

Brief des Präsidenten

Geschätzte Kolleginnen, geschätzte Kollegen!

Wie zu einem Mosaik lassen sich Ereignisse und Themen der letzten Wochen zusammenfügen und gewähren uns einen schaurigen Blick in unsere eigene berufliche Zukunft. Dabei könnte man ganz spontan meinen, die Anwesenheitspflichtidee, mit der unsere Frau Innenminister höchst populistisch an Asylweber denkt, habe mit dem Sozialsystem nichts zu tun.

Es war Kollege Hans-Joachim Fuchs, der uns erstmals auf die Zeile „Ausgehzeiten“ in den haarneuen elektronischen Arbeitsunfähigkeitsmeldungen hinwies. 2010 also werden Hausärztinnen und Hausärzte wieder aufgefordert, ihren Patientinnen und Patienten mit der Krankschreibung auch die Anwesenheitspflicht zu Hause zu verordnen und mit Stundenangabe getrennt für Vormittag und Nachmittag Ausgang zu gewähren. Eine durch kein sachliches Argument zu rechtfertigende Beschneidung des Menschenrechtes der uneingeschränkten Mobilität.

Noch ist diese Zeile kein Pflichtfeld. Aber: Alles ist möglich! Ein Arbeitsuchender, konkret ein Saisonarbeitsloser, der also die feste Zusage seines Arbeitgebers der vergangenen Fremdenverkehrsaison hat, auch heuer im Frühjahr wieder in seinem Betrieb als Dienstnehmer angemeldet zu werden, muss sich täglich auf dem Magistrat einen Stempel abholen, zum Beweis dafür, dass er tatsächlich vor Ort ist. Anwesenheitspflicht als Voraussetzung für den Bezug des Arbeitslosengeldes. Misstrauischer Kontrollwahn einer Menschenrechte ignorierenden Bürokratie? Aber nein: nötige Kontrolle!

Wie groß stellen wir uns das Budget der Europäischen Union für ihre Kontrollbehörden vor?

Jedenfalls riesig. Umso befremdlicher, oder sollen wir sagen erheiternd? ist die Meldung, Griechenland hätte sich mit geschönten Staatshaushaltszahlen in die Eurozone geschmuggelt!

Oder die Kontrollorgane der Salzburger Osterfestspiele. Internes Controlling, Landesbehörden, Buchprüfer... dennoch sollen hohe Funktionsträger jahrelang beträchtliche Summen zum persönlichen Vorteil abgezweigt haben. „Es gilt die Unschuldsvermutung“, beeilt sich jegliche Berichterstattung festzuhalten (auch wir). Die Schuldsvermutung gilt offensichtlich ausschließlich für die Bürgerinnen und Bürger, weshalb man sie nicht intensiv genug kontrollieren kann.

Wir haben viel zu wenige Daten erklärt der Vizepräsident der Europäischen Kommission

Er ist verantwortlich für Freiheit, Sicherheit und Recht. Diese Kompetenztrias mutet fast kabarettistisch an. Für lediglich beschworene Sicherheit werden Bürgerfreiheiten tatsächlich beschnitten und das Recht gebeugt.

Hunderte Reisende warten stundenlang auf einem europäischen Flughafen, weil ein Unbefugter eine Sicherheitssperre überwunden hat. Er wird in den Menschenströmen der Passagiere trotz intensiven Einsatzes der Security nicht gefunden. Aber nicht nur Pannen lassen uns aufhorchen, auch Unbekümmertheit und unerwartete Auslegung der Gesetze.

„Da Daten anders als Autos oder Handys keine Sachen sind, kann man sie nicht stehlen. Und wo es keine gestohlene Ware gibt, da gibt



Dr. Christian Euler

es auch keine Hehlerei“ wird die Bayrische Justizministerin Beate Merk zitiert. Wenn das keine verantwortungsvolle Stellungnahme zur Überlegung der Deutschen Bundesregierung ist, gestohlene Daten von Schweizer Bankkunden zu kaufen. Für die Aussicht hunderte Millionen hinterzogener Steuergelder eintreiben zu können ist es wohl gerechtfertigt einen vorsätzlich in großem Stil durchgeführten Datendiebstahl nicht zu bestrafen, sondern mit 2,5 Millionen Euro abzugelten. Der Dieb kein Krimineller, sondern ein Staatsdiener, bedient sich der Staat doch seiner Dienste und hält ihn für sein Tatrisiko großzügig schadlos.

Wer so denkt dem muss die Besorgnis über außer Kontrolle geratene Gesundheitsdaten geradezu lächerlich vorkommen.

Was soll dabei sein, wenn eine große Krankenkasse Daten ihrer Versicherten einem Callcenterbetreiber zur Verfügung stellt, damit dieser eine ausgelagerte Hotline betreuen kann. Der Callcenterbetreiber gibt den Auftrag seinerseits an einen Subunternehmer weiter. Dieser beschäftigt Heimarbeitskräfte. Von Ihren privaten Computern aus, auf denen die Gesundheitsdaten inzwischen gelandet sind, verrichten ungelernete Kräfte die von der Krankenversicherung in Auftrag gegebene Arbeit.

Es sollen laut dem Magazin „Kontraste“, das diesen Skandal in Deutschland aufdeckte, auch Damen mit großer Telephonieerfahrung darunter sein. Bei Tag betreuen Sie Krankenversicherte bei Nacht Kunden einer Telephonsexhotline. Ein Kundenbetreuer war mit seinem Billiglohnjob nicht zufrieden. Er kopierte tausende Gesundheitsdaten und erpresste damit die BKK-Gesundheit. So kam alles ans Licht! Doch halt! Bevor ich es vergesse! „Es gilt die Unschuldsvermutung“ und „Datenschutz hat oberste Priorität“. (Siehe auch Seite 30)

Geschätzte Kolleginnen und Kollegen!

Während uns die verantwortlichen Politiker und Sozialversicherungsfunktionäre in Diskussionen über Fragen zu neuen Anwendungen der e-card, Datenschutz und ELGA einbinden wollen gibt uns die Wirklichkeit bereits Antworten. Sie sind eindeutig.

Der Österreichische Hausärzteverband wird an drei Abenden, jeweils Dienstags am 13. 4., 11. 5. und 8. 6. 2010 um 18:00 im Kulturcafe des Radiokulturhauses in Wien bemüht sein, diesen Antworten der Wirklichkeit öffentliches Gehör zu verschaffen.

Wir hoffen auf Ihre Teilnahme!

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

Glaube, Liebe, Hoffnung

von Peter Pölzlbauer

Gegen die Statistik anzukämpfen, ist in unserer Zeit ein nutzloses Unterfangen. Metaanalysen von Megastudien sind auch allzu furcht-einflößend und überwältigend. Aber zumindest einmal, wenn die endgültige Diagnose fällt, will jede(r) dem unabwendbaren Schicksal trotzen. Theodor Storm hat beschrieben, was viele denken, aber nur ein Dichter in Reime zu setzen vermag:

Ein Punkt nur ist es, kaum ein Schmerz,
Nur ein Gefühl, empfunden eben,
Und dennoch spricht es stets darein,
Und dennoch stört es dich zu leben.

Wenn du es ändern klagen willst,
So kannst du's nicht in Worte fassen,
Du sagst dir selber: „Es ist nichts!“
Und dennoch will es dich nicht lassen.

So seltsam fremd wird dir die Welt,
Und leis verlässt dich alles Hoffen,
Bis du es endlich, endlich weißt,
Dass dich des Todes Pfeil getroffen.

Die Krebsdiagnose seines Arztes soll Theodor Storm in tiefe Verzweiflung gestürzt haben, so dass sich seine Familie zu einem dramatischen Schritt gezwungen sah: Ein Konsilium namhafter Ärzte soll ihm glaubhaft versichert haben, dass die Diagnose falsch und er gesund sei. Dem so wieder gewonnenen Lebensmut des Dichters verdanken wir eine der schönsten Novellen der Weltliteratur: den Schimmelreiter.

Heutzutage ist die lückenlose Aufklärung der PatientInnen oberste Pflicht und gilt als unveräußerliches Menschenrecht. Viele wissen damit allerdings wenig anzufangen. In Zeiten ewiger Jugend verdrängt die Gesellschaft das Alter und leugnet den

Tod. Angesichts der Realität ein fruchtloses Unterfangen. Und so stehen wir im entscheidenden Moment unseres Daseins alleine.

Wir können der Realität der Diagnose nur die Hoffnung auf den Erfolg der Therapien gegenüberstellen. Aber bei allen Fortschritten, die die Medizin auf diesem Gebiet zweifelsohne gemacht hat, sind die Hoffnungen trügerisch und der Tod letztendlich immer Sieger. Das ist aber kein medizinisches Problem, sondern ein gesellschaftliches. Letzten Endes das zutiefst menschliche.

Unverständlich wird es allerdings, wenn hier auf einmal die hohen Kosten ins Spiel gebracht werden, die zum Lebensende anfallen. Ihnen wird der Mangel an Lebensqualität gegenübergestellt, der für diesen Zeitabschnitt charakteristisch sein soll. Es drängt sich die Frage auf: wer spricht hier? Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger? Eine Gesellschaft von jungen Gesunden, der es an Solidarität mit alten Kranken gebricht? Oder gar eine Stimme aus dem Jenseits, die das Diesseits nur als Stufe zu einer besseren Welt sieht?

„Die Chance lebt und die Hoffnung stirbt zuletzt“ weiß jeder Fußballer im Interview zu sagen, ehe er das Banalste tut, was sich im Zusammenhang mit einem umfassenden



Dr. Peter Pölzlbauer

Weltbild denken lässt, nämlich einem Ball einen Tritt zu versetzen. Und diese Binsenweisheit soll gerade dann nicht gelten, wenn es um die letzten Dinge unseres Lebens geht? Hier sollen Glaube und Hoffnung außer Kraft sein und die Liebe enden, weil es ums Geld geht?

Das Niveau der Diskussion ist erschreckend! Die Entwicklung der Gentechnologie ist sehr kostenintensiv, das ist altbekannt. Dass sie trotz großer Fortschritte die hochgesteckten Erwartungen noch nicht erfüllt, erleben wir jetzt. Aber ist das alleine Grund genug, sie als Geschäftemacherei einiger weniger zu diffamieren und die Betroffenen um die letzte Hoffnung ärmer zu machen?

An den PatientInnen scheint der neue Zeitgeist nicht unbemerkt vorübergegangen sein. So habe ich in den letzten Jahren wiederholt Patientinnen und Patienten auf der letzten Strecke ihres Lebensweges begleitet, die von Anfang an nur um eines gebeten haben: nicht mit der letzten Konsequenz des Unvermeidlichen konfrontiert zu werden. (siehe auch Seite 48)

Es ist Fastenzeit

von Peter Pölzlbauer

In der PHARMA-TIME schreibt das Diminutiv eines Arbeitsgeräts als Stimme seiner MeisterInnen. Mit zu erwartendem Ergebnis. Offenbar gute Gründe soll der Gesetzgeber gehabt haben, als er das „Vieraugenprinzip“ bei der Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln im Auge hatte.

Definitiv ist diese gesetzliche Verankerung zwar nicht, aber immerhin wird die

Trennung von Rezeptierung und Abgabe rezeptpflichtiger Medikamente von der marketing-strategisch sehr gut beratenen Apothekerkammer dahingehend interpretiert. Dass die ärztlichen Hausapotheken die Ausnahme der Regel sind, ist der Dorn im Auge der Apotheker.

Tatsache ist, dass die Verordnung vor die Abgabe gestellt wurde. Tatsache ist auch, dass ApothekerInnen nicht viel mehr tun können, als die Verschreibung per Rezept penibel zu befolgen. Was zugegebener Maßen ein

hartes Brot ist. Denn wer absolviert schon gerne ein Universitätsstudium, um danach zu tun, was jede Billverkäuferin in kürzester Zeit erlernt: ein fertig verpacktes Produkt aus einem Regal zu nehmen. Die so oft ins Treffen geführten magistralen Rezepte fallen dabei so gut wie nicht ins Gewicht.

Logischer Schluss und volkswirtschaftlich sinnvoll wäre alleine das Dispensierrecht für alle ÄrztInnen. Aber dazu müsste nach einer überlangen Fastenzeit Ostern und Pfingsten auf einen Sonntag fallen.

Peter Schlemihls wundersame Geschichte

Oder: Menschen ohne Schatten

von Peter Pözlbauer

Als Adalbert von Chamisso seine Erzählung im Jahr 1814 veröffentlichte, hätte er sich sicher nicht träumen lassen, welchen Erfolg er damit bis in unsere Zeit hinein haben sollte. Seine phantastische Erzählung aus einer wundersamen Märchenwelt beschreibt nämlich eine sehr reale, oft beängstigende Wirklichkeit.

Die Frau ohne Schatten (Ladies first) ist bei Hugo von Hofmannsthal's Tochter eines Geisterkönigs, die mit einem weltlichen Kaiser verheiratet ist und der mit dem Fehlen ihres Schattens Liebesglück und Mutterfreuden versagt bleiben.

Der Mann ohne Schatten verkauft sein scheinbar wertloses Anhängsel für einen Glückssäckel, in dem das Geld niemals ausgeht, an den Teufel.

Wir sind gerade Zeugen einer Diskussion, die darauf abzielt, dass Daten etwas Irreales seien und daher nicht wie reale Dinge, etwa Handys oder Autos, gestohlen werden können. Das Schattendasein unserer Daten wird vom Menschen aus Fleisch und Blut getrennt gesehen. Wer glaubt, hier handle

es sich um das längst überfällige Dingfestmachen von chronischen Steuersündern, lebt in einer Scheinwelt, aus der es ein böses Erwachen geben könnte.

Im Schatten der Datenwelt tummeln sich nicht nur Superreiche, die das Tageslicht scheuen, sondern hier leben vor allem diejenigen, die nichts zu verlieren aber auch nichts zu gewinnen haben: die Arbeits- und Unterstandslosen, die Alten, Kranken und Schwachen. All jene, denen es auch nichts nützen würde, mit dem eigenen Blut ihre Seele dem Teufel zu verkaufen.

Menschen mit Wirklichkeitssinn halten sich mit Grübeleien gar nicht erst auf, sie sehen das Positive. Für sie ist etwa die Idee, die hinter der E-Medikation steckt, einfach

und überzeugend. Im Sinne höchstmöglicher Patientensicherheit sollen in Echtzeit individuelle Verträglichkeit bzw. Unverträglichkeit von Arzneimittelverschreibungen abgerufen werden können. Von wem? Von Experten! Wer dazu gehören soll, ist derzeit noch offen.

Die Erhöhung der Transparenz steht für den Hauptverband eindeutig ganz oben. Hingegen ist der Datenschutz noch immer Gegenstand heftiger Diskussion. Und dessen Verfechter scheinen mehr und mehr in den Geruch fortschrittsfeindlicher Maschinenstürmer zu kommen.

Im Schatten der Gesellschaft blüht eine Wirklichkeit, die naiv und brutal und nur scheinbar phantastisch oder gar romantisch ist.

Und in deren Sprache, dem Amtsdeutsch, wird vor allem die Behandlungsqualität für Patienten und Gesundheitsdienstleister beschworen- was immer das heißen mag.

LESERBRIEF - BLICK ÜBER DIE GRENZEN

Stoppt die eCard!

Wer gestohlene Schweizer Bankdaten kauft, bahnt auch den Weg für derartige Gesundheitsdaten-Erpressungen

Antwort auf: „Kontraste“: Datenleck bei BKK Gesundheitskasse von Dr. Axel Brunngraber, Hannover

Mit Verwunderung musste ich anlässlich meines Postings zum **Datenklau** vor wenigen Tagen zur Kenntnis nehmen, dass - ansonsten kluge - Kollegen den Zusammenhang zwischen dem Diebstahl von Bankdaten und dem Diebstahl von Gesundheitsdaten zwecks Erpressung oder hehlerischer Weitergabe - naiv und blind - für **abwegig** und **herbeigesucht** erachteten.

Daten sind in unseren sterbenden Gesellschaften des Westens das neue **Rohöl**, sie sind **Betriebsmittel**, **Bodenschatz** und **Goldenes Kalb** in einem. Wer die betriebene universelle Korruption unserer Daten verkennt, hat die **Dynamik dieser neuen Herrschaftsmittel** nicht kapiert und sollte sich zügig um Abhilfe, um Aufklärung bemühen. Ansonsten zieht die Karavane weiter...

Unsere **Bundesregierung** hat den **kriminellen Schweizer Datenhändler** ohne Not legitimiert, auf die Ebene politischen Agierens gehievt. **Ein schwerer Fehler!** Der Korken ist nun aus der Flasche!

Sie übernimmt hiermit fahrlässig die **Patenschaft** auch für den BKK-Gesundheitsdaten-Trittbettfahrer und seinen **Datenraub**, seine **Datenveruntreuung** und seine **Datenerpressung**. Ein mieses, quasi den ethischen Bankrott erklärendes Verhalten von hilflosen, zu allem bereiten Politikern. **Dazu elende Krokodilstränen der regierungskonformen „Datenschützer“**, die durch ihre permissive, angepasste Haltung natürlich Schuld an derartigen Zersetzungsprozessen unserer zivilen Ordnung auf sich geladen haben.

Es muss uns - angesichts aller **e-Card-Pseudo-Sicherheits-Illusionen** von IT-Sandmännchen Bartmann und Co. - klar sein: **Online-Anbindung** unserer Praxen und **Spiegelung** unserer vertraulichen Datenbestände auf angeblich „geschützten“ Servern? Ehrensache für den Arzt: **Niemals! THINK ABOUT IT!**

Dr. Axel Brunngraber, Hannover, ABrunngraber@arcor.de

Mitarbeit bei ELGA

von Wolfgang Werner

Da wurde mir doch kürzlich zugetragen, dass in einem Gremium zur Richtlinienerstellung für ELGA die Zahl der Mitglieder reduziert werden soll, um endlich zu einer Finalisierung zu kommen. Gemeint ist: Schluss mit den Diskussionen und Entfernung der kritischen Geister.

Es ist genau so gekommen, wie ich es immer schon gesagt habe: die Diskussion mit den Vertretern der elektronischen Gesundheit ist ein Feigenblatt, sonst nichts, man will ohne jegliche Abstriche das volle Programm durchziehen, so, wie es geplant wurde. Man verzichtet auf uns und auf unsere Einwände, insbesondere wenn es sich um die mit ELGA untrennbar verbundene Codierung handelt.

Kurz zur Erinnerung: Die Codierung ist nicht eine Sache für eine ferne Zukunft, deren Wesen sowieso nicht absehbar ist, sondern eine aktuelle Thematik, die nur bisher nicht kommuniziert wurde, um die Stimmungstemperatur nicht in den Siedebereich zu treiben.

Die Codierung dient dazu, Diagnosen, Leistungen und Therapien zu verschlüsseln. Bei der Verrechnung wird dann eine Verknüpfung zwischen diesen drei Parametern hergestellt und überprüft, ob diese Parameter auch genau zusammenpassen. Ist das nicht der Fall, gibt es kein Geld. Wer über den Algorithmus der Verknüpfung bestimmt, hat die Macht. Es werden sich sicher willfähige KollegInnen finden, die

für den Hauptverband die entsprechenden Leitlinien für diesen Algorithmus erstellen werden, sodass letztendlich die Politik entscheiden kann, was „state of the art“ ist oder was ihr opportun erscheint und was nicht.

Wir Ärzte haben dann nicht einmal mehr in unserer eigenen Profession die Gestaltungskompetenz.

Dazu gesellt sich noch das Problem der Verdachtsdiagnosen, die sich einem Code nicht zuordnen lassen, aber trotzdem wesentliche Grundlage für ärztliches Handeln sind. Stellt sich eine solche Verdachtsdiagnose als falsch heraus, kann entweder die damit verknüpfte Leistung nicht verrechnet werden, oder es bleibt die falsche Diagnose stehen, was insbesondere bei den Privatversicherungen Probleme macht, weil Prämien dann falsch hoch berechnet werden. Dann aber sind Auseinandersetzungen mit unseren Patienten vorgezeichnet.

Als mit der Bürokratie erfahrener Mensch weiß man, dass einmal erstellte Akteneinträge kaum mehr zu entfernen sind und natürlich dementsprechend auch zu erwarten ist, dass einmal gestellte Diagnosen und deren Codes ELGA auch nie mehr verlassen werden. Jeder kann sich vorstellen, welches Truggebäude hier aufgebaut wird und welche Probleme uns daraus erwachsen werden.

Außerdem kann mit ELGA und Codierung unter Zusammenfassung durch ProDoc ein wesentlicher Teil der Medizin auch von Pflegekräften durchgeführt werden - wir kommen nur mehr bei Spezialproblemen



Dr. Wolfgang Werner

zum Zug. Auf den Punkt gebracht: Mitarbeit, Diskussionen und Gespräche mit Vertretern der elektronischen Gesundheit ist wie das Schaufeln des eigenen Grabes.

Daher meine Konklusion: keine Mitarbeit an diesen Strukturen, sondern Zuwendung zu Alternativen, wie der freien Versicherungswahl durch Patienten.

Die freie Versicherungswahl hilft nicht nur uns, sondern auch den Patienten, da ihre Daten dezentral auf den Servern verschiedener Versicherungen gespeichert werden und dadurch das Missbrauchspotential reduziert wird. Deshalb bin ich für Konkurrenz unter den Versicherungen und die freie Wahl der Krankenversicherung, sowie gegen jegliche Mitarbeit bei der elektronischen Gesundheit!

MR.Dr. Wolfgang Werner

Arzt für Allgemeinmedizin
Bezirksärztervertreter 10.Bez
Präsident ÖHV-Wien
1100 Wien, Weitmosergasse 3
Tel: 01 617 22 68, Fax: 01 617 22 684
E-Mail: dr.w.werner@aon.at
www.drwwerner.at

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



Vertreibung der Landärzte

von Wolfgang Geppert

Die Einflussmöglichkeiten von Lokalpolitikern sind vielfältig. An den Bannmeilen um öffentliche Apotheken hingegen, beißen sie sich die Zähne aus. Ohnmächtig müssen sie zusehen, wie bestehende Hausapotheken-Standorte durch die 4- und 6-Kilometer-Sperrzonen ausgelöscht werden. Als Folge davon kommen den Landarztpraxen die Nachfolger abhanden und verweisen.

Wir Hausärzte erleben es immer wieder: Trotz eindeutiger Indikation und unserer exakten Dokumentation auf entsprechenden Vordrucken werden Anträge auf Kuraufenthalte abgelehnt. Auch nachfolgende Telefonate unsererseits mit den zuständigen Stellen können ohne positive Wirkung bleiben. Von der Ablehnung enttäuscht, sucht der Patient unsere Ordination auf und äußert den Wunsch nach neuerlichem Ausdruck des Antragsformulars. Auf die Frage nach dem geplanten Vorhaben kommt die knappe Antwort: „Herr Doktor, jetzt gehe ich mit dem Kurantrag zum Abgeordneten XY!“ Nicht selten fällt bei dieser Gelegenheit auch der Name des einen oder anderen Lokalpolitikers, der für seine außerordentlichen Fähigkeiten bekannt ist, Parteigängern und deren Kindern in Gemeinden oder Landesbetrieben fixe Arbeitsplätze zukommen zu lassen. Drei Wochen später winkt der Antragsteller mit einem Schreiben bei der Ordinationstür herein: „Die Kur ist schon bewilligt, ich komme noch vor Weihnachten ins Moorheilbad Harbach.“

Das biegen wir schon hin

Zusammen mit unseren Patientinnen sind wir Landärzte immer wieder Zeugen dafür,

dass Gesetze und Verordnungen von lokalen Entscheidungsträgern oft nicht nach Punkt und Beistrich befolgt werden: Dienstposten werden zwar öffentlich ausgeschrieben und trotzdem kommt just jene Bewerberin zum Zug, die alle Insider favorisiert haben. Zufällig ist die Auserwählte seit Jahren in der richtigen Partei engagiert. Nicht selten werden Bauvorhaben realisiert, die so nicht bewilligt waren und trotzdem bleibt der Bauwerber ungeschoren. Abbruchbescheide gehören am Land zur extremen Seltenheit.

Vielleicht ist auch das kommunale Leben in einer Flut neuer Gesetze nur dann noch lebenswert, wenn das eine oder andere Regelwerk nicht so genau genommen wird. Aber auch bei lebensbedrohlichen Situationen wird fallweise weggeschaut. So produzieren Winzerfeste regelmäßig dutzende Alkolenker, trotzdem sind just an diesen Tagen die Polizeistreifen wie vom Erdboden verschluckt.

In Stein gemeißelte Bannmeilen

Eine schriftliche Ärztekammer-Warnung erreichte die Bürgermeister aller NÖ Gemeinden, deren Hausapotheken-Standorte kurz- oder mittelfristig gefährdet sind. Trotzdem können es viele Ortschefs noch immer nicht glauben, dass 5.950 Meter Abstand zur nächsten öffentlichen Apotheke nicht ausreichen, um eine seit Jahrzehnten bestehende ärztliche Hausapotheke an einen Nachfolger übergeben zu können.

Als typische Österreicher vertrauen sie leider oft zwei bekannten Grundsätzen der Lokalpolitik. Erstens: „Bei uns wird nicht alles so heiß gegessen, wie gekocht.“ Zweitens: „Irgendwie biegen wir das schon hin!“ Wird es dann mit dem Auslöschung des Hausapothekenstandortes am alten Ordinationssitz ernst, dann kommt das große Staunen der Kommunalpolitiker:



Dr. Wolfgang Geppert

„Wer macht denn solche Gesetze?“ Plötzlich soll man als bekannter Insider alle Einzelheiten über das Zustandekommen der Apothekengesetznovelle 2006 herausprudeln. Fragen wie folgende kommen dann wie das Amen im Gebet: „Warum habt ihr euch von den Apothekern so über den Tisch ziehen lassen? Wer konnte denn von Ärzteseite einer Regelung zustimmen, die einen Standort nach dem anderen der Auslöschung preisgibt?“

Die Uhr tickt

Das Zerstörungswerk nimmt seinen Lauf. Landarztpraxen werden unter diesen Umständen immer unattraktiver. Noch können die Verantwortlichen wegschauen, ohne laut nach einer Änderung des Apothekengesetzes zu rufen. Doch einigen Lokalgrößen dämmert es schon. Sobald der Landbevölkerung die ärztliche Versorgung vor Ort verloren geht, wird der Unmut darüber auch die Gemeindepolitiker voll treffen.

Dr. Wolfgang Geppert

2193 Wilfersdorf

E-Mail: geppert@aon.at

Fachkurzinformation

Bezeichnung des Arzneimittels: Zanipril 10 mg/10 mg Filmtabletten, Zanipril 20 mg/10 mg Filmtabletten. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Zanipril 10 mg/10 mg Filmtabletten: 1 Filmtablette enthält 10 mg Enalaprilmaleat (entspricht 7,64 mg Enalapril) und 10 mg Lercanidipinhydrochlorid (entspricht 9,44 mg Lercanidipin). Sonstiger Bestandteil: eine Filmtablette enthält 102,0 mg Lactose-Monohydrat. Zanipril 20 mg/10 mg Filmtabletten: 1 Filmtablette enthält 20 mg Enalaprilmaleat (entspricht 15,29 mg Enalapril) und 10 mg Lercanidipinhydrochlorid (entspricht 9,44 mg Lercanidipin). Sonstiger Bestandteil: eine Filmtablette enthält 92,0 mg Lactose-Monohydrat. **Anwendungsgebiete:** Zanipril 10 mg/10 mg Filmtabletten: Behandlung der essentiellen Hypertonie bei Patienten, bei denen unter Lercanidipin-Monotherapie (10 mg) keine angemessene Blutdruckkontrolle erzielt werden kann. Die Fixkombination Zanipril 10 mg/10 mg sollte nicht für die initiale Therapie von Bluthochdruck verwendet werden. Zanipril 20 mg/10 mg Filmtabletten: Behandlung der essentiellen Hypertonie bei Patienten, bei denen unter Enalapril-Monotherapie (20 mg) keine angemessene Blutdruckkontrolle erzielt werden kann. Die Fixkombination Zanipril 20 mg/10 mg sollte nicht für die initiale Therapie von Bluthochdruck verwendet werden. **Gegenanzeigen:** Zanipril 10 mg/10 mg Filmtabletten: · Überempfindlichkeit gegen einen arzneilich wirksamen Bestandteil (Enalapril oder Lercanidipin), irgend einen Dihydropyridin-Calcium-Kanal-Blocker oder ACE-Hemmer oder einen der sonstigen Bestandteile dieses Arzneimittels · Schwangerschaft im zweiten und dritten Trimenon · Linksventrikuläre Ausflussbehinderung (inklusive Aortenstenose) · Nicht behandelte Stauungsinsuffizienz · Instabile Angina pectoris · Innerhalb von 1 Monat nach Auftreten eines Myokardinfarktes · Schwere Nierenfunktionsstörungen (Kreatinin-Clearance < 30 ml/min) inklusive Patienten unter Dialyse · Schwere Leberfunktionsstörung · Gleichzeitige Anwendung von: starken CYP3A4-Inhibitoren, Cyclosporin, Grapefruitsaft · Bei anamnestic bekanntem, durch vorhergehende Therapie mit einem ACE-Hemmer ausgelöstem Angioödem · Hereditäres oder idiopathisches Angioödem. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Kern: Lactose-Monohydrat, Mikrokristalline Cellulose, Carboxymethylstärke-Natrium, Povidon, Natriumhydrogencarbonat, Magnesiumstearat. Filmüberzug: Hypromellose, Titandioxid (E 171), Talk, Macrogol 6000, Chinolingelb, Lack (E 104; Zanipril 20 mg/10 mg Filmtabletten), Eisenoxid gelb (E 172; Zanipril 20 mg/10 mg Filmtabletten)

Inhaber der Zulassung: Recordati Ireland Limited, Raheens East, Ringaskiddy Co. Cork, Irland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Wirkstoffgruppe:** ACE-Hemmer und Calciumkanalblocker: Enalapril und Lercanidipin, ATC-Code: C09BB02

Die Informationen zu den Abschnitten Warnhinweise, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Stand: 03/2008

In Lizenz von  Recordati

Lucrum Retard

Der „verlangsamt wirkende Gewinn“

von Christoph Reisner

Am Beispiel Medikamente ist die gesundheitspolitische Ausrichtung in Österreich klar erkennbar: Die Krankenkassen werden finanziell ausgehungert, suchen nach Lösungsansätzen und versteifen sich auf die Aussage, dass die Probleme vor allem im Zuwachs der Heilmittelkosten liegen. Wer ist schuld? Selbstverständlich die Ärzteschaft, die in ihrer unendlichen Gier nur teure Medikamente verschreibt, da sie möglicherweise selbst davon profitiert.

Was aus Ärztesicht an Unlogik nicht zu überbieten ist, wird von der Öffentlichkeit bereitwillig geschluckt. So ist es auch nicht verwunderlich, wenn sich verschiedene Ansätze zur ökonomischen Verschreibung wie etwa das „Salzburger Modell“ einführen lassen, obwohl dabei neben der Arzneimittelsicherheit auch die Gesetzeslage auf der Strecke bleibt.

Ein wichtiger Schritt in Richtung ganzheitlicher Betrachtung und Steuerung der Medikation wäre das Projekt E-Medikation. Damit ließe sich eine ganze Menge Probleme lösen. Nicht nur, dass durch ein falsches Medikamentenmix eine große Anzahl an Folgeerkrankungen entsteht, die durch ein sinnvoll angelegtes E-Medikationsprojekt vermieden werden können. Mit sinnvoll angelegter E-Medikation könnte durch Vermeidung von unzähligen Doppel- und Mehrfachmedikationen auch enormes Sparpotenzial für das öffentliche Gesundheitssystem erzielt werden. Um die E-Medikation funktionsfähig zu machen, sind jedoch noch einige Grundvoraussetzungen notwendig. Das Ganze kann auch nur dann funktionieren, wenn verpflichtend alle Medikamente von Ärzten und Apothekern eingetragen werden.

Selbst bei der Arzneimittelzulassungsbehörde versteht man die Weigerung der Apothekerkammer nicht, rezeptfreie Medikamente in die E-Medikation aufzunehmen. Diese Behörde hat sogar versucht, einen Kompromiss zu erwirken und die Liste auf die etwa 80 rezeptfreien Medikamente mit gefährlichem Wechselwirkungspotenzial reduziert. Doch selbst dieses Kompromissangebot wurde seitens der Apothekerschaft abgelehnt. Auf eine Presseaussendung der NÖ Ärztekammer zu diesem Thema wurde wie üblich in Ermangelung derselben nicht mit Argumenten reagiert, sondern mit Polemik. Die Redaktion einer standespolitischen Apothekerzeitschrift fand unsere Meinung sogar so wertvoll, dass sowohl im Editorial als auch in einer Kolumne

darüber befunden wurde. Ein Kammerfunktionär wurde hierbei sogar als (Faschings) Narr bezeichnet. Dabei hat der zuständige Redakteur den wirklichen Lösungsansatz in seiner eigenen Faschingslaune noch selbst geliefert: Nämlich, dass viele der bestehenden Probleme auf einen Schlag gelöst werden könnten, und zwar durch eine flächendeckende Ausstattung der Ordinationen mit patientenfreundlichen ärztlichen Hausapotheken.

Aber gibt es überhaupt ein öffentliches Gesundheitssystem? Der Wegfall des „Rosa Rezepts“ in Niederösterreich spricht Bände in Bezug auf die gesundheitspolitische Ausrichtung in Österreich bzw. auf deren Nichtvorhandensein. Die Kommentare vieler Ärzte decken sich mit der Begründung von NÖGUS und NÖGKK, das „Rosa Rezept“ hätte fast keine Rolle gespielt. Logisch, da es nur für Medikamente aus der grünen Box verwendet werden durfte. Und genau das hat die Verantwortlichen in den Krankenhäusern nicht interessiert. Dort ist man nicht verpflichtet, sich an die Erstattungsrichtlinien des Hauptverbandes zu halten. Und es wird auch nicht getan. Grund dafür ist die gängige Praxis des „Anfütterns“ (in Deutschland gebräuchlicher Ausdruck für diesen dort ähnlichen Zustand): Im Kassenbereich „verschreibungsproblematische“ Medikamente werden den Krankenhäusern billig oder gratis zur Verfügung gestellt. Wohl wissend, dass die Umstellung im niedergelassenen Bereich oft schwierig bis unmöglich ist. Nach dem Prinzip „Lucrum Retard“ – Der „verlangsamt wirkende Gewinn“ rechnet sich das offenbar für die Pharmaindustrie. Durch tendenziell überhöhte Preispolitik im niedergelassenen Bereich, was sich deutlich im zweistelligen Prozentbereich abspielt.

Gesundheits- und gesellschaftspolitisch ist dieser Zustand ein Wahnsinn. Wir hören täglich, dass die Krankenkassen sparen müssen und dass die Medikamente als Hauptfaktor für die Kostenexplosion

verantwortlich sind. Solange es jedoch keine Möglichkeit gibt, die Spitäler an die gleichen Ökonomierichtlinien zu binden, die im niedergelassenen Bereich vorherrschen, sind alle Versuche in diesem Bereich zu sparen zum Scheitern verurteilt.

Tatsächlich erzeugt diese Situation nicht nur erhebliche Mehrkosten für das Gesamtsystem, sondern auch eine dramatische Verschiebung der Kostenwahrheit von den Spitälern zu den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Und wir Ärztinnen und Ärzte vergeuden eine unendlich große Menge unserer medizinischen Zeit (natürlich unbezahlt) nicht für Medizin, sondern für medikamentöse Umstellungen, die bei vernünftiger ganzheitlicher Koordination überhaupt nicht notwendig wären.

Für mich ist die Auflösung der Rezepturbefugnis - obwohl in der Praxis kaum relevant - daher ein weiteres, ganz klares Zeichen dafür, dass die Entscheider im Gesundheitssystem keinerlei Interesse daran haben können, das System auf solide Beine zu stellen. Durch diese Art von „Misswirtschaft“ werden hunderte Millionen Euro vernichtet oder in die falschen Kanäle geleitet. Statt echte, zielführende Reformen durchzuführen werden Ärzte- und Patientenschaft immer wieder durch Alibiaktionen beim Behandlungsprozess gestört.

Ich hoffe nur, dass NÖGUS und NÖGKK ihre Ankündigung wahr machen und wenigstens ein Pilotprojekt hinsichtlich der Rezepturbefugnis im Spital unter Anwendung des im niedergelassenen Bereich verpflichtenden Arzneimittelbewilligungssystems durchführen. Nur wenn wir die Verschreibungsrichtlinien zwischen allen öffentlichen Gesundheitseinrichtungen gleichschalten, kann es gelingen, die Medikamentenkosten in den Griff zu bekommen.



Foto: Tschank - Wiener Neustadt

Dr. Christoph Reisner

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

Hausapotheken: 6 km-Regelung verfassungskonform

von Markus Lechner

An dieser Stelle wurde darüber berichtet, dass in der Lehre gravierende Bedenken an der Verfassungskonformität der 6km-Regelung des § 29 Apothekengesetzes geäußert wurden. Univ.-Prof. DDr. Michael Potacs hatte in einem Grundsatzreferat anlässlich der Gmundner Medizinrechtstage 2009 darauf hingewiesen, dass seines Erachtens der Gesetzgeber das Primat der öffentlichen Apotheken gegenüber ärztlichen Hausapotheken zugunsten eines dualen Systems aufgegeben habe und demnach seines Erachtens die 6 km-Regelung verfassungswidrig sei.

Kassenvertragsärzte für Allgemeinmedizin in sogenannten „Ein-Arzt-Gemeinden“ wurden ermutigt, Anträge auf Erteilung von Hausapothekenkonzessionen zu stellen, ja hat die Ärztekammer für Niederösterreich solche Verfahren sogar finanziert.

Unerwartet rasch hatte der Verfassungsgerichtshof Gelegenheit, hiezu Stellung zu beziehen, entschied jedoch gegen die antragstellenden Kassenvertragsärzte für Allgemeinmedizin. Der VfGH in B 990/09 vom 16.12. 2009 wörtlich:

„Die Beschwerde behauptet die Verletzung in den verfassungsgesetzlich gewährleisteten Rechten auf Gleichheit aller Staatsbürger vor dem Gesetz (Art7 B-VG) und auf Freiheit der Erwerbsausübung (Art5 StGG) wegen Anwendung der für die Bewilligung einer ärztlichen Hausapotheke normierten Voraussetzung einer Mindestdistanz von sechs Straßenkilometern zur nächsten öffentlichen Apotheke (§29 Abs1 Z3 Apothekengesetz). Sie stützt sich im Wesentlichen auf die Behauptung, dass der Gesetzgeber (BGBl. I Nr. 16/2001) und der Verfassungsgerichtshof (VfSlg. 17.682/2005, 18.513/2008) vom Grundsatz des „Primats öffentlicher Apotheken“ abgegangen seien und nunmehr generell ein „duales System“ bestehe, in dem ärztliche Hausapotheken und öffentliche Apotheken gleich zu behandeln seien.

Ihr ist entgegenzuhalten, dass der Gesetzgeber nach wie vor von der - verfassungsrechtlich unbedenklichen - Systementscheidung ausgeht, dass die Heilmittelversorgung der Bevölkerung primär durch öffentliche Apotheken gewährleistet werden soll (vgl. zB §27, §28 Abs3, §29 Abs3, §30 ApothekenG; zur verfassungsrechtlichen Zulässigkeit von Regelungen, die der Surrogatfunktion der ärztlichen Hausapotheken und Filialapotheken entsprechen, vgl. schon VfSlg. 5648/1967 sowie 15.868/2000). Der Gesetzgeber hat eine (zulässige) Ausnahme von diesem Grundsatz nur insoweit normiert, als seit der Novelle BGBl. I 41/2006 in Ein-Kassen-Arzt-Gemeinden mit bestehender ärztlicher Hausapotheke keine öffentliche Apotheke bewilligt werden darf (§10 Abs2 Z1 Apothekengesetz) und damit bestimmten ärztlichen Hausapotheken ausnahmsweise ein gewisser Bestandschutz zukommt (diese Regelung war Gegenstand des Erkenntnisses VfSlg. 18.513/2008). Der grundsätzlichen Systementscheidung entspricht es, dass bei Erteilung einer Konzession für eine öffentliche Apotheke die benachbarten ärztlichen Hausapotheken innerhalb eines Umkreises von vier Straßenkilometern zurückzunehmen sind (wenn auch erst nach Ablauf bestimmter Fristen, deren Verfassungskonformität im vorliegenden Verfahren nicht zu beurteilen ist). Dass die Bewilligung für ärztliche Hausapotheken zu versagen ist, wenn die nächstgelegene öffentliche Apotheke weniger



Mag. Markus Lechner

als sechs Straßenkilometer (und nicht bloß - wie im Fall von Filialapotheken - vier Straßenkilometer von der betreffenden Ortschaft) entfernt ist, ist schon durch den wesentlichen Unterschied zwischen (primär den Patienten des einzelnen Arztes dienenden) ärztlichen Hausapotheken und (den jedermann zugänglichen) Filialapotheken gerechtfertigt (vgl. VfSlg. 10.692/1985, S 662).

Dem Gesetzgeber ist daher aus verfassungsrechtlicher Sicht nicht entgegenzutreten, wenn er für ärztliche Hausapotheken im Umkreis von sechs Straßenkilometern der Betriebsstätte einer öffentlichen Apotheke ein Bewilligungshindernis vorsieht.“

Auf der Grundlage des geltenden Rechts bestehen daher keine Bedenken gegen die 6km-Regelung. Selbst in Ein-Arzt-Gemeinden ist die Erteilung einer Hausapothekenkonzession nur dann möglich, wenn die nächste öffentliche Apotheke sich im Nachbarort und zudem über 6 Straßenkilometer vom Ordinationsort des Kassenvertragsarztes für Allgemeinmedizin entfernt befindet.

Mag. Markus Lechner
NÖ Ärztteanwalt, Rechtsanwalt

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



SPIRIVA® 18 Mikrogramm - Kapseln mit Inhalationspulver: qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Kapsel enthält 22,5 Mikrogramm Tiotropiumbromid Monohydrat entsprechend 18 Mikrogramm Tiotropium. Die aus dem Mundstück des HandiHaler® abgegebene Dosis beträgt 10 Mikrogramm Tiotropium. Tiotropiumbromid ist ein langwirksamer, spezifischer Muskarin-Rezeptor-Antagonist, in der klinischen Medizin häufig als Anticholinergikum bezeichnet. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Laktose Monohydrat (enthält Milcheiweiß). **Anwendungsgebiete:** Tiotropium ist indiziert als Bronchodilatator zur Dauerbehandlung der Symptome von Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (Chronic Obstructive Pulmonary Disease = COPD). **Gegenanzeigen:** Tiotropiumbromid-Inhalationspulver ist kontraindiziert bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegenüber Tiotropiumbromid, Atropin oder einem seiner Derivate, z.B. Ipratropium oder Oxitropium, oder gegenüber dem sonstigen Bestandteil Laktose Monohydrat (enthält Milcheiweiß). **Inhaber der Zulassung:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Ingelheim am Rhein, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkung mit anderen Mitteln und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.



Raucherentwöhnung ist die wichtigste präventive Maßnahme und unterstützt die Therapie. (Arznei & Vernunft 2001)

IND kassenfrei: COPD ab Stadium II nach Erstverordnung durch Pulmologen



SPI-050-08/1/5.12.2008



SV047-08/09.12.2008

SPIRIVA® wurde von Boehringer Ingelheim entwickelt und wird gemeinsam mit Pfizer vertrieben. Alle Rechte vorbehalten. © Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co KG

Haftpflichtversicherungen für Ärzte

von Martina Hagspiel

„Die Folgen unsrer Handlungen fassen uns am Schopfe, sehr gleichgültig dagegen, dass wir uns inzwischen „gebessert“ haben.“

von Friedrich Wilhelm Nietzsche (15.10.1844 - 15. 8.1900)

Die meisten Haftpflicht-Versicherungen sind freiwillig. Verpflichtend sind Haftpflichtversicherungen lediglich in den Bereichen, die der Gesetzgeber für besonders risikoträchtig hält. Wegen der Betriebsgefahr, die von einem Kraftfahrzeug ausgeht, müssen beispielsweise Fahrzeughalter eine Kfz-Haftpflichtversicherung abschließen. Wegen der Gefahr, die vom Gebrauch von Schusswaffen ausgeht, gibt es für Jäger die obligatorische Jagdhaftpflichtversicherung.

Keine Verpflichtung zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung besteht z. B. für den Arzt - was also für beratende Berufe wie Rechtsanwälte, Steuerberater oder Versicherungsmakler für die Berufsausübung zwingend erforderlich ist, wird den Ärzten nur „nahegelegt“. Obwohl eine derartige Versicherung von existenzieller Bedeutung ist!

Jeder weiß dass der Umgang mit und die Behandlung von Menschen sehr viele Risiken in sich birgt. Verwirklicht sich ein solches Risiko, dann haftet der Arzt.

Unter Arzthaftung versteht man grundsätzlich die Verantwortung eines Arztes gegenüber einem Patienten bei schuldhaftem Handeln, welche infolge der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit entsteht. Die ärztlichen Pflichten und möglichen Verstöße sind zahlreich und können im Falle eines Schadenersatzanspruches die wirtschaftliche Existenz gefährden. Diese lassen sich im Wesentlichen in folgende Gruppen aufteilen:

- Behandlungsfehler
- Aufklärungsversäumnisse
- Dokumentationsfehler und
- sonstige Pflichtverstöße

Der Arzt schuldet dem Patienten in erster Linie eine fachgerechte Behandlung, deren Erfolg er nicht garantieren kann. Konkret schuldet er jenen Standard, den ein kompetenter Arzt gewährleisten kann.

Bestimmt sind medial ausreichend aufbereitete, bereits ausjudizierte Beispiele

zum Thema Patientenrechte und Ärztehaftung bekannt, in denen der behandelnde Arzt zu den Regressforderungen wie die Jungfrau zum Kinde kam.

Wichtiges Detail am Rande: hinzu kommt, dass der Arzt für seine Fehler unbegrenzt haftet, also ohne „Haftungsobergrenze“, und dessen ist sich bestimmt nicht jeder praktizierende Medicus bewusst.

Weshalb also sind praktizierende Ärzte nach wie vor nicht gesetzlich verpflichtet, vor Aufnahme ihrer Tätigkeit als Antrittserfordernis eine Haftpflichtversicherung mit einer vorgegebenen Mindestversicherungssumme nachzuweisen?

Auch die derzeit vieldiskutierte Gründung einer Ärzte-GmbH hilft nicht. Das GmbH Gesetz sieht klipp und klar die Möglichkeit für einen Haftungsdurchgriff auf die Gesellschafter zu, etwa im Fall der so genannten „qualifizierten Unterkapitalisierung“ der Gesellschaft.

Zu deutsch: wenn das Eigenkapital der Gesellschaft im Verhältnis zum Geschäftsumfang bzw. zu voraussehbaren Haftungsfällen eindeutig unzureichend ist, dann kann es zu einem entsprechenden Durchgriff in das Privatvermögen kommen.

Was sind also die wichtigsten Details und Bausteine einer vernünftigen Haftpflichtdeckung eines Arztes und wie hoch sollen diese Summen sein?

Die bisher geübte Praxis einer sinnvollen Haftpflichtdeckung richtet sich nach den beruflichen Risiken: Je größer das Risi-

ko der einzelnen Tätigkeitsbereiche, desto höher ist der zu bezahlende Beitrag.

Die Angebote des Marktes sind wie immer zahlreich und unübersichtlich.

Das Klientel „Arzt“ ist viel umworben und gerne gesehen und somit versuchen die großen Versicherer Österreichs konkurrenzfähige Produkte zu kreieren, die jedoch im Vergleich zum Rahmenvertrag des „Vereins Ärzteservice“ nicht bestehen können.

Zum einen wird die Haftpflichtversicherung oft nur in Kombination mit einem Betriebsbündel oder einem anderen Zweitvertrag angeboten. Auf der anderen Seite haben diese Verträge meist sehr lange Laufzeiten (die im betrieblichen Bereich auch noch bis zum bitteren Ende bindend sind).

Die Versicherungssummen werden meist zu niedrig gewählt und so wird im Sinne der geringeren Prämie oftmals ein falscher Platz gespart. Die Summen sollten so hoch wie möglich sein, die Prämie gilt ohnehin als Betriebsausgabe.

Auch die reinen Vermögensschäden dürfen nicht außer Acht gelassen werden.

Ein reiner Vermögensschaden ist jener, der ohne Eingriff in ein absolut geschütztes Rechtsgut des Geschädigten (Leben, Gesundheit, körperliche Integrität, etc.) erfolgt ist, z. B. durch einen Beratungsfehler. Dieser würde auch vorliegen, wenn z. B. ein Arzt dem Patienten eine schnellere Heilung zusagt, als dann in Wirklichkeit eintritt. Als Folge kann dieser Patient womöglich einen wichtigen Geschäftstermin nicht wahrnehmen und muss entsprechende Umsatzeinbußen in Kauf nehmen. Der Arzt hat kein absolut geschütztes Rechtsgut des Patienten verletzt, dem Patienten ist aber ein Schaden in seinem Vermögen aufgrund der falschen Auskunft des Arztes entstanden.

Ein weiterer Punkt ist die Nachdeckung nach Pensionsantritt. Die gesetzliche Seite sieht eine Nachhaftung von 30 Jahren vor, diese kann demnach sogar über den Tod hinausgehen und auf die Erben zurückschlagen.

Die Nachhaftung wird von den am Markt angebotenen Produkten bestimmt →

unterschiedlich interpretiert – wichtig ist die Tatsache, dass die Nachhaftung für 30 Jahre zur Verfügung stehen muss, unabhängig davon, ob der Schadenfall in der damaligen Vertragslaufzeit oder zu einem früheren Zeitpunkt verursacht wurde (also eine volle Vordeckung).

Spannend und vielfach unterschätzt ist die Haftpflichtdeckung für den angestellten Arzt, denn dieser verlässt sich in der Regel darauf, dass das Krankenhaus als Arbeitgeber eine entsprechende Versicherung abgeschlossen hat.

Die wenigsten kennen die Deckung derselben und wissen nicht für wie viele Ärzte die Summen ausreichen müssen (zB 1,5 Millionen Euro für 134 Ärzte).

Die Annahme dass nur der Arbeitgeber und nicht der angestellte Arzt haftet ist in dieser Einfachheit nicht immer richtig, denn der Geschädigte kann sich grundsätzlich aussuchen, gegen wen er vorgehen möchte.

Zusätzlich ist im Dienstnehmerhaftpflichtgesetz der Regress gegen den Arbeitnehmer klar geregelt. Der entscheidende Punkt ist jedoch folgender: Jede Tätigkeit des Arztes außerhalb des Krankenhauses ist nicht versichert.

Erste Hilfe Leistung, Vertretung in Ordinationen, Rettungsarzt und alle anderen Nebentätigkeiten als Arzt sind somit ohne Deckung bei Regressforderungen.

Da niemand vor Fehlern sicher ist, hilft die richtige Entscheidung für eine vernünftige Haftpflichtdeckung nicht nur zur Sicherung der eigenen Existenz, sondern sie gibt auch automatisch dem Patienten die Möglichkeit seine rechtlichen Interessen wahren zu können.

Nutzen Sie auch in diesem Fall die Beratung eines unabhängigen Versicherungsmaklers. In einem ausführlichen Gespräch mit einer entsprechenden Risikoanalyse werden Sie auf die Vorteile der einzelnen Deckungen aufmerksam gemacht und dies wird Ihnen den Weg durch den Versicherungsdschungel erleichtern!

Die wichtigsten Bausteine des Rahmenvertrages vom Verein Ärzteservice im Überblick:

- Übersichtliche Laufzeit: Eintritt ist jederzeit möglich, Austritt jeweils zum Jahresende.
- Höhe der Versicherungssumme: bis 5 Millionen Euro möglich.
- Reine Vermögensschäden: bis zu € 15.000,- prämienfrei mitversichert und erweiterbar bis € 3.000.000,- inkl. Vordeckung.
- Nachhaftung eines Arztes ab Pensionsantritt mit 30 Jahren Nachdeckung gegen Bezahlung von 30 % der Jahresprämie der letzten Einstufung oder 3 Jahresprämien.
- Das nichtärztliche Personal der Ordination ist unbegrenzt mitversichert.
- Der Betrieb und Bestand einer Hausapotheke gemäß Apothekengesetz ist mitversichert.
- Die jeweilige Urlaubs- oder Krankenvertretung ist mitversichert.
- Weltweite Deckung; die ärztliche Tätigkeit muss jedoch in Österreich ausgeübt worden sein.

Die im oben angeführten Text verwendete männliche Form für Berufsbilder schließt die weibliche Form automatisch mit ein und wurde ausschließlich aus Gründen der leichteren Lesbarkeit verwendet.



Martina Hagspiel

gew. gepr. Vermögensberaterin, EFM Versicherungsmaklerin und Beraterin in Versicherungsangelegenheiten gem. §94Z, 76 GewO 1994

Mobil: 0664 84 39 414

Email: office@martina-hagspiel.com www.martina-hagspiel.com

I Reg.Nr.: 701/22224 I Reg.Nr.: 701/26437 I

Gewerberegisterabfrage / Beschwerdemöglichkeit: <http://www.bmwfj.gv.at/BMWA/default.htm>

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 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.

BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: Rasilez 150 mg Filmtabletten, Rasilez 300 mg Filmtabletten. **QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jede Filmtablette enthält 150 mg Aliskiren (als Hemifumarat). Jede Filmtablette enthält 300 mg Aliskiren (als Hemifumarat). **Liste der sonstigen Bestandteile:** Crospovidon, Magnesiumstearat, Mikrokristalline Cellulose, Povidon, Hochdisperses Siliciumdioxid, Hypromellose, Macrogol, Talkum, Eisen(II,III)-oxid (E 172), Eisen(III)-oxid (E 172), Titandioxid (E 171). **Anwendungsgebiete:** Behandlung der essenziellen Hypertonie. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Angioödem unter Aliskiren in der Vorgeschichte. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Renin-Inhibitor, ATC-Code: C09XA02. **INHABER DER ZULASSUNG:** Novartis Europharm Limited, Wimblehurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Vereinigtes Königreich. Informationen betreffend besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sind den veröffentlichten Fachinformationen zu entnehmen.

BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: Rasilez HCT 150 mg/12,5 mg Filmtabletten, Rasilez HCT 150 mg/25 mg Filmtabletten, Rasilez HCT 300 mg/12,5 mg Filmtabletten, Rasilez HCT 300 mg/25 mg Filmtabletten; **QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jede Filmtablette enthält 150 mg Aliskiren (als Hemifumarat) und 12,5 mg Hydrochlorothiazid. Jede Filmtablette enthält 300 mg Aliskiren (als Hemifumarat) und 25 mg Hydrochlorothiazid. **Sonstige Bestandteile:** Jede Tablette enthält 25 mg Lactose-Monohydrat und 24,5 mg Weizenstärke. Jede Tablette enthält 50 mg Lactose-Monohydrat und 49 mg Weizenstärke. Jede Tablette enthält 25 mg Lactose-Monohydrat und 24,5 mg Weizenstärke. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Crospovidon, Lactose-Monohydrat, Weizenstärke, Povidon, Magnesiumstearat, Hochdisperses Siliciumdioxid, Talkum; Filmüberzug: Talkum, Hypromellose, Macrogol, Titandioxid (E 171); zusätzlich bei 150 mg/25 mg, 300 mg/12,5 mg und 300 mg/25 mg: Eisen(III)-oxid (E 172, rot); zusätzlich bei 150 mg/25 mg und 300 mg/25 mg: Eisen(III)-hydroxid-oxid (E 172, gelb); zusätzlich bei 300 mg/12,5 mg: Eisen(II, III)-oxid (E 172, schwarz); **Anwendungsgebiete:** Behandlung der essenziellen Hypertonie bei Erwachsenen. Rasilez HCT ist bei Patienten indiziert, deren Blutdruck mit Aliskiren oder Hydrochlorothiazid alleine nicht ausreichend kontrolliert werden kann. Rasilez HCT ist als Ersatztherapie bei Patienten indiziert, die mit der gleichzeitigen Gabe von Aliskiren und Hydrochlorothiazid in der gleichen Dosierung wie in der Kombinationstablette ausreichend kontrolliert werden können. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile (siehe Abschnitt 6.1 der veröffentlichten Fachinformation) oder gegen andere Sulfonamid-Derivate; Angioödem unter Aliskiren in der Vorgeschichte; Zweites und drittes Schwangerschaftstrimester, Stillzeit (siehe Abschnitt 4.6 der veröffentlichten Fachinformation); Schwere Niereninsuffizienz (GFR < 30 ml/min/1,73 m²); Therapieresistente Hypokaliämie, Hyperkalzämie; Schwere Leberinsuffizienz; Die gleichzeitige Anwendung von Aliskiren und Ciclosporin, einem hochpotenten P-Glykoprotein-(P-gp)-Inhibitor, und anderen potenten P-gp-Inhibitoren (Chininin, Verapamil) ist kontraindiziert (siehe Abschnitt 4.5 der veröffentlichten Fachinformation). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Renin-Inhibitor (Aliskiren) Kombinationen mit Diuretika (Hydrochlorothiazid); **ATC-Code:** C09XA52; **INHABER DER ZULASSUNG:** Novartis Europharm Limited, Wimblehurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. Informationen betreffend Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekte sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Novartis Pharma GmbH Stand 04/2009.