unserem Besten“ abschließen werden, weil sie bedauerlicherweise die Bodenhaftung komplett verloren haben?

Fragen über Fragen, die wahrscheinlich nur frische und unbefangene Geister mit ausgeprägtem Teamverständnis und bar jeglicher Intriganz, aber trotzdem dem nötigen Durchsetzungsvermögen, befriedigend beantworten können – also quasi die humane Abart einer eierlegenden Wollmilchsau mit dominantem Wunderwuzzi-Syndrom und doppelt angelegtem Selbstaufopferungs-Chromosom; wir werden ihre Ankunft sehnlichst erwarten – aber was machen wir bis dahin? „High noon“ ist längst vorüber!



Der ÖHV streckt seine Hände weit aus, um diejenigen zu erreichen, die sich noch nicht im Bunker versteckt haben – in der Hoffnung, dass der Krieg so lange draußen bleibt, bis wieder Milch und Honig fließen – sondern die erkannt haben, dass JF Kennedy mit seinem berühmten Satz „Don't ask, what your country can do for you – ask, what you can do for your country“ die Richtung angedeutet hat. Genauso wie Genies nicht nur aus Inspiration sondern größtenteils aus Transpiration bestehen, passieren Wunder auf Bestellung höchst selten – nein: es passiert nichts Gutes, außer – man tut es.

Die Zeit der Vogel-Strauß-Politik, des Floriani-Prinzips und der heimlichen Kollaboration mit denen, die unser eigenständiges Denken und (Be-)handeln wegrationalisieren wollen, müsste nun endgültig vorbei sein – Appeasement-Politik kann man sich nur

dann leisten, wenn andere dabei unter die Räder kommen, wenn wir selber zu den ausgewählten Opfern zählen, ist diese Taktik ausgesprochen ungünstig. Daneben sind auch nörgelnde Trittbrettfahrer, die sich mit kleinlichen Kommentaren aus der Loge bemerkbar machen, in etwa so notwendig wie ein Hexenschuss. Gefragt sind wackere Recken, die mit klarem Verstand und festem Rückgrad bereit sind, ihren persönlichen Beitrag dazu zu leisten, dass unser bereits leckes Schiff nicht das Titanic-Schicksal erleidet, sondern seinen Kurs fortsetzen kann.

Das Fell, das derzeit zu Markte getragen wird, ist unser eigenes

Meint Ihr bereits etwas fröstelnder Kollege

Dr. Manfred Weindl

E-card und Patientenverfügung

von Rolf Jens

Nach fast einem Jahr und vielen mühsamen Ordinationstagen mit diesem System, nach all den Querelen, die unsererseits in berechtigter Weise immer wieder dargestellt wurden, fragt man sich: Wozu dient dieses System? Wozu wird es gebraucht? Wer will, und betreibt daher diese Aufblähung des Verwaltungsapparates zum Großteil auf unsere Kosten?

Es war uns von Anfang an klar: Dieses System hilft weder uns Ärzten noch den Patienten! Aber gerade den Patientennutzen will die Politik mit ihrer Öffentlichkeitsarbeit glauben machen! So wird ja seit langem in der Gesundheitspolitik gearbeitet. Die einen kündigen an, andere müssen es durchführen und oftmals auch noch selbst bezahlen. Bis jetzt waren wir in diesem Verfahren immer diejenigen, die draufgezahlt haben.

Nunmehr sollten wir einmal den Spieß umdrehen:

Ministerium und Patientenvertreter machen in der Öffentlichkeit laufend Werbung für die Patientenrechte! Die Ärzte sollen diesen Patientenwünschen natürlicherweise verpflichtend entgegenkommen. Und die neueste Idee ist die einer Patientenverfügung, an die der Arzt verpflichtend gebunden sein soll. Gesetzesentwürfe wurden hier vorbereitet – allein keiner weiß, wer diese Verfügungen verwalten soll! Und wie man zu der Information kommen soll, dass überhaupt eine solche Verfügung vom Patienten gestellt wurde.

Wir sollten nunmehr für die Patienten eintreten, dass die doch so geeignete E-card diese Aufgabe erfüllen sollte! Technisch sicherlich keine Schwierigkeit, da die Karte ohnehin bei jeder Behandlung vorgelegt werden muss und demnächst auch alle Spitäler mit diesem System ausgestattet werden müssen. Hier kann die Politik endlich beweisen, dass ihr Bürgeranliegen am Herzen liegen. Es sind auch keinerlei Bedenken hinsichtlich einer



Dr. Rolf Jens

„Datenschutzüberschreitung“ anzunehmen – und die Kosten wären von jenen zu tragen, die uns Ärzte sonst auch nur mit bürokratischen Erschwernissen bedenken!

Bis jetzt hat sich offenbar noch kein Politiker getraut, öffentlich diese Aufgabe der E-card-Betreibergesellschaft aufzubürden – obwohl dies ja doch auf der Hand liegt. Patientenanliegen sind offenbar nur bei uns Hausärzten gut aufgehoben!

Dr. Rolf Jens

e-mail: jens@via.at



Ein ganzer Mann – bis zu 36 Stunden lang!

CIALIS 10 (20) mg Filmtabletten Qualitative und Quantitative Zusammensetzung Jede Tablette enthält 10 (20) mg Tadalafil. Hilfsstoffe siehe unter Hilfsstoffe. **Anwendungsgebiete** Zur Behandlung der erektilen Dysfunktion. CIALIS kann nur wirken, wenn eine sexuelle Stimulation vorliegt. CIALIS ist nicht angezeigt zur Anwendung bei Frauen. **Gegenanzeigen** In klinischen Studien wurde gezeigt, dass Tadalafil die blutdrucksenkende Wirkung von Nitraten verstärkt. Dies wird auf eine gemeinsame Wirkung von Nitraten und Tadalafil auf den Stickstoffmonoxid / cGMP-Stoffwechsel zurückgeführt. Daher ist die Anwendung von CIALIS bei Patienten kontraindiziert, die organische Nitrate in jeglicher Form einnehmen (siehe Abschnitt 4.5 Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen). Männer mit kardialen Erkrankungen, denen von sexueller Aktivität abgeraten wird, sollten Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion - einschließlich CIALIS - nicht verwenden. Ärzte müssen das potentielle kardiale Risiko einer sexuellen Aktivität bei Patienten mit einer vorbestehenden kardiovaskulären Erkrankung berücksichtigen. Die folgenden Patientengruppen mit Herz-Kreislauf-Erkrankung waren in klinische Studien nicht eingeschlossen und daher ist die Anwendung von Tadalafil kontraindiziert: Patienten mit Herzinfarkt während der vorangegangenen 90 Tage, Patienten mit instabiler Angina pectoris oder einer Angina pectoris, die während einer sexuellen Aktivität auftrat, Patienten mit Herzinsuffizienz Schweregrad II oder höher nach New York Heart Association (NYHA) während der letzten 6 Monate, Patienten mit unkontrollierten Arrhythmien, Hypotonie (< 90/50 mm Hg) oder unkontrollierter Hypertonie, Patienten mit einem Schlaganfall während der vorangegangenen 6 Monate. CIALIS darf bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegen Tadalafil oder einen der Hilfsstoffe nicht angewendet werden. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion (ATC Code G04B E). **Hilfsstoffe** Tablettkern: Lactose-Monohydrat, Croscarmellose-Natrium, Hypromellose, mikrokristalline Cellulose, Natriumdodecylsulfat, Magnesiumstearat. Filmüberzug: Lactose-Monohydrat, Hypromellose, Triacetin, Titandioxid (E171), Eisenoxidhydrat (E172), Talkum. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Lilly ICOS Limited, 25 New Street Square, London, EC4A 3LN. Vereinigtes Königreich. NR, Apothekenpflichtig **Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**

Mevir® 125 mg-Tabletten. Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge): 1 Tablette Mevir enthält 125 mg Brivudin. **Anwendungsgebiete:** Frühzeitige Behandlung des akuten Herpes zoster bei immunkompetenten Erwachsenen. **Gegenanzeigen:** Mevir darf bei Überempfindlichkeit gegenüber Brivudin oder einem anderen Bestandteil des Arzneimittels nicht eingenommen werden - Mevir darf nicht gleichzeitig mit 5-Fluorouracil (5-FU) oder anderen 5-Fluoropyrimidinen (wie z. B. Floxuridin und Tegafur) eingenommen werden - die Mevir-Behandlung kann für immunsupprimierte Patienten (z. B. Krebspatienten unter Chemotherapie oder Patienten unter immunsuppressiver Therapie) nicht empfohlen werden - Sicherheit und Wirksamkeit von Mevir ist bei Kindern nicht ausreichend belegt; deshalb sollte es bei Kindern nicht angewendet werden - Mevir sollte nicht in der Schwangerschaft und Stillzeit eingenommen werden. **Verschreibungspflicht / Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmens:** A. Menarini Pharma G.m.b.H., Wien. **Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln sowie Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**



Kassenverhandlungen in Wien

Ein Drama in drei Akten

Von Norbert Jachimowicz

Prolog

Das Wiener Verhandlungsteam (Steinhart, Azem, Jens, Jachimowicz und andere Funktionäre sowie Kammerangestellte) übermittelt der Kasse ein „Angebot“, also eine Honorarordnung, die eine moderne patientenorientierte zwendungsbetonte medizinische Versorgung der Versicherten nach dem derzeitigen medizinischen Wissensstand sicherstellen würde und unsere Arbeitszeit und unseren Einsatz fair bewerten würde. In Summe hätte dieses Honorarordnungsangebot der Kasse Mehrkosten von etwa 30% verursacht, aber auch neue notwendige Leistungen gebracht.

1. Akt

Die Verhandlungsteams beider Seiten treffen sich Ende September 2005 zu einer ersten Verhandlungsrunde. Bittner (Obmann der WGKK) weist das Angebot als „Traumbuch“ und völlig abgehoben von der sehr tristen finanziellen Lage der Kasse zurück. Er bietet 2.5 % auf die derzeitige Honorarsumme für 2006, was etwa 0.9% Tarifierhöhung entsprechen würde. Dieses Angebot liegt also weit unter der Inflationsrate für 2005 (2.3%); es wird von den Kammervertretern klar zurückgewiesen.

In den folgenden vier Treffen versucht die WGKK dieses Angebot von 0.9% immer neu zu verpacken, um es uns einerseits schmackhafter zu machen und andererseits einen Keil zwischen die Allgemeinmediziner, die Fachärzte und die technischen Fächer zu treiben – etwa 3.9% für die Allgemeinmediziner, 0.3% für die Fachärzte und 0% für die technischen Fächer, oder das Gegenteil, Erhöhung bei den Technikern auf Kosten der übrigen Ärzteguppen.

Das Ärztekammerteam hat inzwischen als Minimalforderung eine Erhöhung der Tarife um 4.5% bei Wegfall aller Limitierungen (etwa bei der therapeutischen Aussprache, etc.) deponiert. Als in der Anfang Dezember anberaumten Verhandlungsrunde wieder keinerlei Bewegung der Gegenseite festzustellen ist, bricht das Kammerteam die Verhandlungen als vorerst gescheitert ab.

2. Akt

Das Verhandlungsteam informiert die Kurie, die Bezirksärzterevertreter und die Fachgruppenobleute vom Scheitern der Verhandlungen und befragt außerdem die Kassenärzte in einer OGM-Umfrage zum Angebot der WGKK von 0.9%. Etwa 80% der Mitglieder weisen dieses Angebot empört zurück, und erwarten sich eine harte Haltung des Verhandlungsteams. Zwischen Kammer und Kasse herrscht weitgehende Funkstille. Nur über die Medien kommt es noch zu einem gelegentlichen Mitteilungsaustausch.

So etwa lässt die Kammer der Kasse ausrichten, dass sie nur bereit ist, bei einem substanzialen Angebot der WGKK an den Verhandlungstisch zurückzukehren. In der Zwischenzeit werden in diversen Sitzungen die vertragsfreie Zeit und 2 Aktionstage am 21. und 22. März 2006 mit Ordinationsschließungen, Protestveranstaltungen, einer Demonstration sowie Informationsständen an Verkehrsknotenpunkten vorbereitet.

Die WGKK versucht immer wieder die Kurie zu neuen Verhandlungen zu bewegen, allerdings ohne ein neues Angebot zu legen.



Dr. Norbert Jachimowicz

*...un tremuoto,
un temporale,
un tumulto generale,
che fa l'aria rimbombare....*

(Rossini "Der Barbier von Sevilla")

3. Akt

Nach diverser medialem Vorgeplänkel kommt es durch die Versicherung der WGKK, ein deutlich höheres Angebot zu legen, am 23. 2. 06 zu einem neuerlichen Meeting. Die Kasse hat sich tatsächlich bewegt, und in einer von 23. 2. 06, 9:00 bis 24. 2. 06, 2:00 Uhr dauernden – also 17stündigen – Verhandlung konnte schließlich eine Einigung erzielt werden, die auch für uns zumindest annehmbar ist:

Vertragsabschluss für Allgemeinmediziner (AM) und Fachärzte (FÄ) für 2 Jahre (2006 und 2007) mit folgenden Bedingungen:

AM 2006: plus € 1,78 pro Fall und Quartal und weitere € 1,78 für 2007 (entspricht einer Tarifierhöhung von etwa 5.3% für 2006 und etwa 5,0 % für 2007 – bezogen auf den fiktiven durchschnittlichen „Scheinwert“ laut „FOKO“ in Wien).

FÄ 2006: in Summe plus 2.5% und 2007 nochmals plus 2,1% Tarifierhöhung

Technische Fächer (Abschluss nur für 2006):

Radiologen: + 1 Mio € auf die Honorarsumme

Labor: +1 Mio € auf die Honorarsumme und 60 % der Tarife bei Überschreitung des Deckels (bisher 40%)

Physikalisten: äußerst komplizierte Regelung (mit dem Fachgruppenobmann direkt vereinbart) die der Gruppe etwa € 500 000,- mehr bringt.

Die Umlegung der (Gesamt-)Steigerungen auf die einzelnen Tarifposten muss noch im Detail erfolgen.

Am 31. März gab die Wiener Ärztekammer bekannt, dass die Wiener Ärztinnen und Ärzte über den Kassenvertrag abgestimmt haben. Die Mehrheit plädierte dabei für die Annahme des Verhandlungsergebnisses. Es hätte zwar noch genug Gegenstimmen gegeben, „aber insgesamt war die Mehrheit ausreichend“.

Ende des Dramas (Applaus?, Buh-Rufe?)

Eines hat auch diese Verhandlung wieder gezeigt. Sachargumente zählen wenig bis gar nicht. Nur gute Dramaturgie, Pokern und reine Machtdemonstrationen – auf beiden Seiten – bestimmen den Verhandlungsforgang und letztlich das Ergebnis.

Dr. Norbert Jachimowicz

NÖ: Wahlärzte im Vormarsch

von Wolfgang Geppert

Während die Zahl der Kassenvertragsärzte (1.233) in NÖ stagniert, explodiert die der Wahlärzte (1.623). Derzeit punkten die Kollegen ohne Kassen sowohl im Praxisalltag, als auch in der Standesvertretung. Es ist an der Zeit, die standespolitischen Kräfte auch für uns Kassenärzte zu bündeln, damit wir nicht nur zahlenmäßig ins Hintertreffen geraten.

Die Wahlarzt-Ordinationen schießen wie die Schwammerln aus dem Boden. Unsere Patienten haben längst keine Hemmungen mehr, Privat-, und Kassenmedizin parallel in Anspruch zu nehmen. Ganz im Gegenteil, sie haben gelernt, die Rosinen aus dem medizinischen Versorgungskuchen zu picken. Der ungehemmte Zugang zu unseren Spitalsambulanzen lässt diese mehr und mehr zu Stationen der unpersönlichen Massenabfertigung werden. Der allseits beliebte Oberarzt kann im Spital oft nur zwischen Tür und Angel ergattert werden. Auf dem Weg in den Operationssaal bleibt ihm meistens nur mehr Zeit für ein kurzes Gespräch. Wer die persönliche Zuwendung sucht, der steuert die Praxisräumlichkeiten des angesprochenen Oberarztes an. Dort gibt es ausführliche Beratung und ganz nebenbei gleich einen vorgezogenen OP-Termin.

Unter diesen Bedingungen sind unsere Patienten immer häufiger bereit, für Arzthonorare in die Geldbörse zu greifen, um anschließend die Honorarnote bei der Krankenversicherung einzureichen. Eine Möglichkeit, die sozial Schwachen und Migranten eher versperrt bleibt. Die Zwei-Klassen-Medizin kommt durch die Hintertür. Mit jeder Neueröffnung einer Wahlarztordination wird dieser Trend verstärkt.

Es wäre verlogen zu behaupten, diese Entwicklung hätte für uns Hausärzte nur negative Auswirkungen. Durch Kenntnis des persönlichen Umfeldes unserer Patienten, wissen wir genau, wer zum Fachkollegen ohne Kassen überwiesen werden kann und wer nicht. Das hat bei aufwendigen Untersuchungen, wie Koloskopie oder Ergometrie, die im Kassenbereich meist mit langen Wartezeiten verbunden sind, seine Vorteile. Wir ersparen uns die Kontaktaufnahme mit dem Fachkollegen, um die Dringlich-

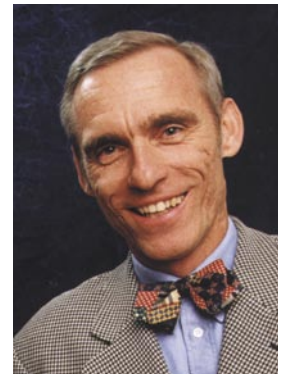
keit unserer Zuweisung zum Ausdruck zu bringen. So gesehen, eröffnet jede neue Wahlarzt-Ordination, auch die Chance auf sinnvolle Erweiterung unseres bewährten Überweisungsnetzwerkes.

Weit weniger friktionsfrei verläuft das Nebeneinander von zwei Allgemeinmedizinern in einer Kleingemeinde, einer davon eingessenen mit Kassenpraxis, der andere jung, hoch motiviert, im Wahlarztstatus. Unter diesen Voraussetzungen ist selbst nicht Eingeweihten die unterschiedliche Entwicklung der Standeszahlen verständlich. Praktische Ärzte, ohne finanziellen Rückhalt aus einer Krankenhausanstellung, wagen weit weniger den Sprung in die Wahlarztpraxis, als dies fix besoldete Oberärzte tun, die ihre Facharztztätigkeit in der freien Wildbahn bereichern wollen.

Aus diesem Grund sind bei den Allgemeinmedizinern die Vertragsärzte in NÖ noch in der Mehrheit: 768 Kolleginnen und Kollegen mit Verträgen stehen 506 Wahlärztinnen und -ärzten gegenüber. Ganz anders ist die aktuelle Situation bei den Fachärzten. Hier scheinen die niederösterreichischen Zahlen, Stand vom 23. März 2006, rekordverdächtig zu sein. 1.116 (in Worten: Eintausend und Einhundert) Fachkollegen ohne Vertragsbindung stempeln 465 Vertragsinhaber zu einer Minderheit. Dass dieses auffallende Ungleichgewicht unter den niedergelassenen Medizinern auch jede Form neuer Spannungen zwischen den Ärzteguppen in sich trägt, braucht wohl nicht extra erwähnt werden.

Honorardumping

Beispielhaft soll hier ein Komplex zur Sprache kommen, der das Verhältnis zwischen Wahl- und Kassenärzten zunehmend belastet. Es ist das Dumpen der Honorare. Was in Hausarzt-Kreisen, am Beispiel der Impfgebühren, zu ständigen Reibereien führt, zieht jetzt auch in Wahlarzt-Ordinationen ein. So wie es Vertragsärzte gibt, die mit ihren Impfungen zum Nulltarif die Leute von weit und breit ansaugen, versuchen auch Wahlärzte mit Niedrigtarifen zu punkten. Wer annimmt, nur Hausärzte mit detektivischen Eigenschaften sind imstande, das Honorargefüge von Kollegen zu durchschauen, denen sie Patienten zuweisen, der irrt. Freimütig legt so mancher Patient gleich neben den Arztbrief die Honorarnote des konsultierten Kollegen auf den Tisch.



Dr. Wolfgang Geppert

Im lockeren Ton erklärt der Begutachtete: „Herr Doktor, dort gehe ich wieder hin. Für die abschließende Befundbesprechung habe ich keinen Cent bezahlt!“ Und schon befindet man sich im Zentrum des honorarpolitischen Irrgartens. Eine Ordination zum Nulltarif, so meinen die Freigiebigen am Beginn ihrer Wahlarztztätigkeit, soll Anreiz für den Patienten sein, die Praxis wieder aufzusuchen.

Irrtum! Eine Arztpraxis kann nicht nach dem Vorbild eines Elektronikfachmarktes geführt werden, für den es um geile Preise geht. Märkte dieser Art locken viele Kunden meist nur des niedrigen Preises wegen an. Von den Kunden werden weite Anfahrten in Kauf genommen. Solche Dumpingpreise bedingen einen möglichst knapp gehaltenen Personalstand. So irrt der Kunde oft minutenlang durch die leeren Gänge, bis er einen persönlichen Ansprechpartner ausfindig gemacht hat. Kommt ein solcher ins Blickfeld, dann drängen auch andere Kaufwillige in diese Richtung. Die Erkenntnis dieses Vergleiches: Nur beim Ruck-Zuck-Verkauf führen Dumpingpreise zum wirtschaftlichen Erfolg. Die Wahlarztordination hingegen, lebt vom ausführlichen Gespräch. Unsere gemeinsamen Patienten erwarten bei Konsultation eines Wahlarztes genau das Gegenteil: Ungestörte, vom Zeitdruck befreite, Zuwendung. Und die hat bekanntlich ihren Preis.

Leistungen nur zum Schein?

Am Beginn der Praxistätigkeit versucht so mancher Wahlarzt möglichst viele Kassenpositionen in die Rechnungsaufstellung zu pferchen. Auf diese Weise erreicht er für den

Patienten einen hohen Prozentsatz der Rück-erstattung. Dabei werden unsere tagtäglichen Bemühungen, den Patienten die Unterschiede zwischen Kassen- und Privatleistungen klar zu machen, zunichte gemacht. Ich erinnere mich gut an den Fall einer Eignungsuntersuchung für einen Tauchkurs in Ägypten. Die von mir persönlich über den Privatstatus dieser Untersuchung informierte Patientin, verließ unverrichteter Dinge die Praxisräumlichkeiten.

Wochen später, nach dem Auslandsaufenthalt, präsentierte sie mir stolz eine Kopie des benötigten Attestes: „Dieser HNO-Arzt hat nicht so lange herumgeredet. Ruck zuck, schon hatte ich den Wisch in Händen! Schauen Sie, wie viel ich von der Kasse zurückerbekommen habe!“ Auf der Rechnung stand kein Wort von der Untersuchung für den Tauchkurs. Laut Durchschlag ist die Sportbegeisterte vor ihrem Urlaubsantritt plötzlich an einer Otitis erkrankt. Auch Cerumenentfernung wäre vonnöten gewesen.

Kollegiale Aussprache

Solche Differenzen lassen sich meiner Ansicht nach am besten im persönlichen Gespräch lösen. Bezirksärztesitzungen bieten dafür dann einen idealen Rahmen, wenn Zeit für offene Diskussionen geboten wird. Zusammenkünfte, die nach einem schier endlos erscheinenden Klinikervortrag und hastigem Abendessen, aufgelöst werden, sind dafür ungeeignet. Nur im ständigen Kontakt liegt die Chance, die kommenden Jahre mit ihrem beinhaltenen Verdrängungswettbewerb wirtschaftlich halbwegs passabel zu überleben. Für die jetzt so schwierige Situation müssen die Gesundheitspolitiker vergangener Jahrzehnte die Verantwortung übernehmen.

Unter ihren falschen Versprechungen, alle Studierenden könnten nach Abschluss der Ausbildung eine lohnende Arbeitsstelle finden, ermöglichten sie die skrupellose Überproduktion von Medizinerinnen. Unabhängig davon blockierten Politiker und Sozialversicherer in unseliger Allianz die Schaffung neuer Formen der ärztlichen Kooperation. Statt die Bildung leistungsfähiger Gemeinschaftspraxen zu ermöglichen, waren die heimischen Kassenärzte über Jahrzehnte zum Einzelkampf verdammt. Der Aufbau leistungsfähiger Strukturen, welche den Spitalsambulanzen Paroli bieten könnten, wurde blockiert.

Die bestehende Struktur unserer Ordinationslandschaft, mit ihren tausenden Einzelstandorten, ist den aktuellen Anforderungen eines leistungsfähigen Gesundheitssystems nicht mehr gewachsen. Während Spitalsambulanzen die Rund-um-die-Uhr-Versorgung anpreisen, können die einzelkämpfenden Niedergelassenen nur an festgelegten Tagen für einige Stunden offen halten. Landes- und Bundespolitiker dürfen heute unwidersprochen nach längst überwunden geglaubten Systemen rufen, in denen Facharztordinationen gleich im Bezirkskrankenhaus etabliert sind.

Die Galionsfigur

Dem Wahlarzt Dr. Christoph Reiser, Galionsfigur seiner Gilde, muss neidlos zugestanden werden, in der laufenden Kammerperiode das Optimum für seine Sparte herausgeschlagen zu haben. In der Koalition mit der Mehrheitsfraktion Überparteilicher Ärzteverband (ÜPAV) fand er anscheinend die besten Voraussetzungen, um das Los der Wahlärzte zu verbessern. Der ÜPAV kürte ihn zum Vizepräsidenten der NÖ Ärztekammer und zum Wahlärztereferenten. In diesen Positionen zog der Orthopäde alle Register, um Niederösterreich zum Musterland seiner Spezies werden zu lassen. Durch die Erleichterungen beim Rezeptieren und bei Zuweisungen wird die Tätigkeit eines Wahlarztes immer attraktiver.

Kassenärzte auf dem Abstellgleis?

Eine der großen standespolitischen Aufgaben der Zukunft wird es sein, die Interessen der Vertragsärzte besser zu vertreten, ohne dabei neue, zusätzliche Gräben innerhalb der Ärzteschaft aufzuwerfen. Eine Regierungsperiode, wie die zu Ende gehende, darf es für uns Ärzte nicht mehr geben. Der Frau Minister ist es zusammen mit den Bürokraten vom Hauptverband gelungen, einen Keil zwischen die Krankenversicherten und die Vertragsärzte zu treiben. Der geballte Bürokratie- und Fremdbestimmungsschub lässt unsere Energien auf Nebenschauplätzen verglühen.

Die Kehrseite der GINA-Box

Auch für diese Causa der Neubelastungen soll ein plakatives Beispiel herausgegriffen werden. Neuerdings etwa haben wir Kassenärzte darauf zu achten, ob nach nächtlichem Update des Hauptverbandes, wie gewohnt, auf unser GINA-Box mindestens drei Lämp-

chen leuchten. Ist dies nicht der Fall, dann hat das Ding während des Updates seinen Geist aufgegeben und die ganze Ordination steht still. „Ganz einfach“, erklärt ein leidgeprüfter GINA-Box-Inhaber, „Stecker an der Rückseite kurz rausziehen und gleich wieder reinstecken.“

20 bis 30 Minuten warten, dann ist die Box wieder betriebsbereit, die Patientenbetreuung kann fortgesetzt werden. Hat der Vertragsarzt oder seine Angestellte diesen unglaublichen Nonsens nicht im Hinterkopf parat, dann erhöhen sich die Wartezeiten für die Patienten enorm. Die Ordinationskraft muss sich in die telefonische Warteschleife der Hotline einklinken, unzählige Fragen über sich ergehen lassen, bis endlich ein Techniker die aufwändige Lösung des Problems präsentiert: „Greifen sie bitte auf die Hinterseite ihrer GINA-Box und....“

Albtraum Wenderegierung

Die penible Auflistung aller Mehrbelastungen, die wir seit Arbeitsbeginn der Wenderegierung zu tragen haben, würde den Rahmen dieses Beitrages bei Weitem sprengen. Vieles an diesen Einengungen blieb den Wahlärzten erspart. Wer hätte diese Entwicklung im Februar 2000 vorausgesagt? Eine Regierung, die nach ihrer Anglobung beim Bundespräsidenten, nicht über den Ballhausplatz schreiten kann, sondern über einen Tunnel in das Bundeskanzleramt flüchten muss, wird nicht zum Killer von aufgeblasenen Spitalsambulanzen oder unrentablen Kleinstkrankenhäusern. Ganz im Gegenteil! Sie wird zum Totengräber der Niedergelassenen. Selbst eingefleischte ÖVP-Ärzte sehnen den Tag herbei, an dem die Frau Bundesminister Rauch-Kallat ihren Schreibtisch räumt. Motto: Das ist kein Reformieren, das ist ein Schikanieren. Unter Duldung unserer Ständevertretung trieb die Gesundheitsministerin uns Vertragsärzte in einen Sumpf bürokratischer Auswüchse: Erstattungskodex, Arzneimittelbewilligungssystem, Gesundheitsplattformen, Hygieneverordnung, beschlossene ICD 10 Codierung u.s.w. Die Liste erscheint schier endlos. Das Warten auf den Aufstand der Betroffenen ebenso.

Dr. Wolfgang Geppert

2193 Wilfersdorf

E-Mail: geppert@aon.at

Apotheker sind keine Ärzte

von Peter Muzik

Auf den ersten Blick kommt es einem reichlich kindisch vor, dass sich die Ärzte gar so aufregen. Seit Montag*, als die Apotheker in Wien und Niederösterreich eine Blitzaktion gestartet haben und einen zehnmütigen Gesundheits-Check zum Nulltarif offerieren, ist Feuer am Dach. Die Mediziner scheinen zu befürchten, dass ihnen die Apotheker ins Handwerk pfuschen und damit letztlich zahllose Patienten abspenstig machen.



Auf den zweiten Blick stellt sich beim Lokalaugenschein heraus: Den Apothekern, die ihren Kunden offenbar etwas Gutes tun wollen, gelingt das letztlich nicht – zumindest bei mir nicht. Zuckerwert und Blutdruck waren zwar prima, der Cholesterinwert jedoch nicht messbar, weil das Gerät defekt war. Dann kommt's: Mein Bauchumfang um 7 (!) cm größer als sonst, und die verdammte Waage zeigte um 3,4 (!) Kilo mehr an als daheim.

Auf den dritten Blick fragt sich unsereiner nach so einer misslungenen Husch-Pfusch-Aktion, wozu das Ganze eigentlich gut war? Eindeutige Antwort: Für nix. Ich hoffe inständig, dass man sich demnächst nicht auch in der Billa-Filiale durchchecken lassen kann. Die gut gemeinte Initiative der Apotheker ist nämlich garantiert kein Ersatz für eine Vorsorgeuntersuchung beim Doktor. Es wäre sinnvoll hierfür mehr zu werben.

Auf den vierten Blick ist alles klar: Die aufgeregten Ärzte haben Recht. Die Moral von der Geschichte: Die Apotheker sollten nicht so tun, als wären sie halbe Ärzte – und die Aktion einfach abrechnen.

*Aktionsstart 20. März 2006

Kommentar aus WirtschaftsBlatt von Peter Muzik
e-mail: p.muzik@wirtschaftsblatt.at

Medizinalrat Dr. med. Kurt Weissenborn

Schönbrunner Allee 64A/5/2
A-1120 Wien, Tel. 802 67 35
Mobilitel. 0664 31 39 37

Herr Dr. med. Manfred Weindl
Währingerstraße 52/2/19
A-1090 Wien

Sehr geehrter Herr Kollege!

Den aufschlussreichen Brief des Präsidenten der Wiener Ärztekammer, Herrn Generalmajor, Prim. i. R., Dr. Walter Dörner, der im „doktorinwien“ 2/2006 erschien, habe ich mir erlaubt am 19. 02. 2006 zu beantworten.

Bis heute wurde ich keiner Antwort, keiner Reaktion für würdig befunden. Die ALTLAST, wie man uns charmant zu nennen beliebt, soll auf gut wienerisch – die Go... halten – und sich möglichst bald nach dem 65. Geburtstag den Sargdeckel überstülpen lassen.

Ach ja, wir Ärzte sind, ob selbständige oder angestellte, ob jung, ob alt, Individualisten. Jeder sehr gescheit und hilfsbereit, aber auch naiv und jeder für sich und jede Gruppe für sich, egoistisch! Dabei sitzen wir alle in einem Boot und werden, wenn es demnächst soweit sein wird, gemeinsam untergehen. In allen Ehren! Auch die Kapitäne?

Wenn es möglich wäre den in Abschrift beiliegenden Brief an den Herrn Präsidenten und eventuell eine meiner Randbemerkungen in Ihrer geschätzten Zeitschrift zu veröffentlichen, würde es mich, sehr geehrter Herr Kollege, sehr freuen.

Mit den besten Wünschen verbleibe ich mit kollegialer Hochachtung
Kurt Weissenborn

Abschrift

Medizinalrat Dr. med. Kurt Weissenborn

Wien; am 19. 02. 2006

Herrn Generalmajor i. R.,
Prim. Dr. Walter Dörner
Präsident der Ärztekammer für Wien
Weihburggasse 10-12, 1010 Wien

Sehr geehrter Herr Präsident!

Danke für die Aufklärung in Ihrem Brief. Jetzt weiß ich, dass ich ein Privilegierter bin! Meine Alterspension beträgt 886,70 Euro brutto und soll um die Kleinigkeit von 69,80 Euro gekürzt werden. Dann bleiben noch 816,81 Euro brutto, weit über die Armutsgrenze!

Leider fand ich keine Erklärung, weshalb die heute Aktiven von solchen Pensionen nur träumen können.

Erwähnenswert wäre, dass 1999 der damalige Finanzreferent der Ärztekammer für Wien, Herr Prim. Dr. Walter Ebm, im „Wiener Arzt“ erklärte:

„...muss man fairer weise sagen, dass die Pensionen nicht nur durch die jetzigen Beitragszahler finanziert werden. Auch die Pensionisten haben Opfer gebracht... Das Einfrieren der Pensionen über einen langen Zeitraum. (N. B. Nichtvalorisierung seit 1985). Wenn man diesen Kaufkraftverlust betrachtet, dann muss man anerkennen, dass die Pensionisten einen wesentlichen Beitrag zur Sanierung... geleistet haben und noch leisten.“

Interessanterweise scheint die Wiener Ärztekammer über die neue Ärztegesetz-Novelle, die mit 1. 1. 2006 in Kraft trat und die Möglichkeit eröffnet, sowohl Bestattungsbeihilfe, als auch Hinterbliebenenunterstützung einzustellen, nicht empört zu sein. Immerhin haben Sie, sehr geehrter Herr Präsident, mit dieser Mitteilung endlich die unkorrekte Behauptung „Der Gesetzgeber hat per 1. 1. 2005 die Todesfallbeihilfe abgeschafft“, indirekt berichtigt. In der neuen ÄrzteG-Novelle erkennt der Hellhörige einen weiteren Schritt auf den Weg zur Zerstörung unsere Gesundheitssysteme. Man nimmt den Ärzten wieder ein bisschen von ihrer Selbstbestimmung, sät Zwietracht in ihre Reihen und schon sind sie neuerlich geschwächt und abhängiger von ihren Kontrahenten.

Am Ende dieses Weges steht der VERSTAATLICHTE GESUNDHEITSDIENST! Traurig, dass das niemand sieht, oder sehen will.

Mit freundlichen Grüßen

MR Dr. Kurt Weissenborn Obstl. A. D.

Durogesic® 25 µg/h - Depotpflaster, Durogesic® 50 µg/h - Depotpflaster, Durogesic® 75 µg/h - Depotpflaster, Durogesic® 100 µg/h - Depotpflaster. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 Transdermales Pflaster mit 10,5 cm² Wirkfläche enthält 4,2 mg Fentanyl (entsprechend 25 µg/h Wirkstoff-Freisetzung). 1 Transdermales Pflaster mit 21 cm² Wirkfläche enthält 8,4 mg Fentanyl (entsprechend 50 µg/h Wirkstoff-Freisetzung). 1 Transdermales Pflaster mit 31,5 cm² Wirkfläche enthält 12,6 mg Fentanyl (entsprechend 75 µg/h Wirkstoff-Freisetzung). 1 Transdermales Pflaster mit 42 cm² Wirkfläche enthält 16,8 mg Fentanyl (entsprechend 100 µg/h Wirkstoff-Freisetzung). Anwendungsgebiete: Chronische Schmerzen, die nur mit Opiatanalgetika ausreichend behandelt werden können. Hinweis: In den durchgeführten Studien war eine Zusatzmedikation mit schnellfreisetzungsmorphinartigen Arzneimitteln bei fast allen Patienten zur Kupierung von Schmerzspitzen erforderlich. Gegenanzeigen: Durogesic® darf nicht angewendet werden bei: kurzfristigen Schmerzzuständen, z.B. nach operativen Eingriffen, bekannter Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff Fentanyl, gegen andere Opiate oder gegen sonstige Bestandteile des Pflasters, gleichzeitiger Anwendung von Monoaminoxidase (MAO)-Hemmern oder innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung einer Therapie mit MAO-Hemmern, Atemdepression ohne künstliche Beatmung, bradykarden Rhythmusstörungen, akuten hepatischen Porphyrinen, schwer beeinträchtigter ZNS-Funktion, erhöhtem intrakraniellen Druck, schwerer Hypotension durch Hypovolämie, Myasthenia gravis. Sonstige Bestandteile: Trägerschicht: Polyethylenterephthalat/Ethylvinylacetat - Folie. Wirkstoffhaltige Schicht: Adhäsives Polyacrylat. Schutzfolie: Polyesterfolie, silikonisiert. Rote (Durogesic® 25 µg/h - Depotpflaster)/Grüne (Durogesic® 50 µg/h - Depotpflaster)/Blaue (Durogesic® 75 µg/h - Depotpflaster)/Graue (Durogesic® 100 µg/h - Depotpflaster) Drucktinte. Pharmazeutischer Unternehmer: Janssen-Cilag Pharma, 1232 Wien. Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: SG, apothekenpflichtig. ATC Code: N02AB03. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Gewöhnungseffekte, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Muss Wien anders sein?

von Josef Sattler

Die Übernahme der meisten Krankenhäuser durch das Land NÖ ist abgeschlossen. Lediglich Wr. Neustadt, Neunkirchen, Stockerau, Korneuburg und Klosterneuburg haben noch Gemeindespitäler. Jetzt können die Neustrukturierung, die optimale Nutzung von Synergieeffekten und Ressourcen, die Steigerung der Effizienz, sowie die Umsetzung eines Gesamtkonzepts im niederösterreichischen Gesundheitswesen beginnen. Wenn man den Aussagen der Verantwortlichen trauen kann, dann sind Einsparungen in Millionenhöhe möglich.

Bisher ist aber noch wenig Innovatives oder Neues bekannt geworden. Nach wie vor wird beim Personal gespart, werden Stationen im Nachtdienst nur mehr einfach mit diplomiertem Pflegepersonal besetzt, werden Krankenschwestern nach dem am Wochenende zu erwartenden Patientenstand eingeteilt, werden Nachtdienststräger im turnus- und fachärztlichen Bereich reduziert, bzw. in Rufbereitschaft umgewandelt.

Letzteres ist Thema dieses Artikels.

Quasi über Nacht sollte in einer großen Landeslinik in NÖ an der Abteilung eines „kleinen“ Faches (z. B. Urologie, HNO, Dermatologie, Augenheilkunde...) die Rufbereitschaft im fachärztlichen Dienst eingeführt werden. Das bedeutet: An Wochentagen von 19.00 bis 7.00 Uhr, an Wochenenden und Feiertagen ist außerhalb der Visiten kein Facharzt mehr anwesend, aber immerhin an vier Nächten pro Monat ein Ausbildungsassistent (um die Ausbildungsberechtigung nicht zu verlieren). Offiziell wird betont, man wolle eine Vollabteilung erhalten. Tatsächlich wird aber ein „Leistungsspektrum in Anlehnung an einen Fachschwerpunkt“ angestrebt. Wenn man also vorhat, eine Vollabteilung in einen Fachschwerpunkt mit fachärztlicher Rufbereitschaft umzuwandeln, dann kann man das ja auch offen sagen. Oder nicht? Man will doch niemanden täuschen oder eine Sicherheit vorspiegeln, die es nicht gibt.

Solange der Patientenvertrag erfüllt wird, ist alles erlaubt. Wenn aber die Versorgung stationärer Patienten durch einen abteilungsfremden Facharzt durchgeführt werden soll (Originaltext: „wenn ein „höherwertiger“ Arzt für stationäre Patienten nötig ist, ist erster Ansprechpartner der diensthabende Facharzt für Chirurgie“), dann muss man sich - Patientenanwalt hin oder her - fragen: Wo ist die Grenze zwischen Kreativität und Kriminalität? Wo beginnt, bzw. endet das Recht des Patienten auf fachärztliche Versorgung im jeweiligen Sonderfach? Durch missbräuchlich angewandte Autorität darf auf keinen Fall die Verantwortung auf die Kolleginnen und Kollegen abgewälzt werden. Arbeitsorganisatorische und gesetzliche Mindestanforderungen müssen eingehalten werden. Fachüberschreitende Tätigkeit kann nicht angeordnet werden!



Dr. Josef Sattler

Grundsätzlich stellt sich aber die Frage, warum für eine funktionierende, historisch gewachsene, bewährte und von den Patienten akzeptierte Struktur innerhalb von zwei Wochen Änderungsbedarf besteht, wenn angeblich der Versorgungsauftrag für eine gesamte Region seitens der Landesklinikenholding vorliegt? Und dies, ohne die kurz- und langfristigen Auswirkungen sowohl auf DienstnehmerInnen als auch auf die Versorgungsqualität abschätzen zu können. Hier wird ein Thema von gesamtösterreichischer Tragweite angegangen. Denn Niederösterreich weit gibt es dzt. an keiner Vollabteilung des betroffenen Faches eine eingerichtete Rufbereitschaft. Und Wien hat sich ja grundsätzlich von einer fachärztlichen Rufbereitschaft distanziert - zum Wohle der Wiener Patienten!

Außerdem würde eine derart unsoziale organisatorische Änderung eine Schlechterstellung für die ÄrztInnen bedeuten. Denn in den Gehaltsverhandlungen für Spitalsärzte wurde bisher immer darauf verwiesen, dass das Grundgehalt in NÖ deshalb so niedrig sei, weil die Ärzte sowieso über die Überstunden - also die Erbringung von verlängerten Diensten - auf ein „adäquates“ Gehalt kämen. Wie sollen attraktive Arbeitsplätze in NÖ entstehen, wenn sich die Entgeltsituation umgekehrt proportional zur Leistungsanforderung, der Gestaltungsmöglichkeit und der mit dem Versorgungsauftrag verbundenen Verantwortung entwickelt?

Aus meiner Sicht als Arzt und Betriebsratsvorsitzender sind diese Maßnahmen nicht geeignet, den Standort NÖ als attraktiven Arbeitsplatz nachhaltig zu sichern. Zusätzlich zur finanziellen Schlechterstellung (fehlende Attraktivität für höchst qualifiziertes Personal) sehe ich vor allem ein Versorgungsproblem für die niederösterreichischen Patienten.

Es ist politische Verantwortung und standespolitische Aufgabe die Versorgung der Patienten im regionalen Umfeld durch „Vollabteilungen“ nachhaltig zu sichern.

„Wien ist anders: Da wird der Patient von seinem Facharzt versorgt!“

Dr. Josef Sattler, April 2006

ARGUS, Arbeitsgemeinschaft Unabhängiger Spitalsärzte

Fachkurzinformation: NovoMix® 30 Penfill® 100 E/ml Injektionssuspension – Zylinderampullen, NovoMix® 30 FlexPen® 100 E/ml Injektionssuspension – Injektor + 7 NovoFine Nadeln, **Zusammensetzung:** Lösliches Insulin Aspart/Insulin-Aspart-Protamin-Kristalle 100 E/ml im Verhältnis von 30/70 (Ursprung: rekombinante DNS, Saccharomyces cerevisiae). Eine Einheit Insulin Aspart entspricht 6 nmol (0,035 mg) salzfreiem, wasserfreiem Insulin Aspart. **Hilfsstoffe:** Mannitol, Phenol, m-Cresol, Zinkchlorid, Natriumchlorid, Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Protaminsulfat, Natriumhydroxid, Salzsäure, Wasser für Injektionszwecke. **ATC-Code:** A10AD, **Anwendungsgebiet:** Zur Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus. **Gegenanzeigen:** Hypoglykämie, Überempfindlichkeit gegenüber Insulin Aspart oder einen der Hilfsstoffe. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsvaerd, Dänemark, **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, **Weitere Angaben** zu Dosierung, Art und Dauer der Anwendung, Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Weitere Informationen auch erhältlich bei Novo Nordisk Pharma GmbH, Opernring 3, 1010 Wien, Tel.: 01/405 15 01, kostenfreie Tel.Nr.: 0800 008 009, Fax: 01/408 32 04, E-mail: kundenservice@novoo.dk, www.novonordisk.at
Literatur: 1. Warren ML, Conway MJ, Klaff LJ, Rosenstock J, Allen E; Postprandial versus preprandial dosing of biphasic insulin aspart in elderly type 2 diabetes patients; Diabetes Research and Clinical Practice, 2004; 66 (1): 23 – 29, 2. Böhm B et al. Diab Med 2002; 19 (5): 893 – 399, 3. Hermansen K et al. Diab Care 2002; 25: 883 – 888, 4. Böhm B et al., Diab Stoffw 2004; 13 (Suppl 1): S 161 (P – 346).



Mag. Markus der Rechtsanwalt auf

von Wolfgang Gasser

Wer von uns Ärztinnen und Ärzten je Rechtshilfe benötigte, fand diese prompt und zuverlässig in der Innsbrucker Rechtsanwaltskanzlei Oberhofer/Lechner/Hibler. Zuständig für alle Belange ärztlicher Rechtsnöte war und ist Mag. Lechner. Wir bringen in der Folge einige Streiflichter seines facettenreichen Aufgabenbereiches.

Mag. Lechner und Doz. Dr. Oberhofer lernten einander an der Universität Innsbruck kennen, wo sie beide als Assistenten arbeiteten. Später, im Jahr 1998 bot Dr. Oberhofer seinem Kollegen die Mitarbeit in seiner Praxis an, wo Mag. Lechner zunächst als Konzipient tätig war. Sehr bald wurde er dort mit den Rechtsproblemen der ÄrztInnen konfrontiert, die sich auf Empfehlung des damaligen Präsidenten des Österreichischen Hausärzteverbandes, MMag. DDr. Thaler, an die Kanzlei um Hilfe wandten.

Recht und Gesundheitswesen sind ein vielschichtiges Sujet, denn Ärzte, Patienten und Sozialversicherungen haben zum Teil weit auseinander liegende Rechtspositionen. Und so mancher Arzt erwies sich als durchaus streitbar. So konnte Mag. Lechner in Vertretung eines niederösterreichischen Kollegen den „Solidaritätsbeitrag“ der Hausapotheker zu Fall bringen. Von Seiten der Ärztekammern wird derlei freilich nicht gerade gerne gesehen, denn dort wird der österreichische Weg des „wir wern scho kann Richter brauchen“ dem klaren Rechtsweg eindeutig der Vorzug gegeben. Wer letzteren dennoch beschreitet, wird sofort als aufmüpfiger Prozesshansl abgetan.



Aber es gibt auch andere. Viele hätten es sich nicht träumen lassen, je mit dem Kassenvertrag in Konflikt zu kommen. Aber in Zeiten, in denen eine evidence-based-medicine hohe Aufwendungen für das Wohl der PatientInnen heischt, kommt unsereins schnell einmal mit der rein ökonomisch orientierten Kassenphilosophie über Kreuz.

Wieder erfährt man in solcher Situation von Kammerseite keine Unterstützung und muss schon froh sein, nicht als schwarzes Schaf abgestempelt zu werden. Mit Mag. Lechners Rechtsbeistand war für viele KollegInnen die Gefahr zu bannen.

Und weiter? Wir leben in einer von Verträgen diktierten Zeit. Jede geschäftliche Transaktion, jeder Kauf oder Verkauf einer Immobilie, nicht zuletzt eine Scheidung können das finanzielle Ende und somit das persönliche Aus einer Existenz bedeuten. Auch in solchen Situationen ist ein Rechtsbeistand unverzichtbar.

Mag. Markus Lechner wird aus familiären Gründen seine Zusammenarbeit mit Doz. Dr. Oberhofer beenden und an den Bodensee in Vorarlberg zurückkehren.

Seine neuen Geschäftsadresse lautet:

6020 Innsbruck, Schöpfstraße 6B

Tel: 0664/15 34 83, e-mail: lechnermarkus@aon.at

Lechner- Seiten der Ärzte

