

Brief des Präsidenten

Geschätzte Kolleginnen, geschätzte Kollegen!

Gleich zu Beginn des neuen Jahres meldeten sich die Gesundheitsreformelektroniker zu Wort um ihre Ziele für 2010 der Öffentlichkeit bekannt zu machen. Die Anbindung aller Spitäler an das e-card-Netz. Damit verbunden eine Ausweisungspflicht der Patienten beim Anmeldeschalter. Die Ausweitung dieser überwachungsstaatlichen Regelung in den niedergelassenen Bereich ist angedacht.

Drei Pilotprojekte in Sachen e-Medikation, der ersten ELGA-Anwendung, die realisiert werden soll, stehen bevor.

Als Begleitmusik wurden wir mit Ergebnissen einer Umfrage berieselt, die den Reformschritten höchste Akzeptanz bescheinigen. Immer ungenierter werden als Sparpotenzial im Gesundheitssystem Arzthonorare und Medikamentenkosten genannt, nach wie vor unterbelichtet bleiben die Investitionssummen in die automatisierte, Daten hortende Bürokratie. Riesensummen werden in Spitalsneubauprojekte gepumpt, während die Arbeitnehmer in den existierenden Krankenhäusern seit Jahren um adäquate Entlohnung und Arbeitszeiten kämpfen.

Freie Stellen für Allgemeinmedizinerinnen sind erstmals seit Jahrzehnten schwer zu besetzen, eine adäquate Ausbildung ist dennoch Stiefkind auf der Agenda der Gesundheitspolitiker. Die qualitativste Form der Wissensvermittlung, die Lehrpraxis, wird zum Hobby der LehrpraxisleiterInnen erklärt, das die sich selbst finanzieren sollen.

So schreitet man unbeirrt voran: auf dem Holzweg in die Sackgasse.

Wir haben uns entschlossen an drei Abenden im zweiten Quartal 2010 Experten in das Kulturcafe des Radiokulturhauses in Wien einzuladen, um unsere Bedenken gegen diese „Reform“politik zur Diskussion zu stellen.

Am Dienstag, dem 13. April wollen wir erörtern, wie Sanierungsmethoden für marode Wirtschaftsbetriebe als taugliche Sanierungskonzepte für das Gesundheitswesen verkannt werden. So wie jeder den schnellen Gewinn suchende Manager zunächst Arbeitnehmer kündigt, setzen sich die Gesundheitsreformer über Patientenbedürfnisse hinweg. Über die Auswirkung dieses Reformgeistes auf das soziale Klima im Land wollen wir uns berichten lassen und auch selbst über unsere eigenen Erfahrungen berichten

Am Dienstag, dem 11. Mai werden wir die Frage stellen, wie die Lehrmeinung zu Stande kommt, die uns ärztekritische Reformer als



Dr. Christian Euler

Leitlinien unseres diagnostischen und therapeutischen Handelns aufzwingen wollen. Die Vermarktung der Neuen Grippe (H1N1), an der Repräsentanten der Gesundheitsbehörde geradezu mit aggressiver Leidenschaft mitwirkten, kann als Lehrbeispiel einer von der Ökonomie bedrängten Wissenschaft gelten. Solcher „Wissenschaftsvermarktung“ wollen wir die von AllgemeinmedizinerInnen für AllgemeinmedizinerInnen erarbeiteten Richtlinien gegenüberstellen und ihre Rolle in unserem Arbeitsalltag diskutieren.

Der dritte Abend, **Dienstag der 8. Juni**, hat ELGA zum Thema. Wir wollen versuchen den Wert einer automatisierten, vom Patienten losgelösten Medikamentenverträglichkeitsprüfung zu erkennen, und mit der individuellen Medikation, einem therapeutischen Kerngebiet hausärztlicher Arbeit an der Seite des betroffenen Patienten, vergleichen. Der zweite Schwerpunkt soll einem Fall von Datenmissbrauch gewidmet sein, der die Bedrohlichkeit für jeden einzelnen von uns erkennbar macht.

Ziel dieses „Dienstagszyklus“ ist es, einmal mehr einer selbstbewussten, kritischen Allgemeinmedizin das Wort zu geben. Wer jeden Monat mit hunderten Mitbürgern in persönlich schwierigen Situationen Kontakt hat ist verpflichtet jenen zu widersprechen, die es für einen Erfolg halten ohne soziale Kompetenz, getrieben von neoliberalen Geist willkürlich definierten schwarzen Zahlen Menschenopfer zu bringen.

Ich darf Sie bitten die genannten Termine – jeweils 18:00- in Ihren Kalender einzutragen und sich in den folgenden Ausgaben des „Hausarztes“ von der Qualität unserer Gäste und deren Themen zu überzeugen.

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

Fachkurzinformation: Foster 100/6 Mikrogramm/Sprühstoß, Druckgasinhalation, Lösung. **Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge):** Jeder Sprühstoß (aus dem Dosierventil) enthält: 100 Mikrogramm Beclometasondipropionat und 6 Mikrogramm Formoterolfumarat-Dihydrat. Dies entspricht einer über das Mundstück abgegebenen Dosis von 86,4 Mikrogramm Beclometasondipropionat und 5,0 Mikrogramm Formoterolfumarat-Dihydrat. **Wirkstoffgruppe:** ATC-code R03 AK07. **Anwendungsgebiete:** Foster ist indiziert für die regelmäßige Behandlung von Asthma, bei der die Anwendung eines Kombinationsprodukts (inhalatives Kortikosteroid und lang wirkender Beta-2-Agonist) angezeigt ist: • Patienten, die mit inhalativen Kortikosteroiden und inhalativen kurz wirkenden Beta-2-Agonisten zur bedarfsweisen Inhalation nicht ausreichend eingestellt sind, oder • Patienten, die mit inhalativen Kortikosteroiden und lang wirkenden Beta-2-Agonisten in Kombination bereits ausreichend eingestellt sind. **Hinweis:** Foster ist nicht geeignet für die Behandlung von akuten Asthmaanfällen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Beclometasondipropionat, Formoterolfumarat-Dihydrat und/oder einen der sonstigen Bestandteile des Arzneimittels. **Hilfsstoffe:** Norfluran (HFA-134a), Ethanol wasserfrei, Salzsäure. **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** Torrex Chiesi Pharma GmbH, Gonzagagasse 16/16, A-1010 Wien, Österreich. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Abgabe:** NR, apothekenpflichtig. **Erstellungsdatum/Änderungsdatum:** 28.01.2009

2010- Das Jahr der Erfolge für Elga?

von Christian Euler

Nach der Umwandlung der ARGE-ELGA in eine ELGA GesmbH, die in enger Kooperation mit der SVC (Sozialversicherungs Chipkartenbetriebs- und Errichtungsgesellschaft) agieren soll, wird die Umsetzung von vier Anwendungen angestrebt: die Entlassung aus dem stationären Bereich, die Übermittlung der Laborbefunde, die Übermittlung der Befunde der Bild gebenden Diagnostik und schließlich die Umsetzung der e-Medikation.

Für das Jahr 2010 sind drei Pilotprojekte zur e-Medikation geplant. Jeweils ein Krankenhaus und ungefähr hundert niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in West-Tirol, in Oberösterreich, konkret Wels, und rund um das SMZ Ost in Wien soll die von Siemens entwickelte Software erproben.

Bemerkenswert ist die Rolle der Kooperationspartner. Siemens hat auf die Idee des Arzneimittelgurtes Salzburg, der zwar in den Medien höchst präsent und von Politprominenz hoch gelobt, dennoch aber von minderer und nicht ausbaufähiger Qualität war, ein professionelles elektronisches Kommunikationskonzept aufgesetzt. Die Kosten für diese Software trug und trägt die pharmazeutische Gehaltskasse Österreichs, das Sozial- und Wirtschaftsinstitut der österreichischen Apotheker. Sie ist eine Körperschaft öffentlichen Rechts und bildet eine Verwaltungseinheit mit der Österreichischen Apothekerkammer.

Streng genommen ist das derzeit vorzeigbare Projekt e-Medikation das Ergebnis einer rein privaten Kooperation von Siemens und der Österreichischen Apothekerkammer. Dennoch gibt es einen Projektleiter der SVC, Arbeitsgruppen, die auch von Vertretern des Ministeriums und der Österreichischen Ärztekammer (Präs. Wechselberger, MR. Jachimowicz) besetzt sind. Sie alle verfolgen die Projektziele: Patientensicherheit, komplette Speicherung der Medikation und spezielle Prüfungen dieser Medikation auf Interaktionen. Im Rahmen der Pilotprojekte wird zunächst auf Mehrfachverschreibungen und Wechselwirkungen geachtet werden.

Es soll bei jedem Patienten eine chronologische Liste seiner Medikamente der letzten Monate, sowie getrennt davon, seine derzeit aktuelle Medikation einsehbar sein. Durch die exakte Eingabe der Dosierung und der verordneten Packungsgröße lässt das System auch Schlüsse auf die Therapietreue des Patienten zu.

Für die verordnenden Ärztinnen und Ärzte soll die Teilnahme an der e-Medikation Pflicht sein, für die Patienten wird Freiwilligkeit offengehalten. Die Bereitschaft zur Teilnahme bekundet die Patientin, der Patient in der Apotheke, wo dies auch schriftlich dokumentiert wird. Die Erfassung der rezeptfrei in den Apotheken erstandenen Medikamente hängt von dieser Patientenerklärung ab.

Wenn der PatientInnenschaft Freiwilligkeit in Aussicht gestellt wird, verschweigt man geflissentlich, dass durch die elektronische Rezeptabrechnung der Apotheken bereits seit Jahren die Medikation jedes einzelnen Sozialversicherten allmonatlich registriert und gespeichert wird, die Freiwilligkeit sich somit nur auf die „Echtzeiterfassung“ dieser Daten beziehen kann.

Über das Projekt e-Medikation wird Patientensicherheit nur durch Zwang und Freiheitsverlust ermöglicht. Werden die zum Teil hoch wirksamen Substanzen der OTC-Präparate (Aciclovir, Ibuprofen, Ovulationshemmer, etc.) nicht erfasst, bleibt die Verträglichkeitsprüfung auf dem Niveau der im Dezember laufenden Apothekenaktion „nach bestem Wissen“.

Mit einer plakatifüllenden Schwurhand stellen die Apothekerinnen und Apotheker ihren Kunden in Aussicht deren Medikation „nach bestem Wissen“ zu überprüfen. Dass die dringend nötige „beste Gewissheit“, beispielsweise über die Nierenfunktion, über den Elektrolythaushalt fehlt, die Arzneimittelprüfung somit ohne Qualität ist, spielt bei einer Marketingaktion keine Rolle.

Der Verkauf einer wertverminderten Ware Gesundheit schreitet voran, die politisch Verantwortlichen mit ihrem starren Blick auf die in der Wirtschaft angewandten Sanierungskonzepte stört das nicht.

Dass wirtschaftliche Sanierung immer und ausnahmslos Menschen in krisenhaften Lebensumständen zurücklässt, gibt den Reformern offensichtlich nicht zu denken. Sie führen die Gesundheitspolitiker, denen sie Amt und Aufgabe verdanken, unbeirrt voran, auf dem Holzweg in die Sackgasse.

Der österreichische Hausärzteverband wird im zweiten Quartal 2010 dreimal ins Radiokulturhaus einladen um sich kritisch zu Wort melden. Ich bitte Sie bereits jetzt um Ihre Aufmerksamkeit.

Weiterführende Information: www.initiative-elga.at unter emedikation, Arzneimittelsicherheitsgurt, 3. Dez. 2009 Referat DI Bugnar, Siemens, Referat Mag. Bauer SVC

Panprabene 20 mg magensaftresistente Tabletten. Panprabene 40 mg magensaftresistente Tabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Panprabene 20 mg magensaftresistente Tabletten: Jede magensaftresistente Tablette enthält 20 mg Pantoprazol (entsprechend 22,6 mg Pantoprazol-Natrium-Sesquihydrat). Sonstiger Bestandteil: 38,425 mg Maltitol; Panprabene 40 mg magensaftresistente Tabletten: Jede magensaftresistente Tablette enthält 40 mg Pantoprazol (entsprechend 45,1 mg Pantoprazol-Natrium-Sesquihydrat). Sonstiger Bestandteil: 76,85 mg Maltitol. **Anwendungsgebiete:** Panprabene 20 mg magensaftresistente Tabletten: Zur Behandlung der leichten Refluxkrankheit und damit verbundener Symptome (z. B. Sodbrennen, saures Aufstoßen, Schmerzen beim Schlucken). Zur Langzeit-Therapie und Prävention von Rezidiven bei Refluxösophagitis. Zur Prävention von Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren induziert durch nicht-selektive nicht-steroidale anti-inflammatorische Arzneimittel (NSAIDs) bei Risikopatienten mit NSAID-Dauerbehandlung; Panprabene 40 mg magensaftresistente Tabletten: Duodenalgeschwüre, Magengeschwüre, mittelgradige bis schwere Formen von Reflux-Ösophagitis, Langzeitbehandlung von Zollinger-Ellison Syndrom oder anderer Krankheiten, die mit einer pathologischen Hypersekretion von Magensäure einhergehen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Wie andere PPIs darf Panprabene 20 mg und 40 mg nicht gemeinsam mit Atazanavir verabreicht werden. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Protonenpumpenhemmer; ATC-Code: A02BC02. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Tablettenkern: Maltitol (E 965), Crospovidon (Typ B), Carmellose-Natrium, Natriumcarbonat, wasserfrei (E 500), Calciumstearat; Tablettenüberzug: Poly(vinylalkohol), Talkum (E 553b), Titandioxid (E 171), Macrogol 3350, Soyalecithin (E 322), Eisenoxid Gelb (E 172), Natriumcarbonat, wasserfrei (E 500), Methacrylsäure-Ethylacrylat-Copolymer (1:1), Triethylcitrat (E 1505). **Verfügbare Packungsgrößen in Österreich:** Panprabene 20 mg magensaftresistente Tabletten: 14 und 30 Stück; Panprabene 40 mg magensaftresistente Tabletten: 7, 14 und 30 Stück. **Inhaber der Zulassung:** ratiopharm Arzneimittel Vertriebs-GmbH, Albert-Schweitzer Gasse 3, A-1140 Wien, Tel.Nr.: +43/1/97007-0, Fax-Nr.: +43/1/97007-66, e-mail: info@ratiopharm.at. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Stand der Information:** 01/2009. **Weitere Hinweise zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen und zutreffendenfalls Angaben über die Gewöhnungseffekte sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Ein befremdlicher Brief voller Freundlichkeit

von Christian Euler

Anfang Jänner erhielten die VertragsärztInnen der SVA ein Schreiben über das bisherige Ausbleiben der Einigung einen Gesamtvertrag betreffend. Voll des Lobes über die Zusammenarbeit der letzten Jahrzehnte, enttäuscht über die ablehnende Haltung der Ärztekammer einem zukunftsweisenden Honorarvertragsvorschlag gegenüber, garantierte der Noch-Vertragspartner, auch im Falle eines vertragslosen Zustandes problemlose Zusammenarbeit. Man werde jedem/er einzelnen Vertragsarzt/ärztin eine Abrechnungsbefugnis anbieten und sollte die ärztliche Standesvertretung etwas dagegen haben, ja vielleicht sogar die Annahme dieses Angebotes mit Sanktionen verknüpfen, werde man auch Rechtsbeistand in der Auseinandersetzung mit der eigenen Kammer leisten.

So viel Selbstgerechtigkeit von einer Zwangsmitgliedervereinigung gegenüber einer anderen Zwangsmitgliedervereinigung ist wohl bemerkenswert. Wenn auch nicht überraschend. Das Bemühen weg vom Gesamtvertrag hin zu Einzelverträgen fruchtete schließlich durch die Zugehörigkeit medizinischer Institute (physikalische Medizin, Labordiagnostik, bildgebende Diagnostik) zur Kammer der gewerblichen Wirtschaft.

Medizin, ein Gewerbe wie jedes andere, das Gesundheitssystem, ein Wirtschaftszweig wie jeder andere.

Prediger dieses Glaubens entsendet die Kammer der gewerblichen Wirtschaft seit der Umfärbung des Hauptverbandes an dessen Spitze.

Während aber die Basis der einen Kammer - wir niedergelassenen ÄrztInnen - von unserer sozialen Kompetenz leben, ist diese der Basis der anderen Kammer - den Gewerbetreibenden - mehr und mehr abhanden gekommen.

Der Anruf des Gastwirtes, der die Ankunft des Lehrlings mit der Schnittverletzung an der Hand gleich mit dem Hinweis verbindet, dass Krankenstand nicht nötig sei, weil sich auch Arbeiten mit garantierter Handschonung finden ließen, die Hoteliersgattin, die am

Ende der Saison zusammen mit den letzten Gästen das Haus verlässt, um sich für die stille Zeit im Jahr arbeitslos zu melden. All das kennen wir seit Jahrzehnten. Der wahre Knaller aber ist die Auswirkung der 2-Prozent-Regelung bei den Versicherten der gewerblichen Wirtschaft. Im letzten Drittel des Jahres werden viele von der Entrichtung der Rezeptgebühr befreit. Ob Apothekerin, Installateurmeister, Gastwirt... die größten Kritiker allzu bequemer sozialer Hängematten finden sich plötzlich unter dem Schutz und Schirm einer Abwehr sozialer Härte.

Was haben sie gemeinsam? Sie haben ihr Berufsleben lang das zu versteuernde Einkommen nieder gehalten, sie haben statt dessen in persönlichen Komfort investiert, sie haben jahrzehntlang gelassen auf die staatliche Mindestpension hingesteuert und nehmen jetzt gerne Unterstützung von dem Staat in Anspruch, dessen wirtschaftliches Wohlergehen jahrzehntlang auf Ihren Schultern ruhte.

Die Kammer der gewerblichen Wirtschaft ist der Hauptmotor einer ökonomisierenden Gesundheitsreform. Wer sich das vor Augen hält wird sich weniger wundern.

Beitrittserklärung:

Ja, ich trete dem ÖHV bei:

als ordentliches Mitglied (Arzt/Ärztin f. Allgemeinmedizin, in Ausbildung) Jahresbeitrag: € 90,-
Mitglieder der ÖGAM: € 80,- PensionistInnen: € 30,-

als außerordentliches Mitglied (FachärztInnen)
Jahresbeitrag: € 90,-

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, Dr. Paul Reitmayr,
2130 Mistelbach, Mitschastraße 18, Fax 02572/32381-13,
E-mail: dr.p.reitmayr@inode.at, Internet: www.hausaerzteverband.at



Name

Adresse

Telefon

e-Mail

Unterschrift

Stampiglie

Revia® - 50mg Filmtabletten. Zusammensetzung: Eine Filmtablette enthält 50 mg Naltrexonhydrochlorid. **Wirkstoffgruppe:** ATC-Code: N07BB04. **Anwendungsgebiete:** Zur medikamentösen Unterstützung bei der chronischen Alkohol-Entwöhnungsbehandlung. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile, Patienten, die Opioid-Analgetika erhalten, opiatabhängige Patienten ohne erfolgreichen Entzug, Patienten mit akuten Opiat-Entzugssymptomen, Patienten mit einem positiven Opioid-Nachweis im Urin, Patienten, die auf Injektion von Naloxon mit Entzugserscheinungen reagieren, Schwere Leberinsuffizienz, akute Hepatitis. **Hilfsstoffe:** Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Crospovidon, hochdisperses Siliziumdioxid, Magnesiumstearat, Pale Opadry Yellow. **Name und Anschrift des Zulassungsinhabers und Herstellers:** Torrex Chiesi Pharma GmbH, Gonzagagasse 16/16, 1030 Wien. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Verschreibungspflicht / Apothekenpflicht:** NR, apothekenpflichtig. **Erstellungsdatum / Änderungsdatum:** 21.05.2008

Gegenstrategie

von Wolfgang Werner



Dr. Wolfgang Werner

Die standespolitischen Dinge laufen ausgesprochen schlecht: Gruppenpraxis, „Kollektivvertrag“, Ordinationsablöse, Honorierung, Nachfolgeregelung, ELGA, e-card Kosten, Bologna-Prozess... (Liste ohne Anspruch auf Vollständigkeit) sind außerordentlich unbefriedigend abgehandelte Themen und lösen in informellen Gesprächen mit Kollegen bei Bezirksärztesitzungen regelmäßig Wutausbrüche aus. Leider setzen sich diese emotionalen, oft nicht druckreifen, Äußerungen nicht bis zum eigentlichen Adressaten, der Kammer, fort. Dort meint man infolge Ermangelung eines direkten Drahtes zu den Beitragszahlern, dass beim „Volk draußen“ sowieso alles in Ordnung wäre. Ich kann mich erinnern, wie mir beim 5,00 € Coup von Kammerfunktionären bedeutet wurde, was ich denn wolle, man hätte in der Kammer überhaupt keine kritischen oder gar ablehnenden Äußerungen zu diesem Thema gehört!

Genau so läuft es generell mit der Entwicklung unseres Standes: Der Zug in Richtung Kollektivisierung des Gesundheitssystems in der Hand einiger weniger potenter Kapitalinvestoren fährt unbeirrbar auf festen Geleisen seinem genannten Ziel entgegen. Es lassen sich keine Weichen zu anderen Strecken neu stellen, weil alle Weichensteller treue Mitglieder der Eisenbahngesellschaft sind, ja, der Zug lässt sich nicht einmal bremsen, weil die Heizer in Höchstform sind und infolge der lauten Lokomotivgeräusche die besorgten und warnenden Zurufe vom Bahndamm her nicht hören können und wollen. Das Geschehen erinnert mich an die „Brücke am Tay“ von Theodor Fontane.

Es gibt nur wenige Möglichkeiten diesen Zug zu stoppen. Eine der Möglichkeiten ist, dass einfach die Kohle (hier im passenden Sprachübertrag wirklich das Geld) ausgeht. Diese Chance ist sogar recht real, da unser Gemeinwesen nach dem Bankenkraich absolut kein Geld mehr hat - in diesem Fall ist das ein realer Hoffnungsschimmer!

Die zweite Möglichkeit ist es, die Eisenbahngesellschaft zu wechseln. Vielleicht findet sich eine Eisenbahngesellschaft, die günstigere Tickets anbietet und ihre Züge auf einem Gleis führt, das sich in einer schöneren Landschaft befindet.

Was ich damit sagen will: wenn der Ruf nach der Wahlfreiheit bei der Krankenversicherung ertönt, sollten wir uns nicht von den allseits bekannten vermoderten Totschlagargumenten dagegen beirren lassen – diese Argumente kommen nur von den Leuten, die es sich in der bestehenden Eisenbahngesellschaft bequem gemacht haben, die immer erster Klasse fahren und das mit Regiekarten, auch wenn es in den Abgrund geht.

Also ich bin dafür, das Thema „Freiheit für Patienten bei der Wahl der Sozialversicherung“ in der Öffentlichkeit zu diskutieren. Nachdem sich die Leute heutzutage ihre KFZ-Versicherung, ihren Gas- und Strombetreiber und ihre Bank selbst aussuchen dürfen, müsste es doch bei der Sozialversicherung auch funktionieren.

Bei einer Podiumsdiskussion hat Dr. Schelling zu mir gesagt, dass sich die Ärzte in Zukunft vermehrt der Konkurrenz stellen müssten, worauf ich ihm antwortete, dass sich die Sozialversicherung dann ebenfalls der Konkurrenz am freien Markt stellen müsste, aber da hat er dann beleidigt gewirkt.

Meine Botschaft: Liebe Freunde, lassen wir uns keinen Maulkorb umhängen, diskutieren wir auch über diese Möglichkeit ohne Scheu – sie ist eine ernsthafte Alternative, die uns das Überleben retten könnte!

MR Dr. Wolfgang Werner

E-Mail: dr.w.werner@aon.at

NÖ Landesbudget: Krank durch Krankenhäuser

von Wolfgang Geppert

Während Bundespolitiker und Sozialversicherer unseren Praxen durch immer neue Sparprogramme die betriebswirtschaftliche Grundlage entziehen, drehen Landespolitiker den Geldhahn für „ihre“ Krankenhäuser weit auf. Niederösterreich ist dafür ein Paradebeispiel. Die explodierenden Kosten der 27 Spitäler sind mit Ursache dafür, dass NÖ an zweiter Stelle der meistverschuldeten Bundesländer liegt. Mit der beschlossenen Neuerrichtung der Kliniken von Baden, Mödling, Wiener Neustadt und Neunkirchen hat das Land NÖ gute Chancen, dem Schuldenkaiser Kärnten den ersten Rang abzulaufen.

Wir Ärzte erinnern uns noch gut an die Zeiten, in denen ÖVP-Vordenker in damaliger Oppositionsrolle durchs Land zogen und strenge Budgetdisziplin forderten. Die Erreichung des Null-Defizits galt als oberste Maxime. Roten Politikern wurde unterstellt, Verursacher von immer neuen Schulden zu sein. Die gesundheitspolitischen Vorgaben bürgerlicher Politiker vor 1990 sollen erst gar nicht in Erinnerung gerufen werden: Aufwertung des Hausarztes zum Lotsen durchs System, Reduktion der Spitalsbetten und Auslagerung sämtlicher Leistungen, die nur irgendwie in der freien Praxis erbracht werden können.

Hauptsache viele, viele Arbeitsplätze

Für kritische Beobachter kurz zusammengefasst: Gesundheitspolitische Ansagen der ÖVP vor 20 Jahren sind um 180 Grad zu drehen, dann entsprechen sie den gegenwertigen Zielvorgaben der großen Wirtschaftspartei. Hieß es früher, Politiker wären außerstande auch nur

einen einzigen Arbeitsplatz zu kreieren, so fühlen sich heute die Verantwortlichen für den Spitalsbereich als glorreiche Erschaffer immer neuer und zusätzlicher Arbeitsmöglichkeiten.

Ein gutes Beispiel permanenter Arbeitsplatzvermehrung ist das Landeskrankenhaus Weinviertel in Mistelbach. Anlässlich der 100-Jahr-Feier dieser drittgrößten Gesundheitseinrichtung Niederösterreichs wurde ein 150-Seiten-Buch in Umlauf gebracht. Gleich von der ersten Seite weg lachen dem Leser Landeshauptmann Dr. Pröll und sein Stellvertreter, Mag. Sobotka, ins Gesicht. Selbstbewusst erklären sie unter anderem: „Wir haben in den letzten Jahren die größte Modernisierungsoffensive gestartet, die es in der Geschichte der niederösterreichischen Spitäler je gab. Dazu investieren wir in alle Bereiche unseres Krankenhauswesens... und setzen alles daran, unsere Krankenhäuser zu modernen, serviceorientierten Gesundheitszentren zu entwickeln.“

Es versteht sich von selbst, dass die Landespolitiker auch die aktuelle Zahl der Beschäftigten des seit 100 Jahren bestehenden Spitals stolz erwähnen: 1.500! So ganz nebenbei muss erwähnt werden, dass im Landeskrankenhaus Mistelbach ein neuer Investitionsschub vor der Tür steht: Ein weiterer Ausbau um sage und schreibe 186 Millionen Euro bringt zusätzlich 200 Arbeitsplätze. Eingeleitet wird das Vorwort des erwähnten Buches mit dem Zitieren eines französischen Sprichwortes: „Wem die Gesundheit fehlt, dem fehlt fast alles!“ Das klingt ziemlich tragisch, wenn neben diesem Spruch das Foto des Landesrates für Finanzen (= Mag. Sobotka) prangt. Unter seiner Ägide hat das NÖ Landesbudget seine Gesundheit eingebüßt. Dabei macht es wenig Unterschied, ob unser Bundesland derzeit laut Staatsschuldenausschuss 2,5 Milliarden Euro Schulden hat oder vielleicht, wie Mag. Sobotka behauptet, auch weniger. Selbst die größten Optimisten hegen Zweifel, ob das Budget dieses Bundeslandes noch zu heilen ist. Ich habe den persönlichen Eindruck, die Verantwortlichen denken gar nicht an eine nachhaltige Sanierung der Landesfinanzen.

Es scheint das Motto zu herrschen: „Der wachsende Schuldenberg lässt das Wahlvolk kalt!“ Womöglich besteht bei den Schuldenmachern die Meinung, ein saniertes Budget bringe keine einzige zusätzliche Wählerstimme. Neue Arbeitsplätze in den Kliniken hingegen, stärken den politischen Einfluss im ohnehin schon tiefschwarzen Bundesland zusätzlich. Pessimisten sind der Ansicht, der große finanzielle Crash sei

sowieso nicht aufzuhalten, daher können die Verantwortlichen jetzt so weiter machen, als ob nichts wäre.

Aufblähung statt Auslagerung

Im besagten Druckwerk anlässlich der 100-Jahr-Feier werden Seite für Seite die im Mistelbacher Spital fix angestellten Handwerker aufgelistet. 24 Facharbeiter der verschiedensten Berufsgruppen sind für die Haustechnik zuständig: Elektro- und Kommunikationstechniker, Schlosser, Installateure und technische Zeichner. Zusätzlich werden Lehrlinge als Elektrobetriebstechniker ausgebildet. In der Werkstätte sind die Berufsgruppen Tischler, Maurer, Maler, Tapezierer, Bodenleger, Gärtner, Chauffeure und Hausarbeiter beschäftigt.

Selbst was die Grünflächen betrifft, wird auf eigenes Personal zurückgegriffen: Einem gelernten Gärtner stehen drei Mitarbeiter zur Seite. Auch die Errichtung eines eigenen Kindergartens für das Krankenhaus wurde für notwendig erachtet. Derzeit steht ein Betreuungsteam aus 4 Kindergartenpädagoginnen und 2 Kindergartenhelferinnen den Kindern der Spitalsbediensteten wochentags von 06.30 Uhr bis 17.00 Uhr zur Verfügung.

Nur wenige Schritte vom Weinviertelkrankenhaus entfernt, in der Sandgrubengasse, befindet sich ein großer Landeskindergarten. Schon der leise Gedanke, vielleicht zwei Einrichtungen des Landes, zu einem Kindergarten zusammenzulegen, kommt in der Gedankenwelt der Landes- und Lokalpolitiker einer Todsünde gleich. Ich höre sie im Chor rufen: „Wir brauchen die zusätzlichen Arbeitsstellen! Wo sollen wir sonst unsere Kinder unterbringen? Sparen und Einsparen sollen die anderen!“

62 Putzkräfte fix angestellt

Ich kann mich noch gut an eine Runde von Gewerbetreibenden und teilweise zugleich Wirtschaftsbandfunktionären erinnern, welche alle Arbeitskräfte im nahen Spital auflisteten, die aus ihrer Sicht keine Berechtigung haben, in einem Krankenhaus fix angestellt zu sein. Von den Reinigungskräften über die Wäscherinnen, die Tischler, Gärtner bis hin zu den Bäckern. Für all diese Tätigkeiten bestünde keine Notwendigkeit, Leute an ein öffentliches Krankenhaus zu binden. Die Vertreter von Kleinbetrieben führten Klage, zu wenige Aufträge aus dem Spital zu bekommen. Auch das hohe Lohnniveau in dem damaligen Spital eines Gemeindeverbundes war Diskussionsstoff: „Für uns kleine Gewerbetreibende sind diese Löhne betriebswirtschaftlich nicht vertretbar.“



Dr. Wolfgang Geppert

Jahre nach dieser Diskussionsrunde ist allein die Schar der fix engagierten Putzkräfte auf 62 angewachsen. Zusätzlich werden die Dienstleistungen einer privaten Putzfirma für das Landeskrankenhaus in Anspruch genommen. Es braucht wohl nicht extra erwähnt zu werden, dass Lokalpolitiker über Jahrzehnte hinweg keine Mühen gescheut haben, Personen mit der richtigen Parteizugehörigkeit diese Arbeitsstellen zukommen zu lassen. Beim theoretischen Herauslösen der 62 Putzkräfte würde ein Betrieb entstehen, der in der Großgemeinde Mistelbach, nach Arbeitsstellen gerechnet, den zweitgrößten darstellen könnte.

Kassenarzt als Faktotum (lateinisch: fac totum = mach alles)

Ein Vorfall in einem meiner letzten Wochenendbereitschaftsdienste soll vor Augen führen, dass wir Vertragsärzte eine Art „Mädchen für Alles“ darstellen. Beim oft notwendigen Ruf nach Handwerkern können wir nicht auf hauseigene Angestellte zurückgreifen. Für Uneingeweihte sei erklärt, dass der NÖ Kassenpraktiker bei der Bereitschaft am Wochenende von Samstag 07.00 Uhr bis Montag 07.00 Uhr durchgehend erreichbar sein soll. Nur in einigen ausgewählten Sprengeln wird dieser Dienst anderweitig gelebt. In der Regel dient der Vertragsarzt seine 48 Stunden in einem Stück ab.

Der Sonntag war erst 15 Minuten alt als eine junge Mutter mit ihrem Kleinkind meine Ordination aufsuchte. „Patrick“, so die beunruhigte Frau, „klagt seit 2 Stunden über Übelkeit und Bauchschmerzen.“ Kaum wurde das Kind von der sich setzenden Mutter mit einem Ruck auf die Oberschenkel gehoben, war es schon geschehen. Mein Griff zur nächst gelegenen Nierentasse kam zu spät. In einer weit ausladenden, horizontalen Fontaine gab der Magen des Kleinkindes all die Nahrungsmittel wieder frei, die dort in den vergangenen Stunden eingelagert worden waren. →

Der weitere Ablauf braucht nicht detailliert erwähnt zu werden. Patrick war zwar schlagartig beschwerdefrei, doch das in Anspruch genommene Behandlungszimmer glich einem Schweinestall. Das Erbroschene fand den Weg selbst in geschlossene Schubladen. Meine bange Frage: „Soll ich die ganze Sauerei Stunden eintrocknen lassen?“ Unmöglich! Die angestellte Reinigungskraft in der Geisterstunde in die Ordination zu berufen, würde womöglich ein Verfahren vor dem Arbeitsgericht zur Folge haben. Die Gattin aus dem Schlaf reißen? Auch das könnte zu Streit führen. So versuchte ich leise fluchend, mit Kübel, Reibfetzen und Putzlappen bewaffnet, die Spuren der Verwüstung zu beseitigen. Sonntagmorgens, bei Eintritt des ersten Patienten, war die Ordination wieder sauber. Es roch nach Reinigungsmitteln aus der Fernsehwerbung.

Während dieser nächtlichen Putzakktion schweiften meine Gedanken in Richtung Landesklinikum: „Müssen die Ärzte dort oben auch nächtliche Reinigungsarbeiten vollbringen? Nein!“ Das Gröbste hat die Nachtdienstmannschaft der jeweiligen Station zu entfernen. Den Feinschliff liefern dann die Reinigungskräfte früh morgens. Ähnliche Gedanken, wie die eben dargelegten, beherrschten mich auch am 7. und 8. Jänner des neuen Jahres. Die im Keller unter der Ordination befindliche Gaszentralheizung gab plötzlich den Geist auf. Grund: Ohne Vorankündigung ließen mehrere undicht gewordenen Entlüftungsventile das zirkulierende Wasser in den Heizungsraum austreten. Nicht nur meine Nachbarkollegen befanden sich auf Urlaub, sondern auch mein gewohnter Installateur.

Der Warteraum war überfüllt, draußen herrschte dichtes Schneetreiben und drinnen wurden die Heizungskörper langsam immer kühler. Parallel zur Patientenversorgung hieß es einen Installateur im östlichen Weinviertel zu finden, denn unter anderem ist es die selbstverständliche Aufgabe des Vertragsarztes, den Versicherten der Kasse auch bei plötzlichem Wintereinbruch ordnungsgemäß erwärmte Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen.

Wie das zustande gebracht wird, interessiert niemanden. Wenn nur in einem von 27 NÖ Krankenhäuser 24 Facharbeiter fix angestellt sind, wie viele werden es dann in ganz NÖ zusammen sein? Für mich ergibt sich die provokante Frage: Warum stellt uns die Kasse für den Notfall keine Handwerker zur Verfügung? Ist die pauschale Abgeltung unserer Leistungen ein Freibrief für alle Belastungen?

Statt Lob nur Tadel

Als Kassenpraktiker, knappe 6 Straßenkilometer vom Weinviertelklinikum Mistelbach entfernt, komme ich beim Studium des besagten Schriftwerkes ins Grübeln. Über 150 Seiten lang werden die Leistungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses gelobt. Mit uns Leistungsträgern in den Praxen wird nicht so liebevoll umgegangen.

Als ein seit 30 Jahren tätiger Kassenarzt blicke ich zurück und kann mich an kein Verteilen eines Buches erinnern, in welchem Verantwortungsträger der Gebietskrankenkasse oder des Landes NÖ unsere Leistungen gewürdigt hätten. Ganz im Gegenteil! Schnell wird ein Weg gefunden, um angebliches Fehlverhalten im Rahmen unserer kassenärztlichen Tätigkeit in die Öffentlichkeit zu tragen. Wir Ärzte würden zu viele und zu teure Medikamente verschreiben, wären außerhalb der Ordinationszeiten nur schlecht erreichbar, würden unsere Patienten zu wenig eingehend beraten und so weiter und so fort.

Viele Vorwürfe kommen in so schöner Regelmäßigkeit über die Medien, dass sie im Laufe der Jahre schon zur Selbstgeißelung innerhalb der Kollegenschaft geführt haben. Wie nach einer Gehirnwäsche beginnen selbst manche Ärztevertreter die Anschuldigungen nachzuplappern: „Ja, wir Kassenärzte schreiben zu viele EKGs, stechen zu oft und zu leichtfertig in die Gelenke unserer Patienten und machen viel zu viel Laboruntersuchungen.“ Das wäre alles mit verursachend für die finanziell schlechte Lage der Krankenkassen. Im Vergleich zum Schuldenberg des Betreibers der 27 NÖ Kliniken stellt sich die Finanzlage unseres größten Geldgebers, die der NÖGKK, geradezu rosig dar.

Beim genauen Studium der Kostensteigerungen im NÖ Spitalsbereich müssten die Kassenfunktionäre der NÖGKK den Ärztekammerfunktionären vor lauter Dankbarkeit um den Hals fallen: „Ihr seid eh brav und keine so argen Kostenverursacher, wie von uns ständig behauptet.“

Ein Plus von über 10 Prozent im Jahr 2008, so die Kostensteigerung in den NÖ Krankenanstalten, würde uns Kassenärzte wöchentlich in die negativen Schlagzeilen bringen. Folgende Überschrift könnten wir dann lesen: „Kostenexplosion durch NÖ Kassenärzte!“ Und dann im Detail: „Vertragsärzte der NÖGKK verursachten im Jahr 2008 Mehrkosten von 10 Prozent gegenüber 2007. Mit solchen Kostensteigerungen werden die Krankenkassen in den Ruin getrieben.“

Kaputtsparen der Kassenpraxen

Die realen Verhältnisse finden keinen Weg in die Medien. Bei den Honoraren der NÖ Vertragsärzte ist im Jahresvergleich von 2007 auf 2008 nur eine Steigerung von 0,7 Prozent eingetreten. Für die Wahlärzte musste die NÖGKK im Jahre 2008 etwas mehr aufwenden. Ein Plus von 3,6 Prozent gegenüber 2007 war zu verzeichnen. Die Leistungen in den eigenen Einrichtungen der Gebietskrankenkasse hingegen, verursachten einen Mehraufwand von 24,1 Prozent. Fairerweise soll erwähnt werden, dass in diesem Zahlenmaterial die magere Honorarerhöhung von 2,07 Prozent für das Jahr 2008 noch unberücksichtigt bleibt.

Die Zustimmung des Hauptverbandes zu diesem Verhandlungsergebnis steht noch aus. Bei der Sozialversicherung der Bauern schaut es für uns noch trauriger aus. Hier mussten wir NÖ Kassenärzte einen Rückgang des Honorarvolumens von 2007 auf 2008 um 1,96 Prozent hinnehmen. Die Vertragsabschlüsse mit der NÖGKK verwehrten uns seit Jahren die Inflationsabgeltung. Die Kasse begründete dies stets mit ihrer finanziellen Notlage. Die Folgen für uns Freiberufler waren fatal: Der Wert der ärztlichen Leistung im niedergelassenen Bereich ist aufgrund der fehlenden Inflationsanpassung in den vergangenen 10 Jahren um 25 Prozent gesunken.

Auf dem Weg zum Schuldenkaiser

Dr. Erwin Pröll oder Mag. Sobotka haben bis heute in der Öffentlichkeit keine Klage darüber geführt, dass die Leistungserbringer in „ihren“ Anstalten zu hohe Kosten verursachen. Auch die Explosion der Landeschulden wurde nicht an die große Glocke gehängt.

Erst der Bericht des Staatsschuldenaussschusses vom 9. Dezember des Vorjahres hat uns Niederösterreichern die Augen geöffnet. Der Vorsitzende des Ausschusses, Univ.-Prof. Dr. Felderer, präsentierte unter anderem aktuelle Zahlen zur Pro-Kopf-Verschuldung in den Bundesländern. Sie beträgt für das Jahr 2009 in Kärnten 2.254 Euro. An zweiter Stelle folgt NÖ mit 1.699 Euro.

Doch bei der jährlichen Zunahme der Pro-Kopf-Verschuldung liegt NÖ mit dem Schuldenkaiser Kärnten nahezu gleich auf. 179 Euro im südlichsten Bundesland stehen den 178 Euro Niederösterreichs gegenüber. Bei Herausnahme der Kosten für die NÖ Kliniken beträgt die jährliche Steigerung der Pro-Kopf-Verschuldung nur mehr 102 Euro. Die Präsentation dieser niederschmetternden Daten zeigte beim NÖ Landesrat

für Finanzen sofort Wirkung. Er stellte die Zahlen in Zweifel und kritisierte den Experten aufs Ärgste.

Die Verschuldung, so der Tenor des Politikers, wäre nicht so hoch. Seine Kritik gipfelte in den Worten: „Die Aussagen des Vorsitzenden Prof. Dr. Felderer sind für mich kreditschädigend.“ Der Angegriffene beklagte zwar das Auftreten des Landeshauptmann-Stellvertreters ihm gegenüber, an den Fakten hingegen ließ er nicht rütteln. Aufklärend stellte er via Medien fest: „Die Aktiva werden nie berücksichtigt, Budgetdefizite sind immer Bruttozahlen.“

Auch nach der Kritik des Landesfinanzrates wurden am Zahlenmaterial, das über die Homepage www.staatsschuldenausschuss.at

veröffentlicht worden ist, keine Änderungen durchgeführt. Die oben genannten Pro-Kopf-Verschuldungsquoten sind noch heute dort nachzulesen. Sollten die verantwortlichen Landespolitiker mit dem gleichzeitigen Neubau von vier Krankenhäusern (Baden, Mödling, Wiener Neustadt und Neunkirchen) im Wiener Süden Ernst machen, dann erübrigen sich die Diskussionen über mehr oder weniger Schulden. Dann ist Niederösterreich sicher Nummer Eins unter den Bundesländern. Ein Schuldenkaiser in Tiefschwarz.

Dr. Wolfgang Geppert

2193 Wilfersdorf

E-Mail: geppert@aon.at

Die Obermedizinalräte

von Peter Pözlbauer

Eva wollte nicht glauben, dass ein einziger Apfel das Paradies kosten könne. Realitätsverweigerung ist so alt wie die Menschheit. Realitätsverweigerer gelten je nach der Perspektive ihrer BeobachterInnen als hoffnungslos rückständig, als erfrischend unkonventionell oder gar als visionär.

Letzteres wird von den PensionistInnenvertretern der niederösterreichischen Ärztekammer mit Sicherheit niemand behaupten. Sie leben in einer Gegenwart, die sie als unvermeidlichen Schritt in eine bessere Vergangenheit verstehen. Dem entgegen steht wiederum die Jugend von heute, die dank einer autoritätsfernen Erziehung keinen Respekt vor dem Alter hat.

Der Generationenkonflikt wird nach dem Motto: „Der Worte sind genug gewechselt, lasst uns auch endlich Fakten sehen!“ ausgetragen. Ein professionelles Unternehmen wurde beauftragt, die Grundlagen von unser aller Wohlfahrt zu durchforsten. Das Ergebnis war ernüchternd: wir **alle** werden in Zukunft den Gürtel enger schnallen müssen, die Jungen mehr noch als die Alten. Das entspricht einem Europa weiten Trend, hat allerdings ein medizinisches Lokalkolorit.

Jahrzehntelang war uns versichert worden, dass unsere Altersversorgung in der Niederösterreichischen Ärztekammer weithin die beste sei. Als darob quälende Zweifel aufkamen, war es bereits zu spät. Hohe Kammeramtsposten wurden geräumt, in der Vollversammlung kam es zu Turbulenzen, der Klagsweg wurde beschritten - nichts sollte mehr nützen. Der Karren war verfahren.

Die PensionistInnen wollten sich damit nicht abfinden, was aus ihrer Sicht durchaus verständlich ist, waren doch ihres Lebens Mühe und Plage vergebens. Und so kandidierten sie bei der letzten Kammerwahl mit deutlichem Erfolg. Freilich, ihr eigentliches Wahlziel erreichten sie nicht: die Verhinderung des Pensionssicherungsbeitrags! Recht und Gesetz stehen dagegen.

Vertreten werden die PensionistInnen von achtbaren Obermedizinalräten, die in der Kammer im wahrsten Sinn des Wortes alt gedient sind. Immer schon stand ihr Abstimmungsverhalten von vorne herein fest, das hat auch seine Vorteile. Die Kurienführung der niedergelassenen Ärzte Niederösterreichs hat seit der letzten Wahl keinen Erfolg bei Kassenverhandlungen eingefahren sondern musste sich jedes Mal dem Diktat der Kassen



Dr. Peter Pözlbauer

beugen. Ob in der KollegInnenschaft die von ihren Funktionären kolportierten Prozentzahlen, die eine beachtliche Erhöhung für uns glaubhaft machen sollten, auf fruchtbaren Boden gefallen sind, sei dahingestellt. In der Kurienversammlung hatten der Obmann und die Seinen jedenfalls kein Problem, das jeweilige Ergebnis durch die Abstimmung zu bringen. Immer sicherten Stimmen der Obermedizinalräte eine deutliche Mehrheit.

Da die Zeiten nicht besser und die Pensionen nicht höher werden, ist mit dem Anstieg des Lebensalters ein Anwachsen der Obermedizinalratfraktion zu erwarten. Die jungen Kolleginnen und Kollegen werden sich rechtzeitig überlegen müssen, ob sie wirklich wollen, dass die Stimmen aus dem Jenseits des Arbeitsalltags den ihren bestimmen.

AMELIOR® 20 mg/5 mg Filmtabletten, AMELIOR® 40 mg/5 mg Filmtabletten, AMELIOR® 40 mg/10 mg Filmtabletten. Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge): Eine Filmtablette enthält 20 mg Olmesartanmedoxomil und 5 mg Amlodipin (als Amlodipinbesilat), 40 mg Olmesartanmedoxomil und 5 mg Amlodipin (als Amlodipinbesilat) bzw. 40 mg Olmesartanmedoxomil und 10 mg Amlodipin (als Amlodipinbesilat). Sonstige Bestandteile: Tablettenkern: Stärke modifiziert (aus Mais, prägelatinisiert), Mikrokristalline Cellulose mit hochdisperser Siliciumdioxid, Croscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat. Film-Überzug: Poly(vinylalkohol), Macrogol 3350, Talkum, Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid, gelb (E 172) (nur AMELIOR 40 mg/5 mg und 40 mg/10 mg Filmtabletten), Eisen(III)-oxid, rot (E 172) (nur AMELIOR 40 mg/10 mg Filmtabletten). **Anwendungsgebiet:** Behandlung der essentiellen Hypertonie. AMELIOR ist bei Patienten indiziert, deren Blutdruck nicht ausreichend mit Olmesartanmedoxomil oder Amlodipin als Monotherapie kontrolliert werden kann. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe, gegen Dihydropyridinderivate oder gegen einen der sonstigen Bestandteile, Zweites und drittes Schwangerschaftstrimenon, Stillzeit, Stark eingeschränkte Leberfunktion und Gallenwegsobstruktion. AMELIOR ist, aufgrund des enthaltenen Amlodipins, auch kontraindiziert bei Patienten mit: • kardiogenem Schock • akutem Myokardinfarkt (innerhalb der ersten vier Wochen) • instabiler Angina pectoris. **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmens:** A. Menarini Pharma GmbH, Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. Weitere Informationen zu Dosierung, Nebenwirkungen, Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung sowie Wechselwirkungen mit anderen Mitteln sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. AMELIOR® wird unter der Lizenz von Daichi-Sankyo vermarktet. Stand der Information: 11/2008.

DMP für Diabetiker in Niederösterreich endgültig gescheitert

Ärztammer bedauert, dass die Verbesserungsvorschläge kein Gehör fanden

von Christoph Reisner

Ich nehme mit großem Bedauern zur Kenntnis, dass das Disease Management Programm Diabetes Mellitus Typ 2 in Niederösterreich nicht fortgeführt werden kann. Bereits im Herbst wurde das Programm durch den Beschluss des Kammervorstandes gekündigt, da aus unserer Sicht kein Nutzen für Patientinnen und Patienten ersichtlich war und das Programm nur bürokratischen Zusatzaufwand seitens der Ärztinnen und Ärzte und in letzter Konsequenz damit sogar eine Verschlechterung der Versorgung mit sich gebracht hatte.

Zwischenzeitlich haben wir uns mit den betroffenen Vertragsparteien NÖGUS und NÖGKK zusammen gesetzt, um die für eine Weiterführung notwendigen Optimierungen zu besprechen, die von einer kammerinternen Arbeitsgruppe ausgearbeitet wurden. Wir Ärztinnen und Ärzte in Niederösterreich haben uns bei der Kündigung jedoch nie wie behauptet gegen die bestmögliche Betreuung unserer Patientinnen und Patienten ausgesprochen, sondern für die bestmögliche Betreuung. Das wollten wir mit einer neuen Vereinbarung auch unter Beweis stellen. Doch unsere Vorschläge wurden von der Gebietskrankenkasse abgelehnt. Daher hat der Vorstand der NÖ Ärztekammer am 27. Jänner 2010 den Beschluss vom Vorjahr bekräftigt.

Als beispielhaft für die vorhandenen Probleme beim DMP-Programm ist die Schulungsverpflichtung für teilnehmende Ärztinnen und Ärzte in absoluten Grundlagen des Arztberufs zu nennen. Wir wehren uns gegen die Tendenz, heimlich Hürden und Zugangsbeschränkungen aufzubauen und diese als Qualitätssicherung zu deklarieren. Jede Ärztin und jeder Arzt hat gelernt, wie man Diabetiker behandelt und bildet sich auch regelmäßig in einem derartig großen Umfang fort, der allen anderen Berufsgruppen fremd ist. Hier noch zusätzliche Schulungen als Grundvoraussetzung für die Behandlung zu verlangen reduziert natürlich die Anzahl der legitimierten Ärztinnen und Ärzte. Wir aber halten es für

sinnvoll und notwendig, dass alle, die das nachgewiesenermaßen gelernt haben auch die Behandlung durchführen dürfen.

Ähnlich war die Situation auf Patienten-seite. Die Notwendigkeit einer Unterschrift seitens der Patientinnen und Patienten hatte dafür gesorgt, dass es auch hier zu einer „Selektion“ kam und gerade die wirklichen Problemfälle im Rahmen des DMP-Projektes nicht erfasst werden konnten. Wir als Vertreter der Ärztekammer wollen jedoch sichergestellt wissen, dass diese Versorgung für alle Diabetikerinnen und Diabetiker zugänglich ist und auch in weiterer Folge für alle Patientinnen und Patienten im Rahmen von vergleichbaren DMP-Projekten für andere Krankheitsbilder.

Für mich ist das daher ein klares Zeichen, wie die Verantwortlichen zur Betreuung von hilfsbedürftigen Patientinnen und Patienten wirklich stehen.

Mehr als 90 Prozent der betroffenen Patienten in Niederösterreich wurden im Projekt DMP nicht erfasst. Daher kam es aus unserer Sicht zu keiner Verbesserung des ärztlichen Leistungsangebotes. Das Interesse an dem Projekt seitens der Ärzteschaft war aus diesen Gründen schon immer gering. Genau das wollten wir ändern. Die Berücksichtigung unserer Vorschläge hätte daher eine deutliche Verbesserung der Betreuungssituation für alle Diabetiker gebracht.

Traurig ist, dass auch in dieser Angelegenheit die allgemeine Spartendenz im



Dr. Christoph Reisner

Gesundheitsbereich voll greift. Begründet wird die Ablehnung nämlich unter anderem wörtlich „im Hinblick auf die der Sozialversicherung vorgegebenen Finanzziele“. Übersetzt bedeutet dies, dass für die Betreuung der Diabetikerinnen und Diabetiker in diesem Land nicht genügend Geldmittel zur Verfügung gestellt werden.

Gerade wenn wir solche Krankheiten, die überwiegend ältere Patientinnen und Patienten betreffen, zukünftig effizient behandeln wollen, brauchen wir mehr statt weniger Geld im Kassensystem. Im wohnortnahen, hausärztlichen Bereich sollten die Ärztinnen und Ärzte daher auch uneingeschränkt das Wissen anwenden dürfen, welches zu den elementaren Grundlagen ihres Berufs gehört.

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

Hippokrates und das Genfer Ärztegelöbnis

von Lutz E. Popper

Einer der berühmtesten Aphorismen des Hippokrates lautet: „Das Leben ist kurz; die Kunst ist lang; der rechte Augenblick geht schnell vorüber; die Erfahrung ist trügerisch, die Entscheidung schwierig“. Wir Ärzte hören oft hippokratische Texte und uns verbindet viel mit ihnen. Erreichen sie aber auch unser Herz?

Das Corpus Hippocraticum

Wir alle, nicht nur wir Ärzte, kennen den „Hippokratischen Eid“. Er ist das berühmteste ethische Dokument der Medizingeschichte, etwa um 400 v. Chr. entstanden. Hippokrates von Kos (460-377 v. Chr.) ist nach heutigem Wissensstand nicht der alleinige Autor des Eides, doch gibt sein Text die geistige Haltung des schon zu Lebzeiten berühmten Arztes durchaus wieder.

Der Eid bot rationale und pragmatische Leitlinien zur Ausbildung der Mediziner an, sowie normierende Grundsätze zum Arzt-Patient-Verhältnis und für die tägliche Berufsausübung. Er gibt kaum die Überzeugungen aller Mediziner der griechischen Klassik wieder, vielmehr verpflichteten sich auf dieses innere Gesetz des Handelns damals eher die Mitglieder einer elitären Ärztegilde. Es trug ihnen der Eid wohl auch Nachteile ein, wie in gewissen Fällen den Verzicht auf Honorare, dafür brachte er ihnen aber den unschätzbaren Gewinn einer hochstehenden, bis heute sinngebenden Berufsethik.

Der Eid war ethische Richtschnur und gleichzeitig ein Vertrag zwischen Lehrer und Schüler, ja zwischen Ärzten ganz allgemein. Und auch als Absicherung der Zunft gegen Konkurrenz und gegen eventuelle Forderungen seitens der Patienten war er gedacht. Hippokrates betont in diesem Zusammenhang mehrmals die Wichtigkeit der Ausbildung und des jahrelangen Lernens, bevor man sich anmaßen dürfe, als Arzt aufzutreten. Für uns Ärzte aktuell wie je!

Im *Corpus Hippocraticum*, seinem sechzig Bände umfassenden Lebenswerk, das aber, wie gesagt, außer von Hippokrates von verschiedenen anderen Autoren vor, während und nach dessen Zeit geschrieben wurde, heißt es: „Das Versagen der schlechten Ärzte liegt vor allem daran, dass es keine bindenden rechtlichen Regeln und keine Sanktionen gibt, wenn ein Arzt ehrlos handelt“. Wie modern auch das noch klingt!

Zweitausendvierhundert Jahre nach Hippokrates

Im Eid des Hippokrates heißt es: „*Auch werde ich niemandem ein tödliches Mittel geben, auch nicht wenn ich darum gebeten werde, und werde auch niemanden dabei beraten; auch werde ich keiner Frau ein Abtreibungsmittel geben*“. Damit wird jegliche Tötung mehrfach verneint, Tötung auf Verlangen ebenso wie die Anleitung dazu. Damit schließt der hippokratische Text aktive Sterbehilfe absolut aus.

Nun kann man natürlich schon fragen: Ist alles, was in einem zweieinhalb Jahrtausende alten Eid steht, wirklich noch heute gültig, gar sakrosankt? Wenn dem aber nicht so ist, was gilt heute davon doch noch, was ist zu verwerfen, was muss modifiziert und der Sicht unserer modernen Welt angepasst werden? Ereignisse des vergangenen Jahrhunderts, wie die schweren Entgleisungen tausende Jahre alten ärztlichen Anstands im Dritten Reich, aber auch aktuelle Entwicklungen in der Medizin, wie etwa die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe, konterkarieren unter anderem das Gelöbnis.

Auch wenn man an die Vorgabe der Verschwiegenheit denkt, lassen die moderne Datenverarbeitung bei Ärzten, Krankenkassen und Verwaltungen und die zunehmende Verdrängung ärztlich-ethischer Entscheidungsgrundlagen durch ökonomische Aspekte ernsthafte Zweifel aufkommen, inwiefern hippokratische Ethik überhaupt noch ein Leitbild ist. Kann er noch als Richtschnur für die Wertschätzung von Leben, für angemessenen Respekt vor den Menschen und für das Wahren der Individualität der Patienten gelten?

Der Aufbau von Vertrauen in der Patient-Arzt-Beziehung unter Anstreben des Prinzips des „nihil nocere“, ist für Hippokrates ein wichtiger, unabdingbarer Grundwert. Und der hippokratische Arzt verantwortet sich daher, wie aus dem altgriechischen Urtext hervorgeht, vor der Religiosität als höherer Instanz. Vor einem Fundament demnach,



Dr. Lutz E. Popper

das heute eine immer geringere Rolle spielt. Wem sind hingegen wir Rechenschaft schuldig in dieser Zeit, in welcher der drohende Verlust ethischer Werte ein gesamtgesellschaftliches Problem ist?

Zum Anderen besteht gerade in der heutigen Zeit eine reelle Überlebenschance für Hippokrates Ideologie. Zur praktisch sinnvollen Anwendung der immensen Fülle theoretisch machbarer, sich überstürzend entwickelnder technischer und biologischer Innovationen, ist der Arzt in seiner Entscheidungsfindung auf Unterstützung durch ethische Leitplanken angewiesen. Wir brauchen in dieser komplexen Welt die innere Kraft von Werten dringender denn je.

Da juristische Gesetze und Regeln der Wissenschaft keineswegs die Wahrung ethischer Grundwerte garantieren, ist ein Aufruf an die Eigenverantwortlichkeit heutiger Ärzte und ihrer Standesvertretungen geboten. Letztere sehen in der Regel ihre Aufgaben primär darin, Bestehendes um jeden Preis zu bewahren, den Krankenkassen mehr Geld zu entlocken und den Sündenböcken unserer Zunft die Mauer zu machen.

Hippokrates und die ärztliche Kunst

In dem „*Traktat über die ärztliche Kunst*“ schreibt Hippokrates zunächst, was er darunter versteht: Nämlich die Kranken gänzlich von ihren Leiden zu befreien, zumindest die Heftigkeit der Krankheiten einzudämmen. Aber, und das ist bemerkenswert, die Behandlung sei abzulehnen bei jenen, die von den Krankheiten überwältigt sind. Gemäß unserem heutigen Verständnis sind das unheilbar Kranke, denen man sowieso nicht mehr helfen könnte. Das wiederum hat mit dem Arzt sein wie wir es heute definieren, nichts mehr zu tun!

Und die hippokratische Regel, an den Todesfällen wäre niemals der Arzt, sondern →

ausschließlich der Kranke schuld, mag uns sehr entspannend klingen, ist aber anachronistisch. Auch wenn Hippokrates meint „*mit dem gleichen Recht, mit dem man die Kranken von der Schuld an ihrem Tod frei spricht, ist es auch nicht gerechtfertigt, die Schuld den Ärzten anzulasten*“. Ein Anachronismus, den wir nur zu gerne geneigt sein könnten als zeitgemäß zu interpretieren.

So wie die Ursachen praktisch aller Krankheiten damals und noch bis in die Neuzeit unklar waren, sah auch deren Behandlung aus. Äußere, damit klar erkennbare Krankheiten, sind laut Hippokrates ohne weiteres heilbar. Auch die Heilung unsichtbarer, gemeint sind damit innere Krankheiten, sei möglich, aber schwieriger und langwieriger, schreibt er. Den Sitz dieser unsichtbaren Krankheiten, vermutet er in Hohlräumen des Körpers.

Hippokrates war auch der Vater der Säftelehre, in der es heißt: „*Der Körper des Menschen hat in sich Blut und Schleim und gelbe und schwarze Galle. Am gesunden ist er, wenn diese Säfte im richtigen Verhältnis zueinander stehen*“. Demgemäß sei ein Missverhältnis dieser Säfte Ursache aller Krankheiten. Und Galen, der die Säftelehre um 1200 n. Chr. zum System entwickelte, hat uns gelehrt, diese Krankheiten wären zu erkennen, indem man den Harn betrachte, der als in der Leber gebildetes Ausscheidungsprodukt der Säfte galt. Die Harnschau war daher zu dieser Zeit die unumstrittene diagnostische Methode und das Harnglas, die Matula, Symbol der Ärztlichen Zunft.

Hippokrates stellt in mehreren Abhandlungen Analogien der Tätigkeit der Ärzte zu jener der damals geläufigen Berufe her. Er überträgt die damaligen mechanistischen Vorstellungen aus den ihm geläufigen Handwerkszünften auf den Aufbau und die Wirkungsweise des Organismus.

Die Schuster, Schmiede, die Köche, Gerber und Töpfer, die Bildhauer, Künstler und auch die Bauleute sind ihm Maßstab: „Die Schuster nehmen das Ganze in Teilen auseinander, und die Teile machen sie zu einem Ganzen. In dem sie schneiden und stechen, machen sie das Beschädigte heil. Ebenso geht es den Menschen. In dem sie von den Ärzten an den beschädigten Teilen gestochen und geschnitten werden, werden sie geheilt“.

Das Genfer Ärztegelöbnis

Für den hippokratischen Arzt der Antike kam es nicht nur aus ethischen Gründen

darauf an, jeglichen Schaden von seinen Patienten abzuwenden, sondern es ging dabei auch um seine eigene berufliche Existenz. In diesem Sinn war der Eid eine Strategie der Risikominimierung und, wie gesagt, der Abwehr von Konkurrenz.

Als unmittelbar gültige normative Richtschnur für das konkrete Handeln des heutigen Arztes, kann dieser Eid vor dem gewandelten wissenschaftlichen und sozialen Kontext der Gegenwart allerdings nicht mehr dienen! Das heute aktuelle „*Genfer Ärztegelöbnis*“, die 1949 in Genf vom Weltärztebund beschlossene Neufassung der ärztlichen Berufspflichten, lautet daher:

„Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein. Ich werde bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen, weder nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung. Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse wahren“.

Doch was ist uns Medizinern dieses Gelöbnis im Alltag? Wie frei sind wir im Medizinsystem heutigen Zuschnittes in unserer Entscheidung, ihm gerecht zu werden? Kämpfen wir mit gebotener Verve um diese Freiheit? Am Ende eines mehr als vierzigjährigen Berufslebens als Arzt in verschiedenen Funktionen und Organisationen, ist meine Sorge um Anstand und ethische Kompetenz meiner teilweise wohl auch geknebelten Zunft eher groß.

Ich liste im Folgenden zusammenfassend auf, was mir so durch den Kopf geht. Es sind das teils Fragen, die nicht mit einem Satz zu beantworten sind, schon gar nicht mit einem einfachen Ja oder Nein, und es sind ein paar Grundsätze, die mir unverhandelbar scheinen.

■ Wollen wir Ärzte immer und überall, unvoreingenommen und reinen Herzens, das Beste für unsere Patienten? Tun wir also, was wir tun, immer ohne an unser persönliches, sprich wirtschaftliches Interesse zu denken? Medizin primär nach wirtschaftlichen Kriterien betrieben, gehört nach meinem Verständnis zu den größten Übeln.

■ Ist die Errichtung praktisch unüberwindbarer Hürden für Patienten in Form von Sekretärinnen, Anrufbeantwortern oder Geheimnummern eines Arztes würdig?

■ Müssen wir das Sparen in der Medizin, wenn es denn schon sein muss, wirklich immer direkt an unsere Patienten weitergeben? Könnten wir das nicht etwas abfedern?

■ Bringen moderne Medikamente zumindest eine kurzfristige Besserung der Lebensqualität und ein paar Monate statistischer Lebensverlängerung? Nicht eher Quälerei bis zum hinausgezögerten Lebensende?

■ Ist das neue, teurere Medikament, über das wir gerade publizieren, auch immer das bessere? Versucht uns das vielleicht nur die Pharmaindustrie einzureden, in dem sie uns durch Unterstützung unserer Fortbildungs- und Forschungsarbeit für sich gewinnt?

■ Welche Interessen haben wir Ärzte an der Einführung und Vermarktung eines neuen Medikaments? Verkaufen wir selbst Medikamente?

■ Und – hat wirklich jeder Bürger, dem sie Nutzen bringen würden, Zugang zu allen diesen Innovationen, wenn er sie gerade benötigt?

■ Fehlender persönlicher Kontakt und mangelhafte Zuwendung zum Kranken sind, im besten Fall, eine bedauerliche Schwäche.

■ Organisation der medizinischen Versorgung von Patienten primär nach gesellschaftlicher und/oder wirtschaftlicher Stellung des Einzelnen ist inakzeptabel.

■ Anbieten von Leistungen, die vorwiegend oder gar ausschließlich dem eigenen wirtschaftlichen Vorteil dienen, ist Rechtsbruch.

■ Unfreundlichkeit, Unhöflichkeit, Überheblichkeit gegenüber dem Patienten, der sich ja immer in einem Ausnahmezustand befindet, ist eine Schande für unseren Stand.

■ Sind schließlich unsere ewigen Bedenken gegen jede Neuerung, etwa gegen eine Gesundheitsreform, wirklich reinen medizinischen Sinnes?

Ein intellektuell lauterer, moderner Wissenschaftler, ein Arzt etwa, eigentlich jeder anständige Mensch, ist ausreichend selbstkritisch, sich selbst in jedem Satz zu hinterfragen. Daran glaube ich. Er ist daher bereit, eigene Interessen dem ungleich höheren allgemeinen Interesse hintanzustellen.

Aber, frage ich mich weiter:

■ Gibt es nur lautere, anständige Wissenschaftler?

► Wollten wir nicht manchmal einfach nur Karriere machen? Um nahezu jeden Preis?

► Sind wir Ärzte in der täglichen Arbeit wirklich ausreichend selbstkritisch?

► Hören wir unseren Patienten zu?

Wir, eben auch ich, nahmen und nehmen nur zu gerne Einladungen der Pharmaindustrie zu Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen an allen möglichen attraktiven Destinationen gerne an. Wohl wissend, dass Aufenthalte in Luxushotels mit bestens organisierter kulinarischer Tagesordnung und Sightseeing vom Feinsten, nicht unbedingt das Wissen um Ökonomie oder gar um Anstand in der Medizin vertiefen. Vom Geld ist am Austernbuffet so wenig die Rede, wie beim Bewerben von Medikamenten.

Zweiklassen-Medizin

Zurück zu Hippokrates und unserem Gelöbniß: Gibt es wirklich einen unter uns Medizinern, der allen Ernstes bestreiten könnte, dass Zwei-Klassen-Medizin gang und gäbe ist? Ja, es mögen vielleicht mehr als zwei Klassen sein, zugegeben. Gibt es auch nur einen Arzt, der nicht schon einmal diese Art von privilegierter Versorgung praktiziert oder selbst erfahren hätte? Im schlimmsten Fall vielleicht gar für Geld? Wie ist das in jenem Bereich, der außerhalb unseres Unrechtsbewusstseins liegt, nämlich beim Entgegenkommen Verwandten oder Freunden gegenüber.

Finden wir Bevorzugung in diesen Fällen überhaupt illegitim? Ist es für uns nicht vielmehr rechtens, jedenfalls ganz in Ordnung, sagen wir einen Freund, gar

einen Verwandten zu bevorzugen? Und wie sieht es aus, wenn der nicht protegierte, nicht zahlungskräftige und daher natürlich nachgereichte profane Patient die Hilfe dringender gebraucht hätte? Ganz abgesehen davon, dass mir die armen, bescheidenen und ohne jede Protektion auftretenden Patienten zeitlebens die liebsten waren. Sie waren in der Regel auch die nettesten, dankbarsten, waren jene, denen ich ärztliche Glücksmomente verdanke.

Aus ideologischen, zum Teil wohl in meiner Biografie begründeten Motiven, habe ich mich seit jeher explizit darum bemüht, gerade jenen zur Seite zu stehen, die eben keine Lobby haben.

Auf dieser Geisteshaltung habe ich mein Berufsleben begründet. Ich weiß, dass es vielen anderen Ärzten auch so geht. Ich weiß aber ebenso gut, dass es nicht allen anderen auch so geht! Und das macht mich betroffen!

An der Abteilung, der ich vorstand, war es Arbeitsrichtlinie, ausschließlich nach medizinisch-sachlichen Kriterien vorzugehen. Alle meine Mitarbeiter haben diese Grundstimmung auch gelebt.

So manchen Klassepatienten, der auf sein erkaufte Recht bestanden hat, mögen wir dabei vergrämt haben. Ich weiß aber, wovon ich rede, wenn ich mein medizinisches Glaubensbekenntnis offenbare: „*Nach den Vorgaben des Hippokrates und dem ethischen Leitbild des modernen Arztes Medizin zu betreiben, ist allemal glücksbringender, als im Steinbruch des Lebens ein paar Silberlinge mehr eingenommen zu haben!*“

Bezeichnung des Arzneimittels: Cosaar 12,5 mg Filmtabletten, Cosaar 50 mg Filmtabletten, Cosaar 100 mg Filmtabletten. Cosaar plus 50 mg/12,5 mg Filmtabletten, Fortzaar 100 mg/25 mg Filmtabletten. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** **Cosaar – alle Formen:** Jede Cosaar 12,5 mg Tablette enthält 12,5 mg Losartan (als Kaliumsalz). Jede Cosaar 50 mg Tablette enthält 50 mg Losartan (als Kaliumsalz). Jede Cosaar 100 mg Tablette enthält 100 mg Losartan (als Kaliumsalz). Sonstige Bestandteile: Jede Cosaar 12,5 mg Tablette enthält 25,25 mg Lactose-Monohydrat. Jede Cosaar 50 mg Tablette enthält 25,5 mg Lactose-Monohydrat. Jede Cosaar 100 mg Tablette enthält 51,0 mg Lactose-Monohydrat. **Cosaar plus 50 mg/12,5 mg:** Jede Tablette enthält als Wirkstoffe 50 mg Losartan-Kalium und 12,5 mg Hydrochlorothiazid (HCT). Sonstige Bestandteile: Jede Tablette enthält 63,13 mg Lactose-Monohydrat. **Fortzaar 100 mg/25 mg:** Jede Tablette enthält als Wirkstoffe 100 mg Losartan-Kalium und 25 mg Hydrochlorothiazid (HCT). Sonstige Bestandteile: Jede Tablette enthält 126,26 mg Lactose-Monohydrat. **Liste der sonstigen Bestandteile: Alle Formen:** Mikrokristalline Cellulose (E460), Lactose-Monohydrat, vorverkleisterte Maisstärke, Magnesiumstearat (E572), Hypromellose (E463), Hypromellose (E464). **Cosaar 12,5 mg, 50 mg und 100 mg** enthalten Kalium in den folgenden Mengen: 1,06 mg (0,027 mEq), 4,24 mg (0,108 mEq) bzw. 8,48 mg (0,216 mEq). **Cosaar plus 50 mg/12,5 mg** enthält 4,24 mg (0,108 mgEq) Kalium. **Fortzaar 100 mg/25 mg** enthält 8,48 mg (0,216 mEq) Kalium. **Cosaar 12,5 mg, 50 mg und 100 mg, Cosaar plus 50 mg/12,5 mg und Fortzaar 100 mg/25 mg** enthalten auch Carnaubawachs (E903) und Titandioxid (E 171). **Cosaar 12,5 mg** zusätzlich Indigokarmin-Aluminiumsalz (E 132), **Cosaar plus 50 mg/12,5 mg** und **Fortzaar 100 mg/25 mg** zusätzlich Chinolingelb-Aluminiumsalz (E104). **Anwendungsgebiete: Cosaar- alle Formen:** Behandlung der essenziellen Hypertonie bei Erwachsenen und bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 16 Jahren. Behandlung einer Nierenerkrankung bei Patienten mit Hypertonie und Typ-2-Diabetes mellitus mit einer Proteinurie $\geq 0,5$ g/Tag als Teil einer antihypertensiven Behandlung. Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz (bei Patienten ≥ 60 Jahren), wenn die Behandlung mit einem ACE-Hemmer wegen Unverträglichkeit, insbesondere Husten, oder Gegenanzeige als nicht geeignet erachtet wird. Patienten mit Herzinsuffizienz, die mit einem ACE-Hemmer stabil eingestellt sind, sollten nicht auf Losartan umgestellt werden. Die Patienten sollen eine erniedrigte linksventrikuläre Ejektionsfraktion ≤ 40 % aufweisen sowie unter Herzinsuffizienztherapie klinisch stabil sein. Reduktion des Schlaganfallrisikos bei hypertonen Patienten mit EKG-dokumentierter linksventrikulärer Hypertrophie. **Cosaar plus 50 mg/25 mg und Fortzaar 100 mg/25 mg:** Zur Behandlung von essenziellem Bluthochdruck indiziert bei Patienten, bei denen der Bluthochdruck mit Losartan oder Hydrochlorothiazid alleine nicht ausreichend eingestellt werden kann. **Gegenanzeigen: Alle Formen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Zweites und drittes Trimenon der Schwangerschaft. Stillzeit. Schwere Einschränkung der Leberfunktion. **Cosaar plus 50 mg/25 mg und Fortzaar 100 mg/25 mg** zusätzlich: Überempfindlichkeit gegen Sulfonamid-Derivate (wie Hydrochlorothiazid). Therapieresistente Hypokaliämie oder Hyperkalziämie. Cholestase und obstruktive Erkrankungen der Gallenwege. Therapieresistente Hyponatriämie. Symptomatische Hyperurikämie/Gicht. Schwere Einschränkung der Nierenfunktion (Creatinin-Clearance <30 ml/min). Anurie. **Inhaber der Zulassung:** Merck Sharp & Dohme GmbH, Donau-City-Straße 6, 1220 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** **Cosaar – alle Formen:** Angiotensin II-Rezeptor (Typ AT1)-Antagonist; ATC-Code: C09CA01. **Cosaar plus 50 mg/12,5 mg und Fortzaar 100 mg/25mg:** Kombination aus einem Angiotensin II-Rezeptor (Typ AT1)-Antagonist und einem Thiazid-Diuretikum, Antihypertonikum. ATC-Code: C09DA01. **Weitere Angaben zu Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Streitigkeiten aus der Anbahnung des kurativen Einzelvertrages:

Nach VfGH ordentliche Gerichte zuständig

von Markus Lechner

Gemäß § 344 Abs. 1 ASVG ist in jedem Land zur Schlichtung und Entscheidung von Streitigkeiten, die in rechtlichem oder tatsächlichem Zusammenhang mit dem Einzelvertrag stehen, eine Paritätische Schiedskommission zu errichten. Den im Einzelfall einzurichtenden Paritätischen Schiedskommissionen sind Landesberufungskommissionen als Berufungsbehörden übergeordnet, wobei für jedes Bundesland auf Dauer eine Landesberufungskommission zu errichten ist.

Wenn eine Streitigkeit, die in rechtlichem oder tatsächlichem Zusammenhang mit dem Einzelvertrag steht, vorliegt, scheidet damit eine Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte zur Streitentscheidung aus.

Voraussetzung für die Zuständigkeit der Paritätischen Schiedskommission ist, dass die Verfahrensparteien die Parteien des Einzelvertrages sind. § 344 Abs. 1 letzter Satz ASVG ordnet ausdrücklich an, dass im Verfahren vor den Paritätischen Schiedskommissionen die Parteien des Einzelvertrages antragsberechtigt sind. Aus dieser gesetzlichen Anordnung ist zu folgern, dass die Paritätischen Schiedskommissionen nur dann zuständig sind, wenn die Streitigkeit zwischen den Parteien des Einzelvertrages besteht.

Die paritätische Schiedskommission kann daher nur entweder von einem Krankenversicherungsträger gegen einen Vertragsarzt oder von einem Vertragsarzt gegen einen Krankenversicherungsträger angerufen werden; die Entscheidung über Streitigkeiten unter Vertragsärzten oder unter Versicherungsträgern fällt dagegen nicht in die Zuständigkeit der Paritätischen Schiedskommissionen.

Von diesem Grundsatz hat die Judikatur bisher allerdings dann Ausnahmen gemacht, wenn die Streitigkeit zwar unter Einzelvertragsparteien entstanden ist, diese aber im Zeitpunkt der Entscheidung der Streitigkeit nicht mehr Einzelvertragsparteien waren oder etwa Ansprüche zwischenzeitlich auf Erben des Vertragsarztes übergegangen sind (sogenannte „Nachwirkung“).

Von der Judikatur nicht geklärt war bisher, ob auch Streitigkeiten aus der Anbahnung eines kurativen Einzelvertrages in die Zuständigkeit der Paritätischen Schiedskommissionen fallen, weil diesfalls noch keine (allenfalls auch ehemalige) Parteien des Einzelvertrages am Verfahren teilnehmen (können).

Dies wird meines Erachtens aus nachstehenden Erwägungen zu bejahen sein: Erstens ist es unstrittig, dass Streitigkeiten aus der Anbahnung eines Arbeitsverhältnisses Arbeitsrechtssachen im Sinne des § 50 Abs. 1 Z. 1 ASGG sind. Zweitens müssen nicht immer die „formalen“ Parteien des Einzelvertrages am Verfahren teilnehmen; sondern haben wie aufgezeigt auch Rechtsnachfolger (die nie „formal“ Partei des kurativen Einzelvertrages waren), Ansprüche aus dem kurativen Einzelvertrag vor den Paritätischen Schiedskommissionen geltend zu machen. Drittens stehen Streitigkeiten aus der Anbahnung des Einzelvertrages in rechtlichem, jedenfalls aber in tatsächlichem Zusammenhang mit dem Einzelvertrag. Letztens werden auch Streitigkeiten über das Bestehen oder nicht Bestehen – also Streitigkeiten zwischen nur potenziellen Einzelvertragsparteien – den Paritätischen Schiedskommissionen zugewiesen.

Meines Erachtens hätte daher ein im Vergabeverfahren übergangener Bewerber um eine Kassenplanstelle, also um einen kurativen Einzelvertrag, Schadenersatzansprüche gegen den im Vergabeverfahren beteiligten Sozialversicherungsträger vor der Paritätischen Schiedskommission geltend zu machen. Schadenersatzansprüche gegen die ebenfalls am Vergabeverfahren beteiligte zuständige Länderärztekammer wären hingegen – mangels potenzieller Einzelparteieneigenschaft der Länderärztekammer – vor den ordentlichen Gerichten auszutragen.



Mag. Markus Lechner

Die gegenteilige, jüngst vom Verfassungsgerichtshof in seiner Entscheidung B 1235/08 vom 7.10.2009 geäußerte Ansicht, überzeugt nicht: Der Rückgriff auf eine diesbezügliche Judikatur des OGH geht fehl, weil letzterer jeweils Streitigkeiten zwischen Parteien zu entscheiden hatte, wovon eine nicht einmal potenziell Vertragspartner eines kurativen Einzelvertrages sein könnte, nämlich die jeweils zuständige Ärztekammer.

Auch der Hinweis im genannten Erkenntnis, dass die Reihungsbestimmungen zwischen den jeweiligen Krankenversicherungsträgern und der zuständigen Ärztekammer privatrechtlicher Natur seien, übersieht, dass nach der ständigen Judikatur des VfGH die Rechtsbeziehungen zwischen Vertragsarzt und Sozialversicherungsträger immer privatrechtlicher Natur sind, sodass auch aus diesem Argument nichts zu gewinnen ist.

Für die Auslegung des VfGH – diese Argumente werden allerdings nicht angezogen – könnte lediglich die gebotene enge Auslegung von Ausnahmestimmungen zu § 1 JN sowie die ausdrückliche Formulierung in § 50 Abs 1 Z 1 ASGG sprechen, der Streitigkeiten aus der Anbahnung des Arbeitsverhältnisses ausdrücklich als Arbeitsrechtssachen normiert, eine Normierung, die das ASVG im Gegensatz zum ASGG so ausdrücklich nicht kennt.

Mag. Markus Lechner
NÖ Ärzteanwalt, Rechtsanwalt

6911 Lochau, Althaus 10, Telefon: 05574/53788
Fax: 05574/53789, Handy: 0664/1534383
e-mail: lechnermarkus@aon.at

Letzte Chance für die Lehrpraxis

Von Michael Wendler

Herzlichen Dank für Ihre bisherige Berichterstattung über das von der Ärztekammer oft als Randthema behandelte Problemfeld „Ausbildung an der Basis.“

Die dramatische Nicht-Entwicklung der praxisnahen Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin hat mich zu einigen intensiven Gesprächen mit mehreren Entscheidungsträgern im Bereich Lehrpraxis und Turnus bewogen. Dies hat dazu geführt, dass der Präsident der Österreichischen Ärztekammer Dr. Walter Dorner höchst persönlich einen Besuch in meiner Ausbildungsordination gemacht hat.

Mit meinen jungen Mitstreitern, zum Teil KollegInnen, die bei mir einen Teil ihres Turnus absolviert haben, habe ich unter dem Titel AGENDA 2010 ein Memorandum verfasst, in dem wir unserem Präsidenten einige sachlich fundierte Vorschläge unterbreiten, wie man endlich auch Maßnahmen zur inhaltlichen Aufwertung der Lehrpraxis ergreifen könnte. Die Projekte sind alle derart, dass sie ohne Beitrag durch das Ministerium und ohne lange politische Instanzenwege rasch durchgeführt werden könnten.

Wir erlauben uns, die „AGENDA 2010 LEHRPRAXIS ÖSTERREICH“ als offenen Brief diesem Mail anzuhängen, um auch Ihnen zu zeigen, dass effektive Initiativen nicht unbedingt lange Gremial-Prozesse nötig haben müssten, wenn sie sachlich überzeugend und relativ leicht umsetzbar sind, ohne andere Interessen wesentlich einzuschränken.

Für weitere Informationen stehen wir in gewohnter Weise sehr gerne zur Verfügung.

Mit herzlichen Grüßen aus Graz

Ihr

Dr. Michael Wendler

Modell-Lehrpraxis für Allgemeinmedizin, St. Veiterstrasse 32, 8046 Graz, hy: 0699 17418045

Unterstützen Sie jetzt die Initiative der jungen Allgemeinmedizin Österreichs, unter - www.amsa.at/Allgemeinmedizin - Danke!



Agenda 2010 Lehrpraxis Österreich

Vorschläge zur inhaltlich und qualitativen Verbesserung der Lehrpraxis unabhängig von der allgemeinen gesundheitspolitischen Lage

DFP-Punkte für Lehrtätigkeit

Zahlreiche pädagogische Studien, auch im medizinischen Bereich, belegen, dass der Grad des Behaltens von vermitteltem Wissen direkt korreliert zu der Art des Unterrichtes.

An beiden Enden der Statistik stehen der reine verbale Frontalunterricht mit 5 Prozent und am anderen Ende der Wissensgewinn durch Inhalte, die wir anderen Menschen beibringen, mit bis zu 80 Prozent.

Reine Lektüre steht mit 10 Prozent ziemlich am Ende der Effektivität.

Siehe Grafik auf Seite ..

Vorschlag: In Zukunft können Lehrpraxisleiter, die die Mindestanforderungen eines Qualitätssiegels erfüllen, für jede Woche, die sie einen Turnusarzt/eine Turnusärztin betreuen, je einen DFP-Fortbildungspunkt bekommen. Maximum 52 Punkte in 3 Jahren, Abrechnung mit Einreichung des TA-Zeugnisses.



Inhaltliche und sachliche Argumente, die gegen ein solches Projekt sprechen:

Mit der Umsetzung zu betrauen:

Erledigt am:



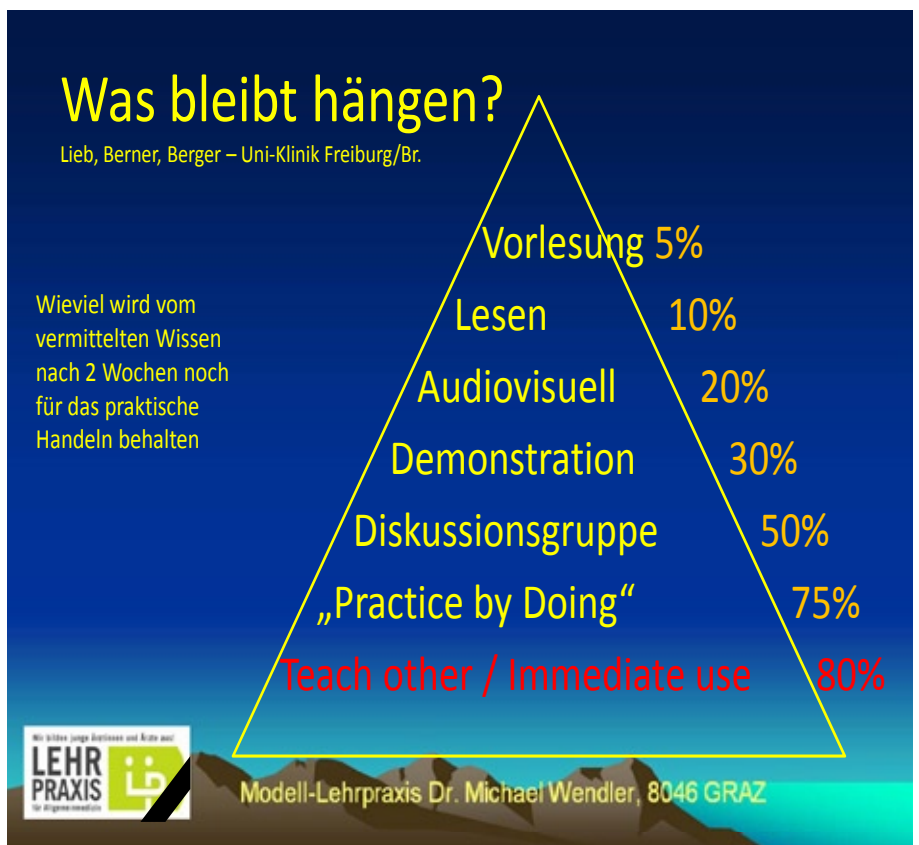
Lehrpraxis-Qualitätssiegel

Vorschlag: Lehrpraxen, die sich freiwillig einem Katalog von Mindeststandards unterwerfen, bekommen von der Österreichischen Ärztekammer ein Qualitätssiegel verliehen, das auch schilderfähig ist. Turnusärzte wüssten dann schon bei der Bewerbung besser, was sie erwartet.

Kriterien:

- Eigenes Sprechzimmer für den Turnusarzt, Mindest-Handapparat von allgemeinmedizinischen Fachbüchern (Kochem, Braun, EBM Allgemeinmed.)
- Bestehendes Fortbildungsdiplom
- Lehrpraxis-Weiterbildung mindestens 1x in 2 Jahren
- Dokumentiertes Karrieregespräch spätestens nach 3 Monaten
- Dienstvertrag über 35 Wochenstunden

(Eine Liste solcher Kriterien wurde bereits von einer Arbeitsgruppe der ÖÄK vor 4 Jahren vorgelegt) Das Logo für solch ein Qualitätssiegel würde ich kostenfrei an die ÖÄK abtreten



Inhaltliche und sachliche Argumente, die gegen ein solches Projekt sprechen:

Mit der Umsetzung zu betrauen:

Erledigt am:

„Lehrpraxis-Fieberkurve“

Die ÖÄK sammelt die österreichweiten Zahlen, wie viele Lehrpraxen jeden Monat tatsächlich besetzt sind und führt darüber eine Statistik (beginnend mit Oktober 2009). Nur mit solchen Daten lassen sich tatsächliche Entwicklungen kommentieren und evaluieren. Diese Statistik könnte sich schon bald als wichtige Argumentationshilfe in der Öffentlichkeit herausstellen.

Inhaltliche und sachliche Argumente, die gegen ein solches Projekt sprechen:

Mit der Umsetzung zu betrauen:

Erledigt am:

Approbation von Lehrambulanzen

Die Lehrambulanzen werden völlig willkürlich bestimmt und haben keinerlei Kriterien der fachlichen Ausbildungsqualität zu erfüllen. **Mindestanforderung wäre die Verpflichtung zur Kooperation mit einem niedergelassenen Allgemeinmediziner als Lehrbeauftragten**, der regelmäßig die Arbeit von Turnusärzten/Turnusärztinnen in Lehrambulanzen in Tutorials bespricht und auch die Möglichkeit zu Hospitationen bei Hausbesuchen etc. ermöglicht. Da die Spitalserhalter durch diese Systemerhalter länger auf eingeschulte Ärzte zurückgreifen können, sollte es kein Problem sein, diesen Konsiliarärzten auch ein Honorar zu zahlen ähnlich wie das Honorar der Medizinischen Universitäten für ihre externen Praxis-Lehrbeauftragten. Zusätzlich sollte sichergestellt sein, dass in solchen Ambulanzen ebenfalls ein Mindest-Handapparat über Allgemeinmedizin aufliegt.

Inhaltliche und sachliche Argumente, die gegen ein solches Projekt sprechen:

Mit der Umsetzung zu betrauen:

Erledigt am:

Öq-Med Evaluation

Im Zuge der nächsten Evaluationsrunde aller Ordinationen könnte man 5 bis 10 Fragen anhängen, die von approbierten Lehrpraxen auszufüllen sind.

Bei der Erarbeitung dieser Fragen wären wir vom ersten österreichischen Qualitätszirkel für Lehrpraxisleiter in Graz gerne bereit, Unterstützung zu leisten.

Inhaltliche und sachliche Argumente,
die gegen ein solches Projekt sprechen:

Mit der Umsetzung zu betrauen:

Erledigt am:

Turnus-Plus (Lehrambulanz Hospitation)

Die Modell-Lehrpraxis Dr. Wendler hat in Zusammenarbeit mit dem LKH Hörgas und drei weiteren Ausbildungsordinationen ein Hospitationsprojekt für Turnusärzte/Turnusärztinnen in Lehrambulanz ausgearbeitet und nach einem erfolgreichen Probelauf evaluiert. Die Jungärzte sind dabei unfallversichert und bekommen weiter ihr Gehalt!

Inhaltliche und sachliche Argumente,
die gegen ein solches Projekt sprechen:

Mit der Umsetzung zu betrauen:

Erledigt am:

Liste Weiterer Ideen zur Aufwertung der Lehrpraxen

- Bessere Berücksichtigung der Lehrpraxiszeiten durch Punkte für die Reihungsliste zur Niederlassung
- Elektronische Job-Börse zur Vermittlung von Lehrpraxisstellen (Tool existiert bereits, wird aber zurückgehalten!)
- Nutzung universitärer Ressourcen in Lehre, Didaktik, Intervention und Supervision
- Schaffung von Lehrpraxis-Netzwerken in den verschiedenen Bundesländern, Qualitätszirkel
- Finanzielle Begünstigung von Lehrpraxisleitern bei den Kosten für Fortbildungen in Zeiten, wo sie Turnusärzte betreuen



Lehrpraxisforschung

Evaluation der Prüfungsergebnisse der Prüfung für Allgemeinmedizin in Hinblick darauf, ob die Ergebnisse die Absolvierung einer Lehrpraxis widerspiegeln.

Vergleich von verursachten Kosten von Praxen, deren Praxisleiter in der Ausbildung in Lehrpraxen waren, gegenüber anderen Praxen.

Über das Glaukom

Nur nicht gänzlich blind werden!

von Felix Berger

Angeblich gibt es bereits seit einigen Jahrzehnten eine aus Ungarn stammende Studie, dass der Krankheitsverlauf des „Grünen Stars“ über Fastenkuren günstig beeinflussbar ist. Einige Fälle heute geben dazu noch deutliche Hinweise, dass die meisten Glaukome, ausgenommen die seltenen Fälle der angeborenen und sekundären Glaukome, bei entsprechend veranlagten Patienten direkte Folge des üblichen chronisch kranken Verdauungsapparates, also des chronischen Enteropathiesyndroms sind.

Bereits durch eine sanfte und oft nur ambulant durchgeführte Sanierung der Überlastungsschäden am Intestinum kann in den meisten Fällen ein Stillstand der Erblindung und eine Normalisierung des Augen-Innendrucks erreicht werden. Es ist also in jedem Fall sinnvoll, einen diesbezüglichen therapeutischen Ansatz zusätzlich zu den derzeit ausschließlich üblichen medikamentösen und operativen Behandlungsoptionen ins hoffentlich noch gesunde geistige Auge zu fassen.

In dieser Zeit der bewussten Zerschlagung der freien ärztlichen Versorgung der Menschen vom freiberuflich tätigen Hausarzt hin zu den Intentionen der „Neuen Weltordnung“, in der das ehemals freie und diskrete Sozialversorgungswesen europäisch und weltweit mehr und mehr durch die nicht offen gelegten Machtnetzwerke zum Bespitzelungs- und Machtinstrument umgebaut wird, ist es besonders wesentlich, dass schleichenden Erblindungen jedweder Art durch Hinweise auf Tatsächlichkeiten auch aus den Reihen entschlossener, anständiger Hausärzte entschieden entgegengewirkt wird.

Offenbar sind es auch hier am Auge die bereits sattsam bekannten reizenden Fehlv verdauungsprodukte, die für die allermeisten

dieser chronisch- schubhaft verlaufenden Entzündungen an Haut, Gelenken, Arterien, Nieren, Bronchien usw. der so genannten „Wohlstandserkrankungen“ als ursächlich zu nennen sind. Diese Enterotoxine üben offenbar auch über Verquellungen vor allem am Trabeculum corneo-sclerale des Kammerwinkels, aber auch am Sehnervkopf und im Bereich des Schlemm'schen Kanals ihre zerstörerische Wirkung aus. Einfache Darm- und Säftereinigung hilft hier eigentlich fast immer ursächlich, gründlich und anhaltend.

Es gibt diesbezüglich nun mehrere Wege, den allermeisten Glaukompatienten zum Erhalt ihres restlichen Sehvermögens zu verhelfen: Entweder man informiert sich als der behandelnde Hausarzt einigermaßen genau über die inneren Zusammenhänge der Gesundung und wird daraufhin - finanziell auf privater Basis - selbst ärztlich tätig oder man delegiert an niedergelassene naturheilkundlich orientierte Ärzte, die teilweise auch noch Kassenverträge halten und welche hier eine durchaus wirksame Mayrtherapie anbieten können.

Dazu gibt es außerdem private Mayr-Kurhäuser wie etwa die Pension Stühlinger am Semmering oder das Mayr-Stammhaus Spanberger in Gröbming/Stmk. Es bieten

auch noch einige exklusivere Häuser in Kärnten oder Tirol Information, Schulung und Behandlung nach Dr. F.X. Mayr an.

Ohne ein Prophet sein zu müssen, kann folgende Aussage ruhigen Gewissens gemacht werden: Unterwerfen sich die Ärzte weiterhin dem Diktat der ganz gezielt leer gemachten Kassen so wird in erster Linie jeder Patient, dann aber auch der durch abstruse, global aufgelegene Kampagnen geängstigte, nicht diagnosebelastete Mensch mehr und mehr zum Objekt gieriger Geschäftemacherei und somit schutzloses Ausbeutungsobjekt.

Die niedergelassenen Ärzte aber verlieren auf diesem Weg dann nach und nach das Vertrauen der Menschen und damit ihr positives Image und so auf längere Sicht freilich auch ihre Existenzbasis, weil sie so argumentativ in der medialen Öffentlichkeit ihre Unnötigkeit belegbar machen. Und genau das wird vernetzt auch global offenbar so angestrebt!

Nur blind auf das momentane Einkommen zu schauen indem man die noch vorhandenen Beschaffungsmöglichkeiten ausreizt, ist gebrechlich kurzsichtig und zeugt keinesfalls vom nötigen (- auch ärztlichen) Weitblick!

Dr. Felix Berger

E-Mail: febe.salus@utanet.at



Dr. Felix Berger

FACHKURZINFORMATION: Bezeichnung des Arzneimittels: Gastroloc Hexal 20mg-magensaftresistente Tabletten, Gastroloc Hexal 40mg-magensaftresistente Tabletten. **ZUSAMMENSETZUNG:** Gastroloc Hexal 20mg-magensaftresistente Tabletten: Jede Tablette enthält 20mg Pantoprazol (als Pantoprazol-Natrium-Sesquihydrat). Gastroloc Hexal 40mg-magensaftresistente Tabletten: Jede Tablette enthält 40mg Pantoprazol (als Pantoprazol-Natrium-Sesquihydrat). **WIRKSTOFFGRUPPE:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Protonenpumpenhemmer. ATC-Code: A02BC02. **ANWENDUNGSGEBIETE:** Gastroloc Hexal 20mg-magensaftresistente Tabletten: • Zur Behandlung der leichten Refluxkrankheit und damit verbundener Symptome (z.B. Sodbrennen, saures Aufstoßen, Schluckbeschwerden) • Zur Langzeit-Therapie und Prävention von Rezidiven bei Refluxösophagitis • Prävention der durch nicht-selektive, nicht-steroidale Antiphlogistika induzierten gastroduodenalen Ulzera bei Risikopatienten, die einer kontinuierlichen Behandlung mit diesen Arzneimitteln bedürfen. Gastroloc Hexal 40mg-magensaftresistente Tabletten: • Zwölffingerdarmgeschwür (Ulcus duodeni) • Magengeschwür (Ulcus ventriculi) • Mittelschwere und schwere Formen der Speiseröhrentzündung (Refluxösophagitis) • Zollinger-Ellison-Syndrom und andere Erkrankungen, die mit einer pathologischen Hypersekretion von Magensäure einhergehen. **GEGENANZEIGEN:** Gastroloc Hexal sollte bei bekannter Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile von Gastroloc Hexal nicht angewendet werden. Wie andere PPIs sollte Pantoprazol nicht mit Atazanavir verabreicht werden. **SCHWANGERSCHAFT UND STILLZEIT:** Schwangerschaft: Die Erfahrungen mit Pantoprazol bei schwangeren Frauen sind sehr begrenzt. Aus begrenzten Erfahrungen mit Protonenpumpenhemmern als Wirkstoffklasse ergeben sich keine Hinweise auf ein erhöhtes Risiko schwerwiegender angeborener Missbildungen. In Reproduktionsstudien bei Tieren wurde eine leichte Fetotoxizität beobachtet. Pantoprazol Tabletten sollten nicht angewendet werden, es sei denn, es ist unbedingt erforderlich. Stillzeit: Beim Menschen liegen keine Informationen über die Ausscheidung von Pantoprazol in die Muttermilch vor. Da potenzielle Risiken für das Kind nicht gänzlich ausgeschlossen werden können, sollte das Abstillen in Betracht gezogen werden, wenn eine Behandlung mit Pantoprazol erforderlich ist. **PHARMAZEUTISCHER UNTERNEHMER:** Hexal Pharma GmbH, 1235 Wien. **VERFÜGBARE PACKUNGSGRÖSSEN:** 20mg (Z.Nr.: 1-27070): 14 und 30 Stück. 40mg (Z.Nr.: 1-27072): 7, 14 und 30 Stück. **ABGABE:** Rezept- und apothekenpflichtig. **WEITERE ANGABEN ZU WARNHINWEISEN UND VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE VERWENDUNG, WECHSELWIRKUNGEN MIT ANDEREN MITTELEN UND NEBENWIRKUNGEN SIND DER VERÖFFENTLICHTEN FACHINFORMATION ZU ENTNEHMEN.**

2010, quo vadis?

von Martina Hagspiel

Die Turbulenzen auf den Finanzmärkten haben vorübergehend nachgelassen, die Unsicherheit der Anleger hält hingegen immer noch an. Wo und wie soll investiert werden? Auf welchen Rat soll man hören? Obwohl wir mittlerweile die tollsten technischen Mittel zur Verfügung haben, wurde noch keine bessere Möglichkeit der Zukunftsweisung gefunden die als eine Glaskugel, als Kaffeesudlesen oder als die gruselige Eingeweideschau. Somit müssen wir uns wohl auf den vorhandenen Wissensstand, basierend auf der Vergangenheit, um ein Gefühl für die aktuelle Lage zu bekommen.

Die Aktienindizes in den USA, in Deutschland und in vielen anderen Industrieländern stiegen zum Jahresbeginn auf den höchsten Stand seit Ende Oktober 2008. Der DAX überschritt die 6.000er Grenze (im Frühjahr 2007 noch auf rund 8.100 Punkten - im März 2009 auf rund 3.600 Punkten) und auch die Börsen der Emerging Markets konnten in den vergangenen Wochen hauptsächlich Kursgewinne verzeichnen. Maßgeblicher Motor im Jahr 2009 war bestimmt der massive Eingriff in die Geldpolitik, der dazu führte dass die Anleger den Gedanken an die wirtschaftliche Apokalypse langsam wieder ablegen konnten.

Die unerwartet schnelle Überwindung der Rezession und die Rückkehr der Risikofreude an den Märkten hatte zur Folge, dass einige der veröffentlichten Wirtschaftsdaten über den Erwartungen lagen. Auf der anderen Seite steigt dadurch zugleich die Wahrscheinlichkeit, dass die stimulierende Geldpolitik überall auf der Welt Schritt für Schritt zurückgefahren wird. China zum Beispiel hat aus Angst vor Überhitzung die Richtlinien in der Kreditvergabe bereits verschärft und setzt die Bekämpfung der Inflation ganz oben auf die Prioritätenliste.

Voraussichtlich ist 2010 mit einem unterdurchschnittlichen Wirtschaftswachstum zu rechnen, das von einer niedrigen Inflation begleitet wird. Ein solches Ergebnis würde sich mit Erfahrungswerten aus der Vergangenheit decken, wonach sich die Wirtschaft im zweiten Jahr nach einer Bankenkrise unterdurchschnittlich zeigt um dann im dritten Jahr wieder über dem Trend zu liegen.

Bei der Entwicklung des Zinsniveaus häufen sich die Thesen und die Prognosen gehen natürlich in die unterschiedlichsten

Richtungen. Wahrscheinlich ist eine Straffung der Geldpolitik der großen Zentralbanken. Ob dies bereits heuer zu einer vorsichtigen Anhebung der Leitzinsen in Europa (unabhängig von der bereits eingepreisten Erhöhung) führen wird, ist schwer einzuschätzen. Spannend wird auf jeden Fall die Entwicklung des starken Euro, der vor allem dem Export aus der Euro-Zone ordentlich zusetzt.

Seit dem Zusammenbruch von Lehman Brothers Ende 2008 ist durch massive Eingriffe von Zentralbanken und Regierungen im europäischen Bankensystem der Anschein von Stabilität geschaffen worden. Nach Schätzungen des Internationalen Währungsfonds dürften Banken in aller Welt - vor allem in Europa - aber noch vor zusätzlichen Abschreibungen in Höhe von 1,5 Bio. US-Dollar bis Ende nächsten Jahres stehen.

Mit dieser Stabilisierung kam es in letzter Instanz nur zu einer Umschichtung des Fremdkapitals, das zuerst von den Banken gehalten wurde und nun von den Regierungen gehalten wird. Und vielleicht kommt deshalb alles ganz anders...

Die Börsen boomten also in jüngster Vergangenheit und die Märkte haben einen beachtliche Aufholjagd hingelegt. Der Weltuntergang ist abgesagt und alles ist wieder gut - oder?

Nicht ganz. Denn spätestens beim Blick in die Depotauszüge zum Jahresende wird vielen Anlegern bewusst werden, dass sie schon wieder verloren haben. Denn nachdem sie zuvor die Talfahrt voll mitmachen mussten, haben die meisten den seit März 2009 laufenden Aufschwung verpasst. Denn es wird meistens genau dann auf Sicherheit gesetzt, wenn diese eigentlich nicht mehr von Nöten ist.

Nie konnte man klarer erkennen wie gut antizyklisches Kaufverhalten funktionieren kann und nie konnte deutlicher gemacht werden, welche emotionale Herausforderung dies für den Anleger bedeutet!

Da die Prognosen für das Jahr 2010 weiterhin schwierig bleiben werden, bietet sich für den Kleinanleger ein so genannter „Trendfolge-Fonds“ als Basisinvestment eines Portfolios an. Diese haben im Normalfall ein integriertes, automatisches Trendfolgesystem. Sie können die Gewichtung der Anlageklassen verändern und können sowohl die Branchen, die Länder als auch die Regionen wechseln - ganz genau wie es der Trend verlangt. Somit reagiert ein Teil des Portfolios automatisch und in der Regel viel schneller, als ein durchschnittlicher Kleinanleger dies jemals können würde.

Meine Empfehlungen bleiben sonst immer dieselben wie im Jahr 2009:

- Profitieren Sie vom Cost-Average-Effekt und arbeiten Sie mit Sparplänen!
- Schwimmen Sie gegen den Strom!
- Schonen Sie Ihre Nerven!
- Versuchen Sie breit zu streuen!
- Zudem halten Sie sich eine ausreichende Cash-Position und dann kann auch ein turbulentes Jahr Ihnen kaum die Laune verderben!



Martina Hagspiel

gew. gepr. Vermögensberaterin,
Versicherungsmaklerin und
Beraterin in Versicherungs-
angelegenheiten
gem. §94Z. 76 GewO 1994

Mobil: 0664 84 39 414

Email: office@martina-hagspiel.com

Disclaimer: Die angeführten Informationen dienen lediglich der unverbindlichen Information, stellen kein Angebot zum Kauf oder Verkauf der genannten Finanzinstrumente bzw. Versicherungen dar und dürfen auch nicht so ausgelegt werden. Die Informationen dienen nicht als Entscheidungshilfe für rechtliche, steuerliche oder andere Beratungsfragen. Jeder, der diese Daten zu diesen Zwecken nutzt, übernimmt hierfür die volle Verantwortung. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Investitionen in die beschriebenen Finanzinstrumente mit Risiken verbunden sind und nicht für jeden Anleger geeignet sind. Soweit Informationen zu einer bestimmten steuerlichen Behandlung gegeben werden, wird darauf hingewiesen, dass die steuerliche Behandlung von den persönlichen Verhältnissen des Mandanten abhängt und künftig Änderungen unterworfen sein kann. Die Autorin gibt ausschließlich ihre private Meinung wieder und übernimmt keine Garantie für die Korrektheit, Zuverlässigkeit, Aktualität oder Vollständigkeit der genannten Informationen. Es besteht keine Verpflichtung zur Richtigstellung etwaiger unzutreffender, unvollständiger oder überholter Angaben.