

# Präsidentenbrief

## Geschätzte Kolleginnen, geschätzte Kollegen!

**M**it der e-card weist die Sozialversicherung den Verlust ihrer sozialen Kompetenz aus. Mitte Jänner wurde ich Mitleser einer längeren Mailkommunikation: Der konstruktiv-kritische, ELGA-engagierte Wiener Allgemeinmediziner Dr. Christian Husek stellte die Frage, wie oft wir uns mit falschen e-card-Auskünften herumschlagen müssen, und wie oft im Jahr Menschen Ihren Versicherungsschutz verlieren, ohne es zu wissen. Anlassfall war ein Patient, der in der Ordination Dr. Husek als versicherungslos auffiel und dies ohne es zu wissen, bereits mehrere Jahre war.

Das besondere dieser elektronischen Korrespondenz waren die Wortmeldungen D.I. Schörghofers, der als Letztverantwortlicher in e-card-Angelegenheiten ausführlich Stellung bezog. Detailfreudig erklärte er die gesetzlichen Rahmenbedingungen, deretwegen das Verlieren des Versicherungsschutzes zwingend sei, auch der vorwurfsvolle Hinweis auf eine „Vollkaskotalität“, die viele Menschen veranlasst, sich nicht um ihre Sozialversicherungsangelegenheiten zu kümmern ist nicht zu überlesen.

D.I. Schörghofer hält fest, dass wir im System 99 Prozent „problemlose“ Konsultationen hätten und kein digitales System alle „Grenz- und Problemfälle“ abdecken könne.

Nach dem dritten geduldigen Antwortmail schließt der prominente Autor seine Ausführungen mit dem Hinweis, dass er noch etwas zu arbeiten hätte und daher die E-mailkette beende.

Zu allererst sei festgehalten, dass einmal mehr einem der prominentesten Sozialversicherungsrepräsentanten für die Offenheit und unkomplizierte Kommunikation zu danken ist.

**In diesem Mailverkehr zeigen sich allerdings noch mehr schon bekannte Dinge: uns trennt viel!**

In den Hirnen der Bürokraten sind Zahlen, in den unseren Menschen. Wenn wir die 99 Prozent Problemlosen unwidersprochen hinnehmen heißt das für mich an jedem Ordinationstag 1 bis 2 „Grenz- und Problemfälle“.

Die Schreibtischlösung, den Unversicherten an die nächste GKK- Außenstelle zu verweisen, von wo bei Versicherungsanspruch eine Freischaltung online möglich wäre, ist in ländlichem Gebiet nicht möglich. Eine wegen eines holprigen Wechsels von Mutterschutz in Karenz „unversicherte“ junge Frau mitsamt ihrem ebenfalls „unversicherten“ Kleinkind wegzuschicken, damit sie Administratives erledigt bevor sie ärztlichen Rat erhält ist ebenso unpassend, wie dem fristensäumigen Arbeitslosen seine „Vollkaskotalität“ vorzuhalten.

Wenn auch die „Grenz- und Problemfälle“ unter zustimmenden Verständnis einer überwältigenden Mehrheit der Problemlosen von den Verantwortlichen marginalisiert werden, so haben sie doch umso mehr Anspruch auf hausärztliches Engagement, das sich nicht gewissensberuhigt durch „Selberschuldtheorien“ zurückzieht.

**Genau das ist für mich der Grund, die e-card als asozial zu bezeichnen. Sie bestärkt die Hausärzte nicht, die berufen wären umfassende Hilfe zu leisten, sondern sie erschwert deren Arbeit. Es ist ein zusätzlicher Aufwand an Selbstdisziplin und eine Herausforderung unseres Taktgefühls, jenen, die unsere Administrationsroutine empfindlich stören, freundlich, höflich und ermutigend gegenüber zu treten.**

Die e-card, somit die Sozialversicherung, bestärkt die Patienten nicht, die belastet, zum Teil beschämt sind durch widrige Lebendumstände zwischen Arbeitsamt, Pensionsvorschuss, Sozialhilfe, jedenfalls durch finanzielle Enge, sondern mutet ihnen kühl zu, sich noch um eine Angelegenheit mehr zu kümmern, denn Vollkaskotalität wäre nicht zielführend.

Die e-card soll angeblich Bürgerkarte werden. Warum können wir dann die



Dr. Christian Euler

Meldung über nicht vorhandenen Versicherungsschutz nicht einfach per Mausklick an eine Servicestelle der Sozialversicherung weiterleiten, die sich der Sache annimmt? Warum bekommen wir Ärzte nicht eine Behandlungserlaubnis und der Bürger eine Benachrichtigungsgarantie, die ihm innerhalb der nächsten drei Werktage die Lösung des Problems garantiert?

**Es wäre mehr als passend, Mitarbeiter der Sozialversicherung, die durch elektronische Modernisierungsschritte entlastet wurden, zur engagierten Unterstützung der immer mehr werdenden sozial benachteiligten Versicherungsnehmer einzusetzen, anstatt den Misstrauensapparat der Sozialbürokratie aufzurüsten.**

Dann stünde der Mensch im Mittelpunkt, dann wäre die e-card tatsächlich als Servicecard eines Sozialsystems wahrnehmbar. Nur dann könnten wir D.I. Schörghofer verstehen, wenn er sich genervt von e-card-Funktionsdiskussionen wieder seiner Arbeit zuwenden will. Denn auch wir haben anderes zu tun.

Während ihm sein Sekretariat störende Ablenkung fern hält steht an unserem Arbeitsplatz auch morgen wieder ein „Rand- und Grenzfall“ und fordert unsere soziale, menschliche somit hausärztliche Kompetenz heraus.

**Abschließend danke ich allen OrdinationsmitarbeiterInnen, die unser Selbstverständnis mittragen und hausärztliche Ordinationen zu einem Bollwerk gegen die menschenferne, elektronische Exekution einer bürokratiefreundlichen Sozialversicherungsgesetzgebung machen.**

Dr. Christian Euler, Fax: 02685/607774, E-Mail: [ch.euler@aon.at](mailto:ch.euler@aon.at)

# Wem die Österreicher noch vertrauen

von Peter Pözlbauer

**A**m 18. Februar 2011 veröffentlichte der Kurier eine Umfrage, in der nicht etwa „die Medizin“, sondern expressis verbis „der Hausarzt“ Spitzenreiter in der Gunst der ÖsterreicherInnen ist. Weit abgeschlagen auf dem letzten Platz, mit noch deutlichem Abstand zum Vorletzten, kamen „die Politiker“.

Gerade einmal 3,8 Vertrauenspunkte (von 10 möglichen) wurden Österreichs Politik zugestanden, was die Geschäftsführerin des Gallupinstituts, Frau Roswitha Haßlinger, so kommentierte: „Wenn eine Marke einen derart niedrigen Wert hat, würde ich sie vom Markt nehmen.“ Nicht, dass die PolitikerInnen das nicht selbst wüssten. Aber wie verbessert man sich, wenn es aus eigener Kraft nicht geht? Ganz einfach: man macht den anderen schlecht!

Wenn in der Demokratie nichts mehr geht, funktioniert die Bürokratie immer noch, im Speziellen: die Gesundheitsbürokratie. Deren Repräsentanten geben sich alle Mühe, das Vertrauen zu untergraben, das die ÖsterreicherInnen in ihre HausärztInnen setzen. Und normalerweise beherrschen sie damit auch die Medien.

Der Chef des Hauptverbandes, selbst wenn er das Innere eines Möbelhauses nach außen kehrt, charmelos, kann mit seinem Masterplan niemals eine Diskussionsgrundlage schaffen, sondern lediglich eine Befehlsausgabe.

DI Schörghofer - „Mister e-card“, beendet eine Diskussion um Mängel eben dieser Karte, also sein eigentliches Aufgabengebiet mit dem Hinweis, er müsse „arbeiten“.

Die Wirklichkeit eines Hofrats bildet weder die Medizin noch das Strafrecht ab sondern lediglich die Tatsache, dass man als Verwaltungsjurist auch zum Patientenanwalt ernannt werden kann.

Allen drei Institutionen ist gemeinsam, dass sie immer wieder Zwietracht in die Arzt-Patient-Beziehung säen, wenn auch bisher erfolglos.

Die Zukunft könnte trotzdem trist werden, nicht, weil die PatientInnen das Vertrauen, sondern weil die jungen KollegInnen die Geduld verlieren. Viele arbeiten bereits in Deutschland, der Schweiz, in England, etliche lernen sogar skandinavische Sprachen, um dort ihr berufliches Glück zu suchen.

Was sie dorthin lockt, ist nicht allein die Aussicht auf bessere Bezahlung sondern auch die Hoffnung, eine wissenschaftsbasierte, patientenzentrierte Medizin zu erlernen und in der Folge auch auszuüben. Die Gesundheitsbürokratie Österreichs ist dazu keine Alternative.

Und deshalb könnte eine Kurierumfrage in wenigen Jahren einen anderen Spitzenreiter haben. Die Beamten werden es nicht sein. Und die Politiker werden über den letzten Platz nicht hinauskommen.

## 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](mailto:dr.p.reitmayr@inode.at), Internet: [www.hausaerzteverband.at](http://www.hausaerzteverband.at)



Name .....

Adresse .....

Telefon .....

e-Mail .....

Unterschrift .....

Stampiglie

# Info-Corner Allgemeinmedizin ab März 2011 monatlich an der Grazer Universität: eine zukunftsweisende Initiative

von Christian Euler

**G**raz hat als Stadt allgemeinmedizinischer Fortbildung bundesweit und über die Landesgrenzen hinaus nicht nur am letzten Novemberwochenende rund um den großen Kongress der steirischen Akademie einen guten Namen.



Reges Publikumsinteresse

Eine vierwöchige Pflichtfamulatur in einer allgemeinmedizinischen Ordination im sechsten Studienjahr für alle StudentInnen der MedUni Graz ist eine Besonderheit der Ausbildung. Dennoch fehlt auch an dieser Universität ein Lehrstuhl für Allgemeinmedizin um unsere medizinische Tätigkeit auf dem Weg von der Funktion zum Fach (Prof. Robert Braun) zu unterstützen. Einen selbstbewussten und selbstständigen Schritt in die Universität machte die Allgemeinmedizin am 2. März 2011 unter Führung von Michael Wendler mit Unterstützung der Hochschülerschaft/Fachschaft Medizin, der Jungen Allgemeinmedizin Österreich (JAMÖ als Teilorganisation der ÖGAM) und des Österreichischen Hausärztesverbandes.

Um zehn Uhr wurde zwischen dem Büro der Hochschülerschaft und am Weg zur Unibibliothek das erste Mal der Informationsstand aufgebaut, an dem ab sofort jeden ersten Mittwoch im Monat Studentinnen und Studenten für die Allgemeinmedizin interessiert und Fragen rund um die Ausbildung zum Allgemeinmediziner



ÖGAM trifft Hausarzt (Dr. Glehr und Dr. Pözlbauer)

beantwortet werden sollen. Kollege Wendler machte auf den großen Informationsbedarf über den Beruf des Hausarztes aufmerksam, cand. med. Christian Vajda, der Vorsitzende der ÖH, berichtete über konkrete Pläne die etablierte Pflichtfamulatur noch qualitativvoller zu gestalten und organisatorisch wie wissenschaftlich zu begleiten und Dr. Adrian Moser forderte namens der JAMÖ endlich ein Ausbildungskonzept zum Facharzt für Allgemeinmedizin ein, das den Anforderungen und der Leistungsfähigkeit dieser ärztlichen Tätigkeit gerecht wird.

Dr. Michael Wendler, lehrpraxisbeseelter Orientierungsläufer, somit dafür prädestiniert einen Weg zum Ziel zu finden, beklagte die viel zu spät im Studium stattfindende Begegnung der Medizinstudentinnen mit der Allgemeinmedizin. Er berichtete von ermutigenden Erfahrungen, dass sich die Zahl jener StudentInnen, die Allgemeinmedizin zum Beruf erwählen wollen, in den Wochen der Pflichtfamulatur vervielfacht. Sind es beim ersten Treffen der Famulanten 2 bis 3 von zwanzig, so können sich am Ende der Praxismitarbeit 6 bis 8 diese ärztliche Tätigkeit als erfüllend vorstellen. Nicht minder ermutigend ist die sehr gute Bewertung von 80 Prozent der 250 Lehrpraxen durch die StudentInnen.

Der Bedeutung dieser Initiative entsprechend fanden sich der ÖGAM-Präsident Dr. Glehr, für den Hausärztesverband Dres. Euler und Pözlbauer, Lehrpraxisleiter und Medienvertreter zur Eröffnung ein. Wir brachten Hausarztexemplare, unser Telegramm über den Online-Wahnsinn und einen Ausdruck der 10 Thesen zur Allgemeinmedizin mit, die Prof. Robert Braun 1982 formulierte (Dank an MR. Waltraud Fink). In Ihnen beschreibt der Pionier der allgemeinmedizinischen Wissenschaft Probleme, deren Lösung man in den letzten 30 Jahren nicht viel näher gekommen ist. Die Aufforderung Brauns an die eigenen BerufskollegInnen sich endlich auf den Weg zu machen soll die engagierten Träger dieser standespolitisch wichtigen Initiative bestärken.

Nach dem offiziellen Teil begann gleich die Arbeit. Neun junge KollegInnen nahmen das Angebot einer Beratung in Anspruch.

Informationen aus dem InfoCorner, so auch die offizielle Presseaus-sendung zur Startveranstaltung finden Sie auf unserer homepage: [www.hausaerztesverband.at](http://www.hausaerztesverband.at)



Dr. Wendler präsentiert sein neues Modell

# Hausarzt-Kommunikation ist Spitzenmedizin

**Auch der zweite ÖHV-Abend zum „Online-Wahnsinn“ fand großen Anklang**

**T**rotz Faschingdienstag platzte das ORF KulturCafe aus allen Nähten. Mehr Besucher als je zuvor folgten der Einladung des Hausärzteverbandes zur prominent besetzten Diskussion über die Online-Irrwege der Gesundheitsreform und vernünftige Gegenkonzepte. Unbestritten blieb der Eindruck, dass der politische Wille dampfwalzenartig hausärztliche Kommunikation zugunsten manischer Datengenerierung in den Hintergrund drängt. Ungebrochen aber blieb der Optimismus, dass die Zeit der Realisierung sinnvoller Alternativen noch kommen werde. Spätestens dann, wenn den Reformern das Geld ausgeht.



Dr. Christian Euler

ÖHV-Präsident Dr. Christian Euler, der den Abend moderierte, skizzierte zum Start die unerfreuliche Situation. Wie eine aktuelle Gallup-Umfrage zeigte, vertrauen zwar die Österreicher ihrem Hausarzt mehr als jedem anderen. Gleichzeitig beginne aber die Ausgrenzung der Ärzteschaft aus der Gesundheitspolitik immer massiver zu wirken.

Die Vereinigung von Ideologen, Ökonomen und Bürokraten fahre ein funktionierendes System an die Wand. „Und die Gesundheitsreformer nehmen seit Jahrzehnten bestehende Arbeiten über Wert und Leistungsfähigkeit des Faches Allgemeinmedizin einfach nicht zur Kenntnis“, so Euler.

Im Raum standen viele Fragen: Warum setzt die Gesundheitsbürokratie auf Online-Wahnsinn – Stichwort „ELGA“ – statt hausärztlicher Kompetenz? Muss es wirklich so weit kommen, dass „Schellings Desasterplan“ den Patienten zum Betriebsmittel auf einem profitgierigen Gesundheitsmarkt

macht? Und wo bleibt in diesem Dschungel das vertrauensvolle Patientengespräch als Kern erfolgreicher medizinischer Behandlung?

**Priv. Doz. Dr. Claudia Wild**, Leiterin des Ludwig Boltzmann Institutes für High Technology Assessment und eine der führenden Sozialmedizinerinnen des Landes, forderte ein neues Fortschrittsverständnis in der Medizin. An die Stelle eines industriell inszenierten Innovationsbegriffes, der auf Bilder von High Tech-Medizin und teuren Medikamenten fixiert sei, müsse ein verstärkter Blick auf die Patienten-kommunikation als wichtige Ressource für Compliance gerichtet werden.

„Derzeit produzieren wir das falsche Wissen, denn es werden die falschen Fragen gestellt. Rund 90 Prozent aller Studien sind schließlich von der Industrie finanziert“, so die Expertin. Und nur 50 Prozent der gewonnenen Erkenntnisse werden dann auch tatsächlich veröffentlicht – ein „selektiver Bias“, der die aktivitätsgetriebene

Politik maßgeblich beeinflusse. Wichtig sei es daher, eine „Gegenöffentlichkeit“ herzustellen und damit die Abhängigkeit zwischen Industrie und medizinischer Forschung zu reduzieren. Auch die Hausärzte seien in diesem Zusammenhang aufgerufen, durch Sammlung von fundiertem Wissen über ihre Gesprächsmedizin wertvolles Datenmaterial zu generieren.

Wie dies funktionieren könnte, zeigte der niederösterreichische Allgemeinmediziner **Dr. Dietmar Kleinbichler** an einem konkreten Modell auf. Sein EDV-Programm ist eine Weiterentwicklung bestehender Ordinationssoftware, die deren Schwächen – uneinheitliche Begriffsbezeichnungen, fehlende Datenkategorien und vieles mehr – vermeidet. Jeder Arzt könne damit seine Praxisstatistik optimieren und mit anderen im Netzwerk zusammenspielen. Damit ließe sich auch die Qualität der Arbeit weiter verbessern: Als Beispiel führte Kleinbichler geänderte Beratungsergebnisse an, beispielsweise wenn sich uncharakteristisches Fieber bei einem späteren Besuch zu Pneumonie entwickelt. „Wir müssen unsere hausärztliche Arbeit in dieser statistischen Form im Kollektiv darstellen können. Das ist die Sprache, die auch die Politik versteht“, war auch ÖHV-Präsident Euler überzeugt und lobte das Kleinbichler-Modell als Programm „von Ärzten für Ärzte“.



Priv. Doz. Dr. Claudia Wild



Dr. Dietmar Kleinbichler

Zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient steuerte auch **Prof. Dr. Dr. Fred Harms**, Vize-Präsident der European Health Care Foundation, pointierte Aussagen bei: „Sechs von zehn Patienten verstehen nicht einmal das Wort Symptom. Andererseits: Je besser der Patient den Arzt versteht und sich selbst verstanden fühlt, desto besser wird seine Compliance sein.“ Wichtigstes Ziel sei es daher, Wissen so an den Patienten zu bringen, dass dieser auch selbst an seiner Gesundheit zu arbeiten beginne. Als Beispiel für ein sinnvolles Schulungsmedium präsentierte der Hamburger Mediziner, der in Kürze auch einen Lehrstuhl an der Kremser Donau-Universität übernehmen wird, ein Internet-Portal für den Kampf gegen die sich dramatisch ausbreitende Volkskrankheit Diabetes.

Die abschließende Diskussionsrunde brachte den gewohnt regen Meinungsaustausch. „Wo bleibt die oft zitierte ‚Aufwertung‘ des Hausarztes?“ fragte Hausärzterverband-Vizepräsident Dr. Wolfgang Geppert, um darauf gleich selbst die schlüssige Antwort zu geben. „Natürlich nirgends,

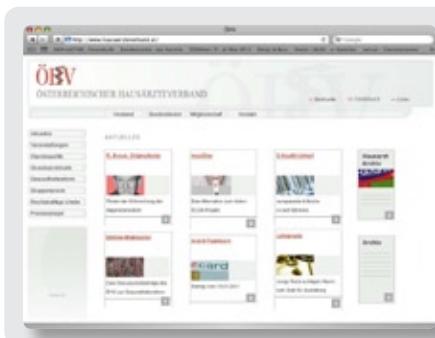


Prof. Dr. Fred Harms

denn daraus lässt sich – im Gegensatz zur Aufwertung der Spitäler – kein politisches Kapital schlagen.“ Letztendlich werde man sich den herrschenden Trends aber nicht willenlos fügen. So sprach Allgemeinmediziner Dr. Hans-Joachim Fuchs von einer hohen Motivation zum „trotzdem“: „Wir finden uns nicht ab. Und wir Hausärzte lassen die Patienten nicht im Stich, so wie es die Politiker mit ihren Wählern tun“.



Fotos: Johannes Brunnbauer



**Standespolitik  
schnell und aktuell auf  
hausaerzteverband.at**

# Bei e-card-Störung: Runter zum Bodenlurch

von Wolfgang Geppert

**I**n Kassenpraxen soll alles schnell gehen. Lange Wartezeiten sind verpönt. Da haben es unsere Helfer bei e-card-Störungen schon besser. Sie können sich jede Menge Zeit lassen. Kein Vertrag zwingt sie zur raschen Behebung technischer Mängel. Mit der epischen Länge dieses heiter gehaltenen Tatsachenberichtes wird der Zeitablauf wiedergespiegelt. Der Beitrag soll aufmuntern, eigene Erfahrungen dieser Art mitzuteilen.

Kommt unter Kassenärzten das Thema „e-card Störung“ aufs Tapet, dann kann fast jede Kollegin oder jeder Kollege auf einen reichen Erfahrungsschatz zurückgreifen. Ich stelle dabei keine Ausnahme dar. Einmal war es das Netzteil der GINA-Box, dann wieder die Box selbst, die, ohne Ankündigung und zum ungünstigsten Zeitpunkt, also während laufenden Ordinationsbetriebs, ihr Leben aushauchten. Das langsame und lange unerkannte Absterben meines Cisco-800-Routers gehörte zu den Highlights der Erlebnisse auf diesem Gebiet.

Der leidvolle Weg bis zur Bereitstellung und Programmierung eines neuen Routers wäre eine eigene Erzählung wert. Wer jetzt bei Erwähnung des Begriffes „Cisco-Router“ nur Bahnhof versteht, der soll sich glücklich schätzen. Dessen e-card Technik hat vielleicht schon in anderen Bereichen gesponnen, aber erst eine Störung im Cisco-Router-Bereich lässt uns Kassenärzte erkennen, welche unersetzliche Funktion dieses unscheinbare Kästchen ganz im Hintergrund und zu erfüllen hat.

## Service-line gar nicht fein

Meinem neuesten Erlebnis mit der Service-line e-card und Telekom fehlt die Dramatik dieser Art. Es kommt nur zur Beschreibung des Austausches des einen meiner beiden Kartenleser. Damit ist die Spannung schon weg! Der eine oder andere Leser wird jetzt seiner Enttäuschung Ausdruck verleihen: „Was soll das? Eines von zwei Lesegeräten geht kaputt und da redet der noch darüber!“ An diesem Punkt bin ich eine Erklärung schuldig. Es war nicht Größenwahn, der mich von Beginn an zur Anschaffung zweier Geräte dieser Art getrieben hat. Schon bei der ersten Vorstellung des Produkts, unterstellte ich, ohne fachlichen Background zu

besitzen, dem an einen Briefbeschwerer erinnernden Gerät, Reparaturanfälligkeit.

Mein erster Gedanke: „Wenn es Pflicht wird, diese Type eines Kartenlesers zu verwenden, dann will ich aus reinem Sicherheitsdenken heraus, gleich zwei davon im Dauerbetrieb haben.“ Leider sind diese Vorahnungen Wirklichkeit geworden. Der nun beschriebene Defekt eines Kartenlesers war nicht der erste seiner Art in meiner Praxis. Es braucht nicht extra erwähnt zu werden, dass „meine“ Damen am Empfang dem Einführen der e-cards eine Behutsamkeit der besonderen Art verliehen haben. Sie wollen nicht mit dem Vorwurf konfrontiert werden, Lesegeräte vernichtende Geschöpfe zu sein.

Trotz dieser Vorsicht war es am Samstag, dem 29. Jänner des Jahres, wieder so weit. Eines der Kästchen gab sein Lebenslicht auf. Für Außenstehende muss jetzt erwähnt werden, dass wir Kassenärzte derartige Störungen zuerst der e-card Serviceline zu melden haben. Von Samstag 13.00 Uhr bis Montag 06.00 Uhr hat das wenig Sinn. Da ist die Stelle nicht besetzt. Ich wählte den offiziellen Weg und füllte den von der Ärztekammer zur Verfügung gestellten Fax-Vordruck aus: „Kartenleser defekt“. Am Montag, dem 31. Jänner, tippte ich in mein Faxgerät die Nummer 0501243323 und schon langte die Störungsmeldung bei der besagten Serviceline ein. Das war um 06.26 Uhr. Um Sie beim Lesen dieses Berichtes nicht zu langweilen, verzichte ich auf die komplette Auflistung aller nun folgenden Telefonate. Uneingeweihten sei erklärt, jede Störung dieser Art, ob per Fax oder anderweitig gemeldet, zieht einen Rattenschwanz von Rückrufen nach sich. Dabei ergibt sich zwangsläufig der Eindruck, die Leute der Serviceline glauben an eine Selbstheilungstheorie im Bereich der e-card-Technik. Das vermutete Motto der Leute auf der anderen Seite der Leitung: Langes und umständliches Fragen kann alles wieder gut machen.

## Bodenlurch in Kassenpraxen

Wir vom Ordinationsteam Dr. Geppert setzen für derartige Unterfangen gerne unser jüngstes Mitglied ein: Bernadette. Sie hat ein unverbrauchtes Nervenkostüm, verzaubert mit ihrer Telefonstimme, ist noch ohne Bandscheibenschaden und fast so beweglich wie eine chinesische Artistin. Wer jetzt den



Dr. Wolfgang Geppert

thematischen Zusammenhang nicht erkennt, der muss wissen, Rückrufe aus der Serviceline sind immer mit Anweisungen verbunden, die Körperverrenkungen notwendig machen: Runter unter die Arbeitsplatte, um den sorgsam verstauten Kabelsalat zu entwirren. Stecker nach genauer Anweisung rausziehen und wieder reintun. Rechner runter- und wieder rauffahren, immer mit der Hoffnung verbunden, die Störung wäre damit behoben.

Spätestens dann weiß man ganz genau, wo die hauseigene Reinigungskraft mit ihrem Staubsauger hingekommen ist und wo nicht. Zu meinem Leidwesen gehöre ich zu dem Personenkreis, der auch ausgefallene Kabelverbindungen im Gedächtnis hat. So komme ich neben Bernadette auch selbst noch in den Genuss, auf den Knien rutschend unter dem Verbau des Empfanges spezielle Steckkontakte ausfindig machen zu müssen. Qualitätssicherer und Hygieniker können beruhigt sein: Wir Kassenärzte ziehen für diese Tätigkeit auf allen Vieren unsere Kittel aus und schlüpfen in ein Schmutz verträgliches Arbeitsgewand.

Ich selbst halte für derartige Fälle einen dunkelblauen Overall aus dem Baumarkt griffbereit. Der zeigt weniger Abscheu vor einem eventuell entgegenkommenden Bodenlurch. Meine Patienten haben sich schon daran gewöhnt, dass ihr Arzt manche Tage, selbst bei vollem Warteraum, im Outfit eines Montaguearbeiters von einem Schreibtisch zum anderen robbt oder mit einer Leiter bewaffnet hoch liegende Schaltkästen kontrolliert. Die wissen auch, dass sie an diesen Tagen auf lockere Wortspenden verzichten müssen. Unbedachte Äußerungen wie, „Herr Doktor, das Dunkelblau steht ihnen aber gut“, können bei ihrem Arzt einen Wutausbruch auslösen. →

Außenstehenden muss erklärt werden, dass wir Kassenärzte für den täglichen Betrieb, unabhängig von der e-card-Struktur, noch einige andere technische Wunderdinge in Betrieb halten müssen. Die können alle plötzlich zu spinnen beginnen. Schön hintereinander oder auch alle zugleich! Von der Telefonanlage bis zum notwendigen Netzwerk, das alle Ordinationscomputer verbindet. Bevor ein Techniker in unsere Praxen losgeschickt wird, versuchen die Leute von CompuGroup, Telekom und wie sie alle heißen, in oft langen Telefonaten der Ursache der Störung auf den Grund zu gehen.

**Wie ein Teddybär von Steiff**

Junge Ordinationskräfte haben es dabei leicht. Die klemmen ihr Handy zwischen hochgezogener Schulter und glühender Ohrmuschel ein. So haben sie beide Hände frei, um den telefonischen Anweisungen der Serviceleute Folge leisten zu können. Diese Beweglichkeit ist so manchem lange dienenden Kassenvertragsarzt verloren gegangen. Ich selbst habe sie a priori nie besessen und muss daher bei diesen Anlassfällen auf Hilfsmittel vertrauen, um die Tipps der Berater mit beiden Händen in die Tat umsetzen zu können.

Eine rauschfreie Freisprecheinheit ist die Lösung: Das Handy in der Brusttasche des Baumax-Overalls ist drahtlos mit einer Sende- und Empfangseinheit im rechten Ohr verbunden. Mein Handyverkäufer hat mich zum Erwerb eines ganz kleinen, aber sehr leistungsstarken Exemplars überredet. Das hat neben Vorteilen auch einen großen Nachteil: Für den Uneingeweihten ist der Freisprecher nicht erkennbar. Lediglich meinen Ordinationshilfen fällt sofort auf, wenn ich das Ding im Ohr stecken habe.

Dann lassen sie sich regelmäßig zu Vergleichen mit einer Teddybär-Art aus Deutschland hinreißen: „Unser Chef mit dem Knopf im Ohr!“ Während die Kranken in den Behandlungseinheiten schön langsam mein dunkelblaues Outfit akzeptieren, haben sie sich an das scheinbar unkoordinierte Sprechen mit einer nicht vorhandenen Person noch nicht gewöhnt. Halbblaute Bemerkungen wie die folgende sind daher keine Seltenheit: „Was ist mit unserem Doktor heute los? Er redet mit sich selbst!“

**Bodenturnen bei vollem Warteraum**

Wer glaubt, dass das vom Netz nehmen der Geräte noch vor dem Rückruf der Service-line erledigt werden kann, der täuscht sich. Ausreden wie: „Ich habe schon alles einmal

aus- und wieder eingeschaltet“, helfen nicht. Die Leute von der e-card-Serviceline wollen ihre eigenen Anweisungen befolgt sehen, Schritt für Schritt. Wenn der Kartenleser spinnt, wird die Sache noch komplizierter. Dann ist neben Beweglichkeit und dem Freisein beider Hände auch optimale Sehkraft gefragt. Als Vertragsarzt sollte man zumindest eine Ordinationskraft in Anstellung halten, die Bodenturnen als ihr Hobby nennt und die Sehkraft eines Uhrmachers hat. Sie muss die Fähigkeit besitzt, Zeichen, Ziffern und Buchstaben selbst in kleinster Ausführung und bei fehlender Zusatzbeleuchtung ohne Schwierigkeiten ablesen zu können.

Kommt schließlich nach langem und ungeduldigem Warten der Rückruf einer Dame oder eines Herren der Serviceline, ist das Beherrschen eines Notfallplans von Vorteil. Nun heißt es, die beim Guckloch der Aufnahme laut plaudernden Kassenpatienten zum Schweigen zu bringen. Nur unter diesen Umständen können die gemurmelten Anweisungen über das Headset verstanden und befolgt werden. Die Aufforderung kann etwa so lauten: „Bitte verhalten sie sich ganz ruhig, Frau Gruber, jetzt sind endlich die Leute von der e-card-Störung an der Leitung!“

Dann vergräbt sich Frau Bernadette, die das Ausdrucken eines Verordnungsscheines auf einen späteren Zeitpunkt verschoben hat, zwischen modernem Laser- und antiquiertem Nadeldrucker, um das defekte Lesegerät mit den fix montierten Kabeln ein bisschen aus der angestammten Position zu ziehen. Jetzt sind die oben genannten Kriterien der Beweglichkeit und der Sehkraft gefragt.

Zuerst heißt es das Kapsch-Produkt umzudrehen, um dem Fragenden auf der anderen Seite der Telefonleitung die Ziffern- und Buchstabenreihen von der Unterseite des Gerätes durchzugeben. Erste Zeile: „Snr.:\*CMK15431\*“, zweite Zeile: „MAC Adr.:00-0f-d5-02-35-46“ und dritte Reihe: „Factory-ID:n5dioghN“.

Das wäre halb so schlimm, wenn diese Prozedur nur einmal und nie wieder notwendig wäre. Unabhängig davon schiene es selbstverständlich, dass derartige Einzelheiten im Computer des Hauptverbandes bereits gespeichert sind. Sobald ein Gerät installiert ist, unterliegen diese Details keiner Änderung mehr. In unserem speziellen Fall war die Durchgabe der besagten Ziffern- und Buchstabenreihe gleich zweimal notwendig. Grund: Markus von der Serviceline hat nach der ersten Abfrage vergessen, die Daten zu speichern.

**Bittsteller statt Kunde**

Bis Mittwoch, den 2. Februar, wurden wir von den beschriebenen Fragenstellern im Kreis geschickt. Die Erklärung für Neueinsteiger: Kein Vertragsarzt hat das Recht, gleich mit einem Techniker der Telekom verbunden zu werden. Das wäre ja eine glatte Vernichtung von Arbeitsplätzen. Böse Zungen behaupten, die Anlaufstelle wäre nur zur Verzögerung der Reparaturaufträge da. Ein Vorwurf, der nicht beweisbar ist. In Ärztekreisen geht die Runde, dass Störungsmeldungen, welche einen Tag lang einfach unbearbeitet liegen gelassen werden, keine Seltenheit darstellen. Ist es dann endlich den Service-Leuten genehm, wird die Störungsmeldung an den zuständigen Provider weitergeleitet.

Bei uns im nordöstlichen Weinviertel gibt es keine Auswahl. Für die Kassenordinationen ist konkurrenzlos die Telekom Austria zuständig. Im gegenständlichen Fall stellte Herr Lukas von der Telekom am dritten Tag nach Bekanntgabe der Störung den ersten Kontakt mit mir her. Zwischenzeitlich hatte ich die Causa zur Chefsache erklärt. Im Hinterkopf erklärte ich die freundliche und zuvorkommende Art von Bernadette als mitverursachend dafür, dass noch kein Techniker mit neuem Kartenleser den Weg nach Wilfersdorf gefunden hatte.

Es war 10.25 Uhr, die Ordination stand im Vollbetrieb. Herr Lukas entpuppte sich nicht als Retter in der Not, sondern als neuer Fragesteller. Meine Nerven lagen bereits blank. Ich versuchte, dem Anrufer klarzumachen, dass hier ein ganz einfach gearteter Fall vorläge. Nichts Kompliziertes! Ein defekter Kartenleser wäre gegen einen neuen auszutauschen. Kurz vor dem Platzen meines Kragens konfrontierte ich Herrn Lukas mit einer meiner ganz einfach formulierten Lebensweisheiten: Auch vom noch so langem Telefonieren käme das Ding nicht mehr in Funktion. Der Anrufer gab sich geschlagen.

**Abenteuer Telekom: Auftrag 33319372**

Am späten Nachmittag erreichte mich über Handy folgende Kurzmitteilung: „Wir erledigen Ihren Auftrag 33319372 am 03.02.2011 von 11.30 Uhr bis 12.30 Uhr. Für einen anderen Termin wählen Sie: 0800100100. Freundliche Grüße Telekom Austria.“ Der 3. Februar war ein Donnerstag und somit ordinationsfrei. Wichtige Termine zwangen mich, den Praxisort zu verlassen.

Zwei Angestellte harrten auf den Telekom-Techniker wartend aus. Knapp vor Mittag wurde mir mittels SMS eine Terminverschie-

bung bekanntgegeben. Um 13.00 Uhr war es dann soweit. Herr Walter von der Telekom betrat die Ordination. Es begann die Suche nach den IP-Adressen unserer Kartenleser. Nach dem Benutzerhandbuch wurde gefragt. Zu meiner Schande muss ich gestehen, dass ich an die Bereitstellung dieser Unterlagen vergessen hatte. Ich war der irrigen Ansicht, mit dem tagelangen Frage-Antwort-Spiel wäre alles an Vorarbeiten geleistet. Auf meine Telefonanweisungen hin, wühlten die Ordinationshilfen in den entsprechenden Ordnern. Gefunden! Walter konnte beginnen, das defekte gegen ein neues Gerät auszutauschen.

Doch der Fehlerteufel blieb uns treu. Der nun zur Verfügung gestellte Kartenleser konnte den Dienst nicht aufnehmen. Auch er war kaputt. Bevor Herr Walter die Ordination um 14.15 Uhr verließ, klebten meine

Damen je einen Streifen Leukoplast auf die Seitenwände der beiden Schrack-Dinger. Grund: Die Frage der IP-Adressen sollte nie wieder unbeantwortet bleiben. Auf das gesunde Gerät malten sie „192.168.8.103“, auf das kranke „192.168.8.102“.

### Dem Auftrag 33319372 folgte der Auftrag 33374406

Der weitere Verlauf wird nur im Zeitraffer dargestellt. Wieder folgten Telefonate. Auch ein Mail an die Serviceline schickte ich mit dem Ersuchen los, der Telekom doch endlich Beine zu machen. Schlussendlich brachte Herr Walter am 9. Februar ein funktionierendes Lesegerät in Stellung. Wer glaubt, wir hätten damit das Kapitel der Telekom-Kontakte für lange Zeit abgeschlossen, der irrt sich. Der Auftrag 33319372 ging nahtlos in den Auftrag 33374406

über. Eine geheimnisvolle Telefonstörung legte Tag für Tag unsere Verbindung mit der Außenwelt zwischen der Mittagszeit bis etwa 17.00 Uhr lahm. Die Amtsleitung blieb tot. So fand die oben erwähnte SMS-Serie in einem neuen Kleid ihre Fortsetzung. Nur die Auftragsnummer hatte sich geändert: „Gerne bestätigen wir Ihren Termin für Auftrag 33374406.....Freundliche Grüße. Telekom Austria.“

Wie die Experten diesen Fehler behoben haben, ist Stoff für eine eigene Geschichte. Vielleicht wird dem einen oder anderen Leser jetzt klar, warum sich der Drang von Jungärzten, zukünftig eine Kassenpraxis betreiben zu wollen, in Grenzen hält.

Dr. Wolfgang Geppert

2193 Wilfersdorf, E-Mail: [geppert@aon.at](mailto:geppert@aon.at)

## Liebe Kolleginnen und Kollegen!

von Wolfgang Werner

**D**er „Masterplan Gesundheit“ des Hauptverbandes stellt sich bereits nach kurzer Betrachtung als Knebelungspaket für niedergelassene Ärzte dar. Ich habe die wesentlichsten Punkte, die sich auf den extramuralen Bereich beziehen, herauskopiert und aufgelistet. Es handelt sich also um Originaltexte mit Seitenangaben im Originaldokument in Klammern. Bitte um Beachtung der befehlstonartigen Diktion!

Nach der Aufzählung der folgenden Punkte dann mein Kommentar dazu. Außerdem zuletzt zwei Links zu den Originaldokumenten aus der Wiener Kammer.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, bitte dieses Rundmail genau durchzulesen, da hier geradezu ein Vernichtungsschlag gegen uns vorbereitet wird. Die Kollegenschaft soll über diesen in solchem Ausmaß noch nie dagewesenen Angriff auf uns informiert werden.



Dr. Wolfgang Werner

### Forderungskatalog aus dem „Masterplan Gesundheit“:

1. Transparenz unterstützt darüber hinaus ein zielorientiertes Vorgehen, weil es die **Spielräume nicht effizienten Handelns einschränkt**. S 6/16
2. Die Detailplanung kann nur dezentral und **unabhängig von den Leistungsanbietern** durchgeführt werden. S 8/16
3. Die Politik ist gefordert, für den Bereich der niedergelassen Ärztinnen, Ärzte und der Spitalsambulanzen eine **verpflichtende Diagnose-Codierung** vorzusehen S 8/16
4. Ein **gemeinsames Datawarehouse** für das österreichische Gesundheitswesen ist zu schaffen S 8/16
5. Die **Bedarfsplanung erfolgt in Zukunft ohne Anbieter** S 8/16
6. **Qualitätsberichte** sind für die Bereiche der Primärversorgung, Krankenanstalten und für die eigenen Einrichtungen der Sozialversicherung zu erstellen S 9/16
7. Versicherte sollen zur Teilnahme an Präventionsmaßnahmen und Formen der integrierten Versorgung motiviert werden. Instrumente für eine verstärkte Teilnahme und das Empowerment der Patientinnen und Patienten an Modellen zur integrierten Versorgung sind zu schaffen S 9/16
8. Das Schleistungsprinzip ist auch im Falle eines **vertragslosen Zustandes** sicher zu stellen. Dies kann durch Verrechnungsübereinkommen und Nachwirkung der bestehenden Gesamtverträge erfolgen. S 9/16
9. **Die Kompetenzen der Patientenadvokatur** sind gesetzlich um den niedergelassenen Bereich zu erweitern. S 10/16
10. Die Sozialversicherung wird die Zusammenarbeit mit professionellen **Konsumentenschutzinstitutionen** intensivieren. S 10/16
11. Regelmäßige **Versichertenbefragungen** sind durch den Hauptverband zur Erhebung der Servicequalität im Gesundheitswesen durchzuführen S 10/16



12. Die Sozialversicherung verfolgt das Ziel, dass bis Ende 2015 mindestens zwei Drittel der medikamentös versorgten Diabetiker im neuen **Disease Management Programm** eingeschrieben sind S 10/16
13. Der Allgemeinmediziner und die Allgemeinmedizinerin **müssen** im Rahmen von Disease Management Programmen die Funktion eines verantwortlichen **Gesundheitskoordinators** übernehmen. S 11/16
14. **Pauschalvergütungen** für umfassende Dienstleistungen und Krankheitsepisoden sind zu vereinbaren und umzusetzen. S 12/16
15. Die Rolle **nichtärztlicher Gesundheitsberufe** muss in qualitativer und quantitativer Hinsicht verstärkt werden. Künftig sollen diese entsprechend ihrer Qualifikation auch Aufgaben wahrnehmen, die derzeit ausschließlich Ärztinnen und Ärzten vorbehalten sind. Dies ist bei der Angebotsplanung zu berücksichtigen. S 12/16
16. **Apotheker sollen entsprechend ihrer Qualifikation mehr Aufgaben** im Gesundheitswesen übernehmen (Polypharmazie). S 12/16
17. Für spezielle kassenärztliche Leistungen sind verpflichtende Ausbildungen und Fortbildungen vorzusehen. S 13/16
18. Absolvierte Fortbildungsmaßnahmen sind **verpflichtend offenzulegen** S 13/16
19. Leitlinien, vor allem im Bereich chronischer Erkrankungen, sind verbindlich anzuwenden und bei Nichtanwendung zu **sanktionieren**
20. **Bund, Länder und Sozialversicherung** sollen dabei die wesentlichen Eckpfeiler einer künftigen Gesundheitsreform erarbeiten S 16/16

## Mein Kommentar:

Es handelt sich hier um ein Maßnahmenpaket, in dem den Ärzten, die das wesentliche Herzstück der Medizin und des Gesundheitssystems darstellen:

1. höchstes Misstrauen entgegengebracht wird
2. ärztlicher Entscheidungsspielraum eingeengt werden soll (Pos 1)
3. in dessen Ausarbeitung Ärzte expressis verbis erst gar nicht eingebunden sein sollen (Pos 2 und 5)
4. das Ärzte für ihr gewissensbasiertes Handeln sanktionieren möchte (Pos 19)
5. in dem Ärzten durch Bürokratie sinnvolles Arbeiten unmöglich gemacht werden soll (Pos 3,6,10,12,13,18)
6. das durch Codierung Alles und Jeden durchleuchten und quantifizieren möchte. Letztendlich bleibt die Reduktion des Einzelnen auf einen Geldwert!
7. Diese Intention zur Kommerzialisierung der Medizin wird durch Schaffung eines **data Warehouse Systems** bekräftigt (Pos 4)
8. mit dem durch Hereinnahme von zusätzlichen Instanzen (Patientenanwaltschaft, Konsumentenschützer, nichtärztliche Gesundheitsberufe) die medizinische Versorgung verzögert, verteuert und den Ärzten teilweise sogar entzogen werden soll!
9. welches das demokratische Recht auf geschlossenes Auftreten von Ärzten in vertragsrechtlichen Angelegenheiten in seiner Auswirkung aufweichen möchte (Pos 8)
10. welches die Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient durch regelmäßige Versichertenbefragungen zerstören möchte (Pos 11)
11. welches sich durch Sanktionierungen zur Herrschaft über Ärzte aufschwingen möchte
12. und das letztendlich den Ärzten einen adäquaten Lohn für ihre schwere und verantwortungsvolle Arbeit durch Pauschalierung vorenthalten möchte (Pos 14)

Ich meine, hier unübersehbare Tendenzen in Richtung Totalitarismus zu erkennen, denen unbedingt Einhalt geboten werden muss. Untenstehend Links bezüglich Resolution der Ärztekammer zur Ablehnung dieses „Masterplanes Gesundheit“ durch die Kammer und des „Masterplanes Gesundheit“ auf der Homepage unserer Wiener Kammer.

[http://www.aekwien.at/aekmedia/Masterplan\\_Resolution.pdf](http://www.aekwien.at/aekmedia/Masterplan_Resolution.pdf), <http://www.aekwien.at/aekmedia/MasterplanGesundheit.pdf>

MR. Dr. Wolfgang Werner

**Dr. Felix Berger hält Vorträge auf einer neuen Website: heilungundgesundheit.at**



# Hinter den sieben mal sieben Bergen

von Peter Pözlbauer

*Österreich ist ein schönes Land, von einem merkwürdigen Volk bewohnt, das Bräuche pflegt, die anderswo unbekannt sind und wenn, auf tiefes Unverständnis stoßen. Dabei tut sich ein Bundesland besonders hervor. Dass dieser Teil Österreichs „Nieder“ zur Vorsilbe hat, ist an sich schon die Höhe.*



Dr. Peter Pözlbauer

**R**egiert wird dieses Land seit vielen Jahren von einem Landesfürsten. Jeden Tag fragt er das Spieglein an der Wand: „Wer ist der Mächtigste im Land?“ Darauf erfolgt niemals eine Antwort, weil es dazu nichts zu sagen gibt.

Der Wohlstand des Landes liegt in seiner Krume, die rauchenden Schloten sind nach und nach erloschen. An ihrer Statt wünscht sich der Landesfürst rauchende Köpfe und leistet sich daher eine Wissenschaftsabteilung. Das soll nun freilich nicht heißen, dass die Wissenschaft und ihre Lehre frei wären, vielmehr soll für den Eigenbedarf produziert werden. Krone der Schöpfung wäre zweifelsohne eine private Medizinuni. Aber ach, gerade hierbei droht der sonst so sichere Landesfürst zu straucheln und bei der Standortwahl auf das falsche Pferd zu setzen.

Ort der Wahl kann nur St. Pölten sein. Dort steht (glücklicherweise derzeit leer) eine aus Beton gebildete Tintenburg, die in ihrem Inneren nach der Bolognaarchitektur gestaltet werden könnte - einmalig in Österreichs Medizinstudium. Für den genius loci sorgt der Besitzer des Bauwerks: die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse. Es wäre also naheliegend, das Studium auf

die Bedürfnisse des Kassenwesens auszurichten. Die Vorklinik wäre locker durch ein Computerausbildungsprogramm zu ersetzen, das bei W wie Windows beginnt und bei E wie ELGA endet. Frucht der Bemühungen wäre der Titel eines „Bätschelors“. Der schreibt sich zwar anders, würde aber, weil auf die Landesgrenzen beschränkt, hier so ausgesprochen.

Jetzt wäre auch der Zeitpunkt gekommen, der Medizin insgesamt eine neue Richtung zu geben. Denn Hand aufs Herz: was hat das endlose Studium von Pathologie und Pharmakologie denn schon gebracht außer der Erkenntnis, dass in einem kranken Körper ein kranker Geist wohnt? Hingegen wäre eine grundlegende und vertiefende Einführung in das Kassenwesen für alle Versicherten zweifelsohne von viel größerem Nutzen.

Und dann noch die endlose Zielgerade der Prüfungen in den klinischen Fächern! Ein amikales Gespräch, das mit dem Titel „Masta“ abschließt, ist sicher der Weisheit letzter Schuss. Dieser Titel wäre ausschließlich den Landeskindern vorbehalten, die wiederum, weil anderswo unbrauchbar, alleine der Bevölkerung des Landes zugute kämen. Soweit die Stimme der Vernunft.

Wie ich aber schon oben geschrieben habe, liegt die Macht ungeteilt in einer Hand. Und daher muss es Krems sein.

## DAS OFFENE WORT

### Wie Sie ja alle wissen...

von Dr. Gottfried Wurst MAS

Bezug nehmend auf den Artikel von Dr. Kux in der ÖÄZ Ausgabe 23/24 vom 15.12.2010.

„Wie Sie ja alle wissen...“ so wurden fast alle Vorträge von namhaften Referenten (alles Männer) früherer Ärzte-Fortbildungs-Abende eingeleitet. Dann folgte ein Vortrag zu einem Thema, das ich vielleicht schon verstand oder auch nicht.

„Wie Sie ja alle wissen...“ die Diskussion danach: öde, nichts sagend oder gar nicht. Denn: „Wie Sie ja alle wissen“ waren ja ausschließlich „Wissende“ anwesend. Klar, dass sich niemand die Blöße gab, etwas nicht gewusst zu haben. Der Trick ist gut: nach dem Vortrag keine langen Fragen, Erklärungen etc., denn „Wie Sie ja alle wissen...“

Ebenso klingt Ihre Belehrung in dem Artikel.

Weshalb muss ein Master of Science das wissen, was Sie wissen? Der Tonfall klingt schulmeisterlich und dient eher der Bloßstellung, der Vorführung, als einer Klärung. Unverständlich ist für mich (vielleicht bin ich da nicht allein) die Formel: ein so genannter Nachfolger müsse die Datei übernehmen. Zu einem Nehmen gehört entweder ein Geben oder Diebstahl als Pendant...

Ich glaube, hier wäre Ihre Kompetenz als Jurist gefragt, Klarheit anzubieten und nicht Belehrung als Maßregelung für Betroffene um diese ins Lächerliche zu ziehen...

Dr. Gottfried Wurst MAS



# SVA – eine unendliche Geschichte

von Christoph Reisner

**I**m Consilium 1/2 2011 wurde vom Kurienobmann der Niedergelassenen Ärzte Dr. Johann Jäger das mangelnde Partnerschaftliche Verhältnis zur SVA kritisiert. Anlass war die Aussendung von Einzelverträgen an Vertragsärztinnen und -ärzte durch die SVA zwischen Weihnachten und Silvester, und zwar ohne die Ärztekammer im Vorfeld zu informieren. Das entspräche laut Dr. Jäger keinem partnerschaftlichen Umgang.

## Und täglich grüßt das Murmeltier

Ich erinnere mich zurück an den Frühsommer 2010, als die Honorarverhandlung mit der SVA abgeschlossen wurde. Meine Kritik damals war laut: Einerseits in Bezug auf das meines Erachtens unzureichende Verhandlungsergebnis in Bezug auf die Honorarentwicklung. Andererseits in Bezug auf die Art und Weise, wie verhandelt und vor allem wie abgeschlossen wurde. Nämlich in keinem partnerschaftlichen Verhältnis. Bei genauem Studium der Vereinbarung konnte man auch erkennen, dass viele Punkte Interpretationen offen gelassen haben. Und zwar in viele Richtungen. Aus meiner Sicht wäre das vorliegende Papier damals allenfalls eine Grundlage gewesen, um danach Details in Form eines Vertrages korrekt zu formulieren. So wie das abgewickelt wurde, war das viel zu schnell und mit einem für die Ärzte- und in letzter Konsequenz auch für die Patientenschaft mangelhaften Ergebnis ausgestattet. Die Haltung der SVA zum Jahreswechsel reiht sich für mich exakt in die Haltung der SVA im Zuge der Vertragsverhandlungen ein. Was ich durchaus nachvollziehen kann. Wer weiß, dass er mit anderen problemlos so umgehen kann, wird es möglicherweise immer wieder tun. Und das wird nicht der letzte Vorstoß der SVA in dieser Art gewesen sein. Umso verwunderlicher, dass Dr. Jäger Kritik dieser Art übt und sich beim Vertragspartner SVA per Brief beschwert.

## Chance für Reform vertan

Ich als Präsident der NÖ Ärztekammer hatte damals keine Möglichkeit, bei dieser Kurienangelegenheit direkt einzugreifen. Die beiden Mitglieder der Bundeskurie der ÖÄK, die aus Niederösterreich kommen, nämlich Kurienobmann Dr. Johann Jäger und Kurienobmann-Stellvertreter Dr. Günther Wawrowsky, beide auch in der Kurienführung der NÖ Ärztekammer, haben der Vereinbarung damals per Umlaufbeschluss zugestimmt. Mit ihrer Zustimmung haben sie auch den meines Erachtens inakzeptablen Verhandlungsstil akzeptiert. Warum kritisiert man nun die SVA, die sich ja in der jüngsten Vergangenheit immer so verhalten hat?

Mit dem Abschluss mit der SVA vom vergangenen Sommer wurde eine historische Chance vertan. Die gut vorbereitete Ärzteschaft hätte die Chance gehabt, aus der Position der Stärke heraus ein Zeichen zu setzen. Ein Zeichen für eine faire Honorierung der ärztlichen Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitssystem. Ich bezweifle, dass sich die Ärzteschaft nach diesem Verhandlungsergebnis jemals wieder zu Vorbereitungen wie im vergangenen Sommer motivieren lässt. Und somit sind die Möglichkeiten, mit einer Position der Stärke in Verhandlungen zu gehen wieder etwas geringer geworden.

## Honorarsystem muss überdacht werden

Was bleibt ist eine sich ständig verschlechternde wirtschaftliche Situation der Kassenärzteschaft. Finanzexperten haben errechnet, dass die ärztliche Leistung im Kassenbereich in den vergangenen zehn Jahren 25 Prozent ihres Wertes eingebüßt hat. Wohin soll diese Entwicklung führen? Bereits heute ist klar, dass bei der Honorierung der Kassenleistung und dem Bearbeitungsvolumen der Kassenärzteschaft immer weniger Zeit zur Behandlung pro Patient bleibt. Und auch immer weniger Zeit die notwendigen Zusatzaufgaben so zu erfüllen, wie es der Gesetzgeber vorsieht. Stichwort Aufklärung und Dokumentation. Mehr als 100 Patienten pro Tag und ein zu geringes Honorar sind keine Ausrede. Wenn ein Arzt vor dem Strafrichter steht, ist es nicht von Relevanz, ob der Tarif für eine Leistung auch die anfallenden Kosten in einer Ordination deckt. Die Ärzteschaft braucht auch Abgeltung für Zeit, die für eine ordnungsgemäße Aufklärung und Dokumentation gebraucht wird.



Dr. Christoph Reisner

Umso mehr sind die zuständigen Verhandler gefragt, in den Tarif für ärztliche Leistungen all das hineinzuverhandeln, was auch geleistet werden muss.

Wenn der Stil und die Ergebnisse der Kassenvertragsverhandlungen in Zukunft so weitergehen wie in den vergangenen Jahren, dann ist das Aussterben der Kassenärzteschaft besiegelt. Als Vergleich: Man kann zwar von einer Salami recht lange immer nur eine kleine Scheibe abschneiden, ohne dass diese merklich sichtbar kleiner wird. Aber irgendwann ist dann auch nichts mehr übrig. So kommt mir das im Bereich der Kassenverhandlungen vor.

Die „Salamitaktik“ mit ständiger Honorarentwertung hat bereits dazu geführt, dass der Spagat zwischen Medizin und Patientenrechten immer schwieriger zu schaffen ist. Wahlärzte hingegen kalkulieren ihre Tarife nach den entsprechenden medizinischen, aber auch rechtlichen und wirtschaftlichen Vorgaben. Sie sind es gewohnt, eine faire Entlohnung für eine ärztliche Leistung „state of the art“ samt der erforderlichen Aufklärung und Dokumentation zu bekommen. Das sollte eigentlich auch für Kassenärztinnen und -ärzte als Hauptsäule des niedergelassenen Bereichs möglich sein. Vielleicht sollte in Zukunft ein Wahlarzt die Kassenverhandlungen führen?

Dr. Christoph Reisner, Präsident der NÖ Ärztekammer, [www.wahlarzt.at](http://www.wahlarzt.at)



# Gespräch über die Widerstände gegen die Lehre Prof. Robert Brauns mit Waltraud Fink, Gustav Kamensky und Dietmar Kleinbichler.

## Die Fragen stellt Christian Euler:

Liebe Waltraud, Gustav und Dietmar.

*Ich darf es froh sagen: es ist uns mit unseren Gesprächen über Forschungsergebnisse Professor Robert Brauns tatsächlich gelungen, Kollegen für diese wissenschaftliche Arbeit zu interessieren und es dürfte mehreren so ergangen sein, wie auch mir selbst. Ich bin über dreißig Jahre als Allgemeinmediziner tätig gewesen bevor ich das erste Mal Arbeiten Robert Brauns las, und es war wie eine Resonanz. Diese Erkenntnisse brachten in mir sofort etwas zum Schwingen, ich erkannte mich in dieser Lehre wieder und irgendwo - Waltraud wird die Stelle parat haben - erklärt Robert Braun ganz offen seine Absicht, den jungen Allgemeinmedizinern schmerzliche Erfahrungen ersparen zu wollen, er wolle sie mit seinen Erkenntnissen für den Beruf ermutigen.*



*Unser heutiges Thema soll sein: wie ist es möglich, dass so elementare und wahre Erkenntnisse nicht fester Bestandteil der ärztlichen Ausbildung sind, denn schließlich sind viele Erkenntnisse Brauns über die Allgemeinmedizin hinaus gültig. Wer oder Was hält hier dagegen?*

*Weil wir diese Frage im vorgegebenen Rahmen nicht umfassend abhandeln können, möchte ich drei Gedanken zur Diskussion stellen und Euch dazu um Eure Meinung bitten.*

*Robert Braun war offensiv selbstbewusst: Ihr kennt das Wort Michael Balints vom „ewigen Lehrer-Schüler-Verhältnis“ zwischen Fachärzten und Allgemeinmedizinern, eine Beschreibung von Bequemlichkeit und delegierter Verantwortung. Robert Braun beschreibt das Verhältnis zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten anders. Kratz er damit am hierarchischen Gefüge in der Medizin?*

**Dietmar Kleinbichler:** Da möchte ich kurz auf die Geschichte der Allgemeinmedizin eingehen, wie sie von Ian R. McWhinney in seinem „Textbook of Family Medicine“ dargestellt wird. Er beschreibt, dass nachdem die Spezialisierung in der Medizin nach dem Zweiten Weltkrieg immer weiter um sich griff, gleichzeitig auch der Bedarf für eine neue Art des „Generalisten“ wuchs. Statt die Menge der undifferenzierten Ärzte darzustellen, die sich hauptsächlich durch die fehlende Spezialisierung definierten, gab es nun einen gut differenzierten Aufgabenbereich, der ein ganz bestimmtes Können und Wissen verlangte. In diesem Kontext ist auch die geniale Arbeit von Prof. Braun einzuordnen.

**Gustav Kamensky:** Ganz genau. Braun ging es um die Frage, was das Spezifikum der allgemeinärztlichen Tätigkeit sei. Um diese Frage wissenschaftlich anzugehen, war es notwendig die Gesamtheit aller Gesundheitsstörungen, die an die Allgemeinmedizin herangetragen werden, nomenklatorisch zu definieren, um sie in Fälle-Statistiken erfassen zu können. Für ihn war die Summe aller Gesundheitsstörungen

der Gegenstand seiner Forschung und die Statistik das Instrument für seine Sektion bis zu den kleinsten, in der Allgemeinpraxis noch sinnvoll unterscheidbaren, Einheiten. Durch diesen streng analytischen Prozess musste er den Diagnosebegriff, der selbstverständlich auch für die spezialistischen Fächer Gültigkeit haben muss, einer kritischen Überprüfung unterziehen. Das hatte vor ihm noch niemand, weder im spezialistischen noch im allgemeinärztlichen Bereich, in dieser Schärfe gemacht. Seine Kritik an der unkritischen Verwendung des Diagnosebegriffes hätte auch im spezialistischen Bereich zur Überprüfung seines Gebrauches führen müssen. Eine direkte argumentative Reaktion blieb jedoch größtenteils aus. Wie war es möglich, dass ein Angehöriger der untersten Kaste, ein Omegatier in der ärztlichen Hackordnung, es wagte den Diagnosebegriff der gesamten Medizin einer kritischen Analyse zu unterziehen? Meines Erachtens war gar nicht so sehr das hierarchische Gehabe der Spezialisten das Hauptproblem, sondern das Ignorieren und Totschweigen, das jetzt schon seit Jahrzehnten Tradition hat und sich als sehr effizient zur Unterdrückung jedes Diskussionsprozesses erwiesen hat.



**Waltraud Fink:** Vielleicht sind es gerade die Fakten, die Zahlen, die denen Angst machten, die das Sagen hatten und noch haben in der Hierarchie. Wenn Braun beispielsweise beweist, dass die Masse der Gesundheitsstörungen von der Allgemeinmedizin allein versorgt wird, wenn er verlangt, dass der Facharzt dem Allgemeinpraktiker „dienlich“ sei bei der Diagnostik, und dass es um Teamwork mit den Spezialisten gehe. Eine gemeinsame Arbeit titulierte er beispielsweise: „Modern teamwork among doctors regarding the early diagnosis of cancer“ (Fink WV, Braun RN. in Family Practice 1998; 15,4:388 (Abstr. 22)

Aber indem er auch den Mythos des guten Hausarztes in gewisser Weise „entzauberte“, schuf er sich in den eigenen Reihen nicht nur Freunde.

**Dietmar Kleinbichler:** Mir scheint diesbezüglich der deutschsprachige Raum schon ein Spezifikum zu sein. In Ländern wie Holland, UK, Canada, USA wurden zwischen 1950 und 1960 die postgraduellen Ausbildungsprogramme entwickelt und die Lehrstühle für Allgemeinmedizin errichtet. Zu diesem akademischen Fach gehört neben dem Wissen bzw. der Lehre auch eine Forschungsagenda. Bezeichnend für ein medizinisches Fach ist, dass bestimmte Forschungsfragen nur innerhalb dieser Disziplin beantwortet werden können.





In Österreich fehlt das bis heute. Da braucht man erst gar nichts totschweigen. Brauns wissenschaftlichen Perlen landeten dadurch in einem akademischen Vakuum. Sicher hatte die damals bzw. hat die gegenwärtige hierarchische Struktur wenig Interesse an der Etablierung dieses Fachs. Selbstkritisch sage ich aber auch, dass wir, die wir in diesem Bereich der Medizin täglich arbeiten, diese spezielle Ausbildung in dem Fach Allgemeinmedizin nicht konsequent und laut genug einfordern.

**Waltraud Fink:** Lasst mich hier noch etwas Anekdotisches beisteuern. Ich habe auf einer internationalen Allgemeinärzte-Forscher-Tagung den britischen GP-researcher Douglas Fleming getroffen, der Braun von den Erzählungen seiner älteren Kollegen kennengelernt hat. Der Eindruck, den er gewonnen hatte: „He was a very autocratic man.“ Als ich dann Braun darauf ansprach, war seine erste Reaktion, dass er zum Lexikon griff und nachschaute, was unter „autokratisch“ zu verstehen wäre. Nein, das treffe doch alles nicht zu, meinte er. Er habe in der Allgemeinmedizin-Wissenschaft nie etwas behauptet, was er nicht vorher hieb- und stichfest geprüft hatte. War er zu Beginn seiner Praxistätigkeit vielleicht wirklich noch so selbstherrlich zu glauben, er würde es auf jeden Fall besser machen als sein Vater (Prakt. Arzt in Wien), stellte er sehr bald sein eigenes Tun in Frage. Wiederholt sagte er, dass er sich selbst der schärfste Kritiker sei.

**Christian Euler:** Prof. Braun hinterfragt schonungslos die Verherrlichung des Hausarztes. Zum Beispiel in seiner Arbeit über die Bedeutung persönlicher, jahrelanger Kenntnis des Patienten für das konkrete Beratungsgespräch ... oder auch mit seinem Selbstversuch über die Verlässlichkeit großer Routine gegenüber einem strukturierten Vorgehen bei der Untersuchung eines Patienten. Kurz: er fordert strenge Selbstkontrolle und erteilt der Intuition, dem diagnostischen Blick, dem Glauben an die Qualität der eigenen Routine eine wissenschaftlich fundierte Absage. So attackiert er alle Selbstzufriedenen.

**Gustav Kamensky:** Ganz wichtig ist es aber immer wieder festzuhalten - hier wird Prof. Braun leider sehr missverstanden - dass in der allgemeinärztlichen Tätigkeit genügend Raum für Intuition bleibt, nur sollte man diese nicht zur einzigen Maxime seines Handelns machen. Ganz sicher hinterfragt Braun viele unkritisch übernommene Vorstellungen und Meinungen über die wesentlichen Elemente allgemeinmedizinischer und hausärztlicher Tätigkeit. Er stritt nicht ab, dass die langjährige Kenntnis des Patienten im diagnostischen Prozess hilfreich sein konnte, was er ablehnte war die Ansicht, dass nur ein Arzt, der den Patienten seit vielen Jahren kennt, ein guter Allgemeinarzt sein konnte.

Wäre es so, dann könnte die Allgemeinmedizin kein universitäres Fach gleichwertig allen anderen Fächern sein, sondern könnte nur im Lehrer-Schülerverhältnis (wie ein Handwerk) gelehrt werden. Er bewies durch seine Forschungen und selbstkritischen Versuche, dass ein strukturiertes und - durch ein fakultativ in etwa 10 % der Beratungen notwendiges - diagnostisches Programm die Qualität dieser Beratung an der ersten ärztlichen Linie enorm erhöht und damit auch die Patientensicherheit verbessern kann. Prof. Braun betonte immer wieder, dass die Verwendung der programmierten Diagnostik dem Arzt helfen sollte, auf wichtige Fragen nicht zu vergessen und erforderliche Untersuchungen nicht zu unterlassen. Dadurch sollte auch der Jungarzt, die Jungärztin, schon von Anfang an in der Lage sein, auf höchstem Niveau zu arbeiten und eine hohe Qualität allgemeinärztlichen Handelns nicht erst nach vielen Jahren und manch schmerzlicher Erfahrung erlangen.

**Waltraud Fink:** Braun war sich selbst gegenüber schonungslos kritisch und verlangte das von den anderen auch. Er bemühte sich besser zu arbeiten zum Wohl der Patienten und er glaubte, alle anderen würden ihm da folgen. Andere haben aber - mangels einer richtigen Allgemeinmedizin-Ausbildung - ihre eigene Arbeitsphilosophie aufgebaut. Sie



meinen auf ihre Art, den Patienten genauso gut helfen zu können, sei es mit besonderer empathischer Zuwendung, im Sinne der bio-psycho-sozialen Betreuung, mit alternativen Heilmethoden, etc.

Kein Wunder, dass sich diese Kollegen brüskiert fühlen, wenn Braun nüchtern sagt, das alles sei schlichtweg nicht so wichtig, denn primär gehe es darum, einen Abwendbar gefährlichen Verlauf nicht zu übersehen und das geschehe eben am besten mit der Verwendung der Diagnostischen Programme, wo es angezeigt ist.

**Dietmar Kleinbichler:** Eine ärztliche Haltung, in der man sich ohne fundierten, theoretischen Hintergrund nur auf seine Erfahrung verlässt ist immer zu hinterfragen. Zumindest „Erfahrung“ in der Medizin auch folgend definiert werden kann: „To make the same mistakes with more and more confidence“.

Braun bietet mit seinen wissenschaftlich bearbeiteten Problemlösungen, wie z. B. die Diagnostischen Programme, fachspezifisches Wissen in der Allgemeinmedizin an. Die Qualität der ärztlichen Arbeit lässt sich damit verbessern zum Wohl der Patienten. Wenn es aber anscheinend nicht im Kontext einer Fachausbildung gelehrt wird, hat es wenig Chancen wahrgenommen und verwendet zu werden.

**Waltraud Fink:** Das ist auch meine Erfahrung: Mangels einer universitären Verankerung der Allgemeinmedizin konnte Robert Braun nur eine Minorität von Jungmedizinerinnen in wöchentlichen Vorlesungen, unterstützt dazumal von der Ärztekammer und von den Krankenkassen, am NÖ Institut für Allgemeinmedizin in einer Art Lehrpraxis unterrichten. Bei diesen an die 200 Kollegen und Kolleginnen mit ihren Partnern, allesamt noch nicht etablierte Ärzte, gab es kaum Akzeptanzprobleme. Aber Du hast Recht, bei den Selbstzufriedenen, die ihr Tun nicht hinterfragen, bei denen musste er abprallen.

**Christian Euler:** Neben dem Inhalt ist auch die Sprache Prof. Brauns von gewöhnungsbedürftiger Klarheit. Waltraud ließ mich einen Brief lesen, in dem Braun die „Strenge der logischen Reinheit“ des Philosophen Ludwig Wittgenstein bewundert, „in der zwischen den Wahrheitswerten wahr und falsch keine Zwischenstufen gestattet“ sind. Diese Strenge findet Robert Braun auch in seinen berufstheoretischen Begriffen und ist damit zufrieden. Schadet diese kompromisslose Klarheit der Publikationen einer breiten Akzeptanz?

**Waltraud Fink:** Die Logik, im ganz gewöhnlichen Sinn, war wirklich die Grundlage von Brauns Berufstheorie. Wenn er mit jemandem Kon-



takt hatte, den er für fähig hielt, seine Arbeit zu verstehen, sagte er oft: „Der kann logisch denken“. Er spielte sogar seine eigenen Forschungsergebnisse und Erkenntnisse herunter, wenn er meinte, das seien nur logische Überlegungen. Aber dass er überhaupt draufgekommen war, dass es in der Angewandten Medizin etwas zu Erforschen gibt, dass das eine Terra incognita ist (wie er sich immer ausdrückte), das machte ihn schon stolz.

**Gustav Kamensky:** Das Hauptproblem der Akzeptanz der Braunschens Berufstheorie liegt darin, dass sich die meisten Ärzte nicht wirklich damit auseinandergesetzt haben und der Meinung sind, darauf verzichten zu können. Die „Strenge der logischen Reinheit“, die Braun an Wittgenstein bewundert, bezieht sich in der Berufstheorie im Wesentlichen auf den Diagnosebegriff. Hier lässt Braun keinen Kompromiss zu, nicht etwa weil es ihm um einen Justament-Standpunkt oder um Haarspalterei geht, sondern weil er in seiner Lehre unzählige Male auf die gefährlichen Folgen einer Aufweichung des Diagnosebegriffs hingewiesen hat.

**Waltraud Fink:** Braun ging es nie um ein Rechthaben in einem Machtkampf, es ging ihm um Wissenschaftlichkeit und um die Patienten. Da allerdings konnte er wirklich keine Kompromisse. Er hatte eben die Vision von den vermeidbaren Fehlern von allgemeinärztlich Tätigen: Es könnten mit einer guten allgemeinärztlichen Ausbildung so-und-so-viele Patienten weniger zu Schaden kommen, weil sie problemorientiert (machbar!) ordentlich untersucht werden, weil keine vorschnellen Diagnosen gestellt werden, weil die Kranken engmaschig wiederbestellt werden etc.

Und da sah er sich in der gleichen Linie kämpfend wie Ignaz Semmelweis, der ja bekanntlich daran zerbrach, dass er vorausgesehen hatte, wie viele Mütter vor dem Tod bewahrt werden könnten, wenn die Ärzte sich entsprechend seinen Forschungsergebnissen verhielten, und trotzdem von den Etablierten nicht ernst genommen wurde.

**Dietmar Kleinbichler:** Ich denke (Waltraud wird mir wahrscheinlich widersprechen) Prof. Braun fehlten hier entsprechende vergleichende Praxisstudien, die für ihn als einzelnen Forscher auch sehr schwer durchzuführen waren.

**Waltraud Fink:** Da widerspreche ich keineswegs, denn die fehlten ihm wirklich. Deshalb verglich er zunächst seine eigenen unterschiedlichen Praxen und für den Beweis des Fälleverteilungsgesetzes 1955 dann auch die britischen Morbiditätsdaten mit den seinen. Braun brannte immer darauf, seine Ergebnisse mit denen aus anderen Praxen zu vergleichen. Er setzte auf laufende Erhebungen in sogenannten „Außenfühler“-Praxen. Aber nur ganz wenige ließen sich auf seine neue, strenge Methodik ein.

**Dietmar Kleinbichler:** Termini wie „logische Reinheit, Strenge in der Berufstheorie, kompromisslose Klarheit“ haben sicher ihren Platz, viel wesentlicher ist aber die Antwort auf die Frage: Was bringen sie wirklich? Untersuchungen mit Verwendung entsprechender Outcome-Parameter in einem Praxisnetzwerk würden mehr Klarheit schaffen, denn Arbeiten einzelner haben oft Probleme mit der Generalisierbarkeit. Es wäre auch viel schwerer solche Ergebnisse zu ignorieren.

**Gustav Kamensky:** Wittgenstein sagte einmal: „Wenn du wissen willst, was ein mathematischer Satz sagt, schau, was sein Beweis ist.“ Wenn wir wissen wollen, was die Berufstheorie aussagt, dann müssen wir Brauns Werk studieren, daran führt kein Weg vorbei. Die kompromisslose Klarheit seiner Publikationen schadet sicher nicht einer breiten Akzeptanz, vielmehr ist es die kompromisslose Ignoranz und das Totschweigen seines Werkes in Lehre und Forschung, zum Nachteil der Allgemeinmedizin. Braun betonte immer wieder, und ich habe die Aussage oft belächelt, dass es wohl 300 Jahre dauern wird, bis die medizinische Wissenschaft



die Tragweite und Bedeutung seiner Forschung erkennen wird. Wie es zur Zeit aussieht, könnte er damit Recht haben. Vielleicht ist es aber hilfreich nochmals auf Wittgenstein zu hören, wenn dieser rät, dass uns der Beweis nicht zwingen, sondern führen soll.

**Waltraud Fink:** Bei Brauns Publikationen muss man bedenken, dass sie zu einer Zeit geschrieben wurden, wo man noch nicht so einen strengen „Kodex“ für Publikationen hatte. Er konnte also schreiben, wie es ihm beliebte. Interessantes, Neues wurde gedruckt. Manches liest sich heute vielleicht altmodisch, aber ist das nicht auch bei Klassikern aus ganz anderen Gebieten der Fall? Ein Manko ist, dass die Arbeiten zu geschätzte 90 Prozent nur auf Deutsch erschienen sind, und nur zwei Bücher ins Französische und Polnische übersetzt wurden, bzw. überhaupt nur eins ins Englische. Als man begann die Allgemeinmedizin auch hier in Mitteleuropa an den Universitäten zu institutionalisieren, in den Siebziger, Achtziger Jahren, da schaute man nur in die englischsprachigen Länder. Braun war sich zwar klar, dass die Allgemeinmedizin auf die Universität gehört, aber er selbst setzte dem jungen Fach einen sehr hohen wissenschaftlichen Maßstab an, hinsichtlich der Eignung zum Hochschulgang. Außerdem, man weiß ja, wie es einem Prophet im eigenen (deutschsprachigen) Land geht.

**Dietmar Kleinbichler:** Eine wissenschaftliche Allgemeinmedizin, die auf Prof. Brauns Arbeit aufbaut, sie weiterführt, die Ergebnisse in die täglich Praxisarbeit integriert und den jungen Kollegen, die sich für das Fach interessieren in einer postgraduellen Ausbildung lehrt, kann auch in Österreich diese neue, von den Patienten längst eingeforderte Art des „Generalisten“ schaffen.

**Gustav Kamensky:** Da hast Du wohl Recht. Professor Braun hat in seinem wissenschaftlichen Lebenswerk mehr als einen Beweis für die Gültigkeit der Berufstheorie geliefert, kein einziges seiner Argumente wurde jemals sachlich widerlegt, warum also sollte die von ihm entwickelte Berufstheorie nicht nutzbringend in die Ausbildung von StudentInnen und AllgemeinärztInnen integriert werden?

**Christian Euler:** *Es bleibt mir nur mehr Euch für Eure Beiträge der letzten Monate zu danken. Besonders danke ich Waltraud, die darüber hinaus für unsere Homepage [www.hausaerzteverband.at](http://www.hausaerzteverband.at) ein Verzeichnis von Originalzitate angelegt hat, in dem jede Leserin, jeder Leser Textstellen findet, die ihn weiter in die Lehre Robert Brauns einführen sollen, bis hin zu den Lehrbüchern, die auch auf der Homepage aufgelistet sind. Vielen Dank dafür.*

# Streitbeilegung im Kassenvertragsrecht

## Teil 6: Gemeinsame Verfahrensbestimmungen

von Markus Lechner

**D**ie ASVG-Schiedskommissionen sind als Verwaltungsbehörden einzustufen. Sie haben das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz (AVG) anzuwenden, erlassen Bescheide, und sind unstrittig (gerade) nicht als ordentliche Gerichte konzipiert.

Die Geschäfte der Paritätischen Schiedskommissionen, der Landesberufungskommissionen und der Landesschiedskommissionen sind jährlich abwechselnd von den örtlich in Betracht kommenden Länderärztekammern und den örtlich zuständigen Gebietskrankenkassen zu führen. In Jahren mit gerader Jahreszahl führen die Ärztekammern die Geschäfte, in Jahren mit ungerader Jahreszahl die Gebietskrankenkassen.

Die Paritätischen Schiedskommissionen, die Landesberufungskommissionen und die Landesschiedskommissionen haben ihren Sitz in den jeweiligen Landeshauptstädten, in Vorarlberg jedoch in Dornbirn. Solange die Ärztekammer für Niederösterreich ihren Sitz in Wien hat, befindet sich auch der Sitz der obgenannten ASVG-Schiedskommissionen in Wien, wenn die Ärztekammer für Niederösterreich als Geschäftsstelle fungiert.

Die Verfahren zumindest vor den Landesberufungskommission und der Bundesschiedskommission haben öffentlich und mündlich zu erfolgen.

Nach § 110 ASVG sind sämtliche Verfahren vor den ASVG-Schiedsinstanzen gebührenfrei. Dasselbe gilt auch für das Verfahren vor dem Verfassungsgerichtshof.

In keinem der Verfahren vor den ASVG-Schiedsinstanzen gilt Anwaltszwang. Jede Verfahrenspartei kann sich daher selbst vertreten, wenngleich eine Vertretung durch Rechtsanwälte auf Grund der Komplexität der Rechtsmaterie zumindest auf Seiten des Vertragserztes geboten erscheint (und natürlich auch möglich ist).

Einzig Ausnahme bildet das Verfahren vor dem Verfassungsgerichtshof: Eine Beschwerde an dieses Höchstgericht muss von einem Rechtsanwalt unterschrieben sein.

In den Verfahren vor den ASVG-Schiedsinstanzen gebührt kein Kostenersatz. Jede Partei hat daher die anfallenden Kosten, insbesondere Rechtsvertretungskosten, endgültig selbst zu tragen. Ein Kostenersatz wie z. B. in gerichtlichen Verfahren, wo derjenige, der das Verfahren verliert, sämtliche, also auch die gegnerischen Kosten zu tragen hat, existiert nicht. Diese Situation ist unbefriedigend: Der Vertragsarzt wird zumeist einen Rechtsanwalt beizuziehen haben, weil er als Laie die rechtliche Bedeutung der Verfahren, den Verfahrensablauf etc nicht entsprechend einzuschätzen vermag. Sozialversicherungsträger auf der anderen Seite beschäftigen Juristen, die im Vertragspartnerrecht versiert sind und die solche Verfahren durchaus ohne Beiziehung eines Rechtsanwaltes zu führen im Stande sind. Der – wirtschaftlich von den Sozialversicherungsträgern zudem abhängige Vertragsarzt – wird so gezwungen, Verfahrenskostenrisiken seinen Überlegungen, ob und wie Verfahren zu führen sind, zu Grunde zu legen.



Mag. Markus Lechner

Dies gilt jedoch nicht gleichermaßen für Sozialversicherungsträger, die sich kostenaufwändige Verfahren durchaus leisten können.

Kostenersatz gebührt dem Vertragsarzt nur im Verfahren vor dem Verfassungsgerichtshof, wenn der Vertragsarzt obsiegt.

Die Kosten der Verfahren vor den ASVG-Schiedsinstanzen tragen nach § 347 Abs. 7 ASVG je zur Hälfte die in Betracht kommende gesetzliche Interessensvertretung, sohin im Regelfall die jeweils zuständige Länderärztekammer bzw. die Österreichische Ärztekammer, sowie der beteiligte Krankenversicherungsträger bzw. der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger. Diese Kostentragungsregel gilt wohl insbesondere auch für die Gebühren für beizuziehende Sachverständige.

Mag. Markus Lechner, Rechtsanwalt, Ärztanwalt der Ärztekammer für NÖ, 6911 Lochau, Althaus 10, 0664/1534383, [lechnermarkus@aon.at](mailto:lechnermarkus@aon.at)