

Brief des Präsidenten

Geschätzte Kolleginnen, geschätzte Kollegen!

Konrad Bayer, prominentes Mitglied der „Wiener Gruppe“ erklärte 1958 in einem holprigen Reim in vulgärer Sprache das Absetzen von Harn und Stuhl zu „Kunsten“, agitierte damit provokant gegen den elitären Kunstbegriff und löste einen gehörigen Skandal aus. Heute sind seine Aktionen fester Bestandteil nicht nur der österreichischen Kunstgeschichte.

Über die Künste

Kunst darf provozieren und ob sie dem einen oder der anderen ein Ärgernis ist, sagt über ihre Qualität nichts aus. Offensichtlich vermag auch der Begriff „Heilkunst“ aggressive Reflexe auszulösen. Dass er dem Patientenanwalt Hofrat Bachinger ein Unwort ist wissen wir seit Jahren, dass Minister Stöger darunter das Gegenteil von Wissenschaft versteht, deponierte er in seinem Eröffnungsgruß zum Salzburger Forum Medizin 21. im Februar 2010 und dass sich ein Herr aus dem Telekom-Marketing auf ELGA freut, weil sie „endlich den Künstlern das Handwerk legen“ wird durften wir aus seiner e-mail- Wortmeldung erfahren.

Ist uns die Kunst so fremd geworden, halten wir sie für ein Konsumgut auf das man auch verzichten kann? Ars vivendi, ars amatoria, die Kunst das Leben zu gestalten, die Kunst zu lieben, ja sogar ars moreundi, die Kunst des Sterbens empfanden die Menschen seit Jahrhunderten als Herausforderung ihre Existenz durch das besondere persönliche Bemühen zur eigenen und fremdem Erbauung zu veredeln.

Kunst beginnt bereits dort, wo das Notwendige endet. Jede Bereitschaft im Alltäglichen besondere Akzente zu setzen ist Kunst. Es werden in den seltensten Fällen tausende Menschen davon berührt und gestärkt, aber in Summe macht es die Qualität unseres Lebens aus. Jeder, der von seiner Aufgabe beseelt ist, wird sie mit dem Eifer eines Künstlers ausführen, jede die sich mit Leib und Seele einem Problem stellt ist Künstlerin.

Wer kann darin eine Gefahr sehen, wer eine Bedrohung statt einer Bereicherung?

Evidenz basierte Medizin

David Sackett, der Begründer der Evidenz basierten Medizin, dem Kampfwort aller ahnungslosen Ärzteskeptiker, stellt der bestmöglichen Evidenz die Bewertung durch den Patienten und die klinische Erfahrung des Arztes gleichwertig zur Seite.

Gerade die Allgemeinmedizinerin, der Allgemeinmediziner können in der Mehrzahl ihrer Behandlungsentscheidungen auf keine ausreichende Evidenz zurückgreifen. Im Dialog mit der Patientin, dem Patienten wird auf dem Boden der vorhandenen persönlichen Erfahrung der diagnostische und therapeutische Weg markiert. Die bemühte Anwendung der vorhandenen Evidenzen auf das Hilfe suchende Individuum ist Heilkunst. Sie steht nicht zur Disposition.

Kein Patientenanwalt, kein Gesundheitsökonom und kein Politiker hat darauf Einfluss, sie alle berühren unsere Kunst nur sehr marginal. Es ist nicht zu unterschätzen, dass sie mit ihren bürokratischen Rahmenbedingungen ein kunstfeindliches Klima schaffen, es ist eine Belastung, dass sie durch ihre Geringschätzung der zwischenmenschlichen Dynamik unsere Motivation und Schaffenskraft schwächen.

Aber die Heilkunst an sich bleibt von ihren Aktivitäten unerreich. Sie ist es, die unserem Arbeitsalltag Sinn gibt, sie ist es, die sich auf unsere Patienten heilsam auswirkt. Durch sie wird die Vertragspartnernummer zum Arzt und die Sozialversicherungsnummer zum Menschen.

Wir sollten keine Energie verschwenden jenen unsere Heilkunst zu erklären, die in ihrer standardisierten evaluierten und



Dr. Christian Euler

ausnahmslos dokumentierten Welt dem burn out entgegenjagen, sie werden schon bald danach lechzen.

Die Erkenntnis, dass ein und dieselbe Diagnose bei zwei verschiedenen Menschen gänzlich unterschiedliche Patientenkarrerien hervorbringen kann, die Erkenntnis, dass nicht nur das Arzneimittel wirkt sondern auch der Umstand wer es wem wie gibt sind wissenschaftliche Errungenschaften von Weltgeltung. Unseren Gesundheitsreformern gelten sie nichts. e-health, was immer das sein soll, beleuchtet mit seiner glänzenden Fassade den Weg zurück ins frühe vorige Jahrhundert, der elektronische Fortschritt als kultureller Rückschritt.

„Reagieren Sie doch nicht so emotional“ hören wir oft, wenn uns Bürokraten ihre Daten basierten Entscheidungen präsentieren. Solange wir Emotionen haben lebt die Heilkunst, so lange die Heilkunst lebt, werden Kranke behandelt. Ohne Heilkunst werden Krankheiten verwaltet.

Dabei könnten wir alle Künstler sein. Glauben wir Konrad Bayer so sind wir alle Künstler. Es braucht dazu nur einen funktionierenden Stoffwechsel.

Christian Euler

Sehr geehrte Redaktion!

Unter den zahlreichen Publikationen, die ich täglich in die Praxis bekomme, ist der "Hausarzt" eine Augen- und Gedankenweide. Besonders gerne lese ich die klugen, warmherzigen Kommentare von Dr. Euler und Dr. Pözlbauer. Auch das Interview, das Dr. Euler mit Dr. Johann Loibner führte, hat mich sehr beeindruckt, durch die offene Grundhaltung, die bei den Interviewpartnern spürbar wurde. Vielen Dank an die Kollegen, ich weiß, was es heißt, regelmäßig Zeitung zu machen.

Mit freundlichen, wirklich kollegialen Grüßen, **Dr. Susanne Stoeckl-Gibs**

Sozialabbau

von Christian Euler

Am 13. April fand im Radiokultur-Cafe der erste Abend einer kritischen Trilogie zur Gesundheitsreform statt. In deren Rahmen möchte der Österreichische Hausärzteverband auf vernachlässigte Aspekte unseres Gesundheitswesens aufmerksam machen.

Mit MR Dr. Hans Joachim Fuchs stellte der ÖHV einen Moderator von höchster Kompetenz. Seit Jahren ist es für den Wiener Allgemeinmediziner eine Selbstverständlichkeit, gegen bürokratische Schikanen, Willkür und Unverständnis aufzutreten, wenn er diese als gesundheitsgefährdendes Agens seiner Patienten erkannt hat. Der Hausarzt als Sozialarbeiter hat in Dr. Fuchs seine Verkörperung.

Unter solchen Voraussetzungen konnte das Gespräch mit den Herren **Martin Rümmele** (Journalist für Gesundheitsöko-



Fotos: © fotofienst/Anna Raudenberger

Martin Rümmele

nomie, WirtschaftsBlatt) und **Mag. Martin Schenk** (Sozialexperte der Diakonie) nur gelingen. Aus dem Mund des bekanntermaßen ärztekritischen Journalisten Rümmele bekamen einige Aussagen besonderes Gewicht:

- Das Finanzierungsproblem des Gesundheitssystems ist nicht durch Kostensteigerung verursacht, der prozentuelle Anteil am Bruttoinlandsprodukt ist seit mehr als einem Jahrzehnt stabil, ein Einnahmenproblem verursacht den Geldmangel.
- Die Wirtschaftskrise, die gestiegenen Arbeitslosenzahlen, die zunehmende Zahl der Niedrigstlohnbeschäftigten mindert die an Erwerbseinkommen gebundenen Beitragszahlungen an die Sozialversiche-



MR Dr. Hans Joachim Fuchs

rung. Eben diese angespannte Situation der Arbeitswelt bringt den Menschen Sorgen, Arbeitslosigkeit, Depression. Die Zahl der Hilfsbedürftigen steigt.

- Es gibt keine Unfinanzierbarkeit des Gesundheitssystems, es gibt nur den politischen Willen einer gerechten und sozial verträglichen Problemlösung. Sanierungsstrategien der Wirtschaft, so Martin Rümmele, garantieren keinen Erfolg, sonst dürfen Wirtschaftsbetriebe nie in Konkurs gehen.
- Die maßlosen Ausgaben im stationären Bereich, Beispiel: Spitalsneubauten in Niederösterreich, bereiten den Boden für die Übernahme von Krankenhäusern durch private Betreiber auf. Die Länder und Gemeinden werden solche Konzerne als Retter aus größter finanzieller Not begrüßen.

Bei prinzipiell guter und flächendeckender medizinischer Versorgung nimmt die Zahl der in Österreich lebenden nicht kranken-



Mag. Martin Schenk

versicherten Menschen zu. Mag. Schenk berichtete aus einer Betreuungseinrichtung der Diakonie. Die Chance mit der e-card auch einen sozialen Akzent zu setzen wurde bisher nicht genutzt. So haben Sozialhilfeempfänger nach wie vor keine Versicherungskarte und werden an jeder Anmeldung medizinischer Einrichtungen stigmatisiert.

Es ist weniger die Not, die durch solche politischen Entscheidungen verursacht wird, sondern vielmehr die vorsätzliche Beschämung von Menschen. Viele Nichtversicherte kämpfen gegen den totalen sozialen Absturz und zahlen durch finanzielle Not zur Entscheidung gezwungen, lieber ihre Miete, als den Sozialversicherungsbeitrag.

Die rigorose Vorgabe der Sozialversicherung, vor jeder Behandlung den Versicherungsschutz der Patientin, des Patienten zu prüfen und die Trägheit der Kommunikation zwischen Arbeitsmarktservice und Krankenkasse trifft die sozial Schwachen mit voller Wucht.

Nach dem Verlust des Arbeitsplatzes, also während krisenhafter Tage, weist die e-card keinen Versicherungsschutz aus. Es bleibt der sozialen Kompetenz der Hausärzteschaft überlassen, bei der Problemlösung behilflich und somit für den Patienten heilsam zu sein.

Gerade diese HausärztInnenenschaft aber steht vor massiver Dezimierung. Die Hälfte aller niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner sind älter als 55 Jahre. Im kommenden Jahrzehnt halbiert sich deren Zahl. Die nachrückende Ärztinnen- und Ärztegeneration sieht sich zum Großteil nicht in der Lage, eine allgemeinmedizinische Praxis zu übernehmen. Die Jungärzte fühlen sich nach Studium und Turnus nicht ausreichend ausgebildet.

Unseren nächsten Protestabend am 11. Mai moderiert ein ausgesuchter Fachmann zu diesem Thema. Dr. Michael Wendler aus Graz, Lehrpraxisleiter aus Leidenschaft, begrüßt im Namen des Hausärzteverbandes Frau Doz. Claudia Wild und die neue Vizepräsidentin der ÖGAM Frau Dr. Susanne Rabady zum Thema: Medizinische Erkenntnisse - erforscht oder erkaufte.

„Auf dem Holzweg in die Sackgasse“ behandelt Themen, die uns auch emotional sehr berühren.

Der Österreichische Hausärzterverband (ÖHV)

von Hellmut Wutzl

Der Österreichische Hausärzterverband wurde 1984 in Wien auf Initiative Dr. Werner Peter Zapotoczky gegründet. Die Bundeshauptstadt war immer schon durch die höchste Ärztedichte Österreichs charakterisiert und die Praktischen Ärzte, wie die ÄrztInnen für Allgemeinmedizin damals hießen, fühlten sich von der Übermacht der FachärztInnen erdrückt.

1975 führte die untragbare Situation der Wiener Praktiker zur Gründung der AWA (Arbeitsgemeinschaft Wiener Allgemeinpraktiker). Deren Gründungsmitglieder, Dres. Kratz, Schreil, Hayr, Polke, Tönies, Tutsch und Wutzl, zu denen ein Jahr später noch Dres. Egger, Nitsch-Fitz† und Jens hinzukamen, hatten sich zum Ziel gesetzt, die Allgemeinmedizin als eigenständige Berufsgruppe neben den FachärztInnen zu etablieren. Dazu waren Voraussetzungen zu erfüllen:

Eine eigenständige Fortbildung

Die Fortbildung wurde statt berühmten Professoren praxiserfahrenen OberärztInnen übertragen, die Themen wurden nach ihrer Praxisbezogenheit ausgesucht und ausschließlich von HausärztInnen moderiert. Sehr bald waren die Matineen im Palais Schwarzenberg berühmt und der Rahmen zu klein. Die Folge waren die Pflingstkongresse in Bad Ischl, dann in St. Wolfgang, zuletzt in Bad Gleichenberg.

Ein Medium, das möglichst alle niedergelassenen KassenallgemeinmedizinerInnen erreichen sollte.

Die Zeitschrift PRO-MED war das erste Sprachrohr des Verbandes, es folgte Dr. MED, später umbenannt in Forum Dr.

Med., ein Österreich weit erscheinendes Medium für PraktikerInnen. Parallel dazu wurden die PatientInnen mit einer Wartezimmerzeitung namens „Der Nächste bitte“ angesprochen. Eine bis heute vorbildliche Medienpräsenz.

Als im Orwellschen Jahr 1984 die AWA an den unüberbrückbaren Auffassungsunterschieden ihrer Gründungsmitglieder zerbrach, war der ÖHV deren logischer Nachfolger. Diesen gab es zunächst nur in Wien.

1990 wurde der Niederösterreichische Hausärzterverband (NÖHV) unter unerwarteter hoher Beteiligung der frei praktizierenden ÄrztInnen gegründet. Anlass war das Splitting der Laborpunkte, der Anfang einer unheilvollen Honorarpolitik. Erster Präsident des NÖHV war Dr. Wolfgang Gasser.

In der Folge kam es zur Gründung der Landesgruppen in Tirol, der Steiermark, dem Burgenland und in Oberösterreich. Letztere konnte unter ihrem Präsidenten Dr. Helmut Heiter gleich bei ihrem ersten Antreten bei Kammerwahlen einen Achtungserfolg erringen.

Der Rechtsweg

Die Landesgruppen trafen sich regelmäßig zu bundesweiten Sitzungen. Erster Präsident des gesamtösterreichischen Hausärzterverbandes war Dr. Zapotoczky, ihm folgte Dr. Jens. Mit dem Tiroler DDr. Thaler als ÖHV Präsident wurde eine Schiene zu einem Innsbrucker Rechtsanwaltsbüro gelegt, die es vielen ÄrztInnen Österreichs erstmals ermöglichte, außerhalb des üblichen vertragspartnerlichen Procederes zu ihrem Recht zu kommen. Vorbild war der Prozess Dr. Gassers gegen die Bauernkrankenkasse, den dieser, vertreten durch



Dr. Hellmut Wutzl

Dr. Friedberg, erst nach langem für sich entscheiden konnte.

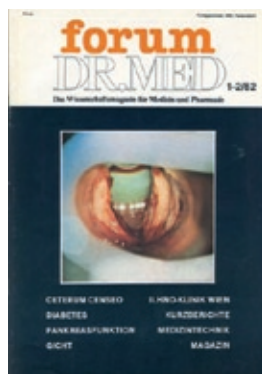
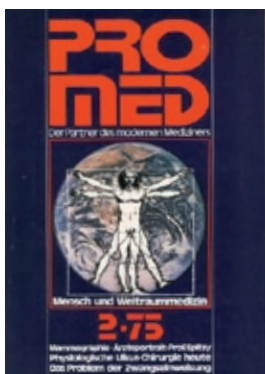
Mag. Markus Lechner, damals Partner der Innsbrucker Rechtsanwaltskanzlei, vertritt heute als Niederösterreichischer Ärzteamwalt Österreich weit die Interessen unserer Kolleginnen und Kollegen.

Eine Zeitung von AllgemeinmedizinerInnen für AllgemeinmedizinerInnen

1990 wurde die Zeitschrift **Hausarzt** bundesweites Sprachrohr des ÖHV, parallel dazu gab es etliche Jahre lang die Beilage „Arzthilfe“, die sich an unsere Ordinationsassistentinnen richtete. Zunächst herausgegeben vom Verlag Pachernegg, dann Krause & Pachernegg, später vom Medizinisch Pharmazeutischen Verlag, wurde die Zeitung zusammen mit den im ganzen Bundesgebiet erscheinenden Hausarzttelegrammen unsere wichtigste Informations- und Kommunikationsplattform.

Neue Herausforderungen

Der Österreichische Hausärzterverband versteht sich als bundesweiter Berufsverband der AllgemeinmedizinerInnen Österreichs.



Unter dem Druck der Ereignisse trat der Hausärzteverband bei Kammerwahlen an. 1993 erstmals und sehr erfolgreich in Wien und Niederösterreich, bis dann im Jahr 1999 in den Länderkammern von Wien, Niederösterreich, Oberösterreich und der Steiermark gewählte Funktionäre des ÖHV vertreten waren.

Die e-card, für viele ein Schritt in eine bessere Zukunft, sehen der **ÖHV** und sein derzeitiger **Präsident Dr. Euler** distanziert. Wo andere einem florierenden Gesundheitsmarkt als zukunftssträch-

tigem Szenario das Wort reden, sieht der Hausärzteverband dem Sozialabbau und Datenmissbrauch Tür und Tor geöffnet.

Rückblick

Als langjähriger Chefredakteur möchte ich vor allem auf das Jubiläumsjahr 2010 verweisen, das für den **Hausarzt** ein wesentlicher Schritt von einer bewegten Vergangenheit in eine für unseren Beruf alles andere als rosige Zukunft bedeutet!

Dr. Hellmut Wutzl

Kein Arztroman

Buchbesprechung von Peter Pözlbauer

Der ohnmächtige Arzt Hinter den Kulissen des Gesundheitssystems

Von Günther Loewit

208 Seiten, Haymon Verlag GesmbH, Originalausgabe, erschienen im April, ISBN 978-3-85218-824-9, Preis: € 9,95 / Sfr 17,90

Das Leben beginnt vor der Geburt - und die Planung auch. Wunschkinder, ohne Lust gezeugt, ohne Schmerzen geboren, sind die Prinzessinnen und Prinzen einer demokratischen Industriegesellschaft. Bewacht von einer Rechtsindustrie, die alle Gefahren aufzeigt und jeden Schaden klagt. Und wenn die ÄrztInnen auch keine Fehler gemacht haben sollten, haben sie mit Sicherheit mangelnde Aufklärungsarbeit geleistet. Auch außerhalb der Mutter bleibt das Leben beobachtet, kontrolliert, vermessen. Nie normal. Ein ganz normales Leben lang.

Einmal im Leben angelangt, gehört man verschiedenen Systemen an, etwa dem Gesundheitssystem. Die Frage ist, wie sich Gesundheit an sich definiert. Offenbar je nach Kontinent und Gesellschaft unterschiedlich. Damit wandeln sich die Systeme, bedürfen daher nach allgemeiner Meinung einer Reform. Aber das System ist längst Selbstzweck, eine Ersatzreligion, deren Hohepriester „Arzt oder Apotheker“ sind, auch wenn diese sich, zunächst hinter dem, dann auf dem Rücken der PatientInnen verbissen bekriegen. Ihre Tempel sind alles andere als Heiligtümer. Und weil jede Religion ihren Teufel hat, wurde den Krankheiten Wellness gegenübergestellt. In diesem allumfassenden System gibt es keine gesunden Menschen, sondern nur schlecht untersuchte.

Wer nicht gesund und schön ist, fällt der Reparaturmedizin anheim, ohne Alterslimit. Alles ist möglich. Der Lebensabend, die Zeit zwischen Berufs- und Lebensende, versinkt mehr und mehr in der Lebensnacht, der Zeit des Lebens ohne Bewusstsein, ohne Herrschaft über die eigenen Sinne.

Dr. Loewit beobachtet scharf und beschreibt genau, bleibt dabei aber immer einfühlsam. Gewinnt aber sofort an Schärfe, wenn er über die Machtverhältnisse im Gesundheitswesen schreibt. Dabei im Vordergrund steht natürlich dessen Verwaltung, die auf Betreiben der Kassen, auf Kosten der ÄrztInnen und angeblich zum Wohle der PatientInnen aufgebläht wird. Die Kosten explodieren, obwohl GesundheitsökonomInnen immer wieder ungefragt versichern, es handle sich um einen prosperierenden Markt. Sparen ist also angesagt. Bei wem? Bei den anderen! Hier gerät die Personalunion von Staatsbürger und Beitragszahler einerseits und Betroffener auf der anderen Seite in Konflikt: der einzelne Patient möchte auf keinen Fall, dass bei ihm gespart wird. Und wieder stehen die ÄrztInnen im Spannungsfeld des Konfliktes zwischen Patient und Kasse.

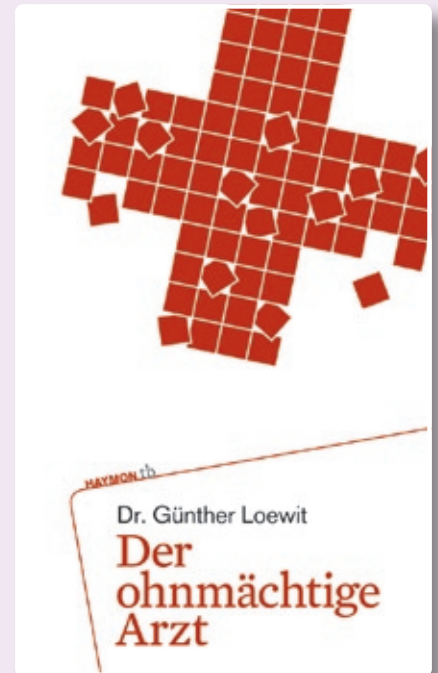
E-card und ELGA führen, wie Dr. Loewit als akribischer Chronist berichtet, schnurstracks zum gläsernen Patienten. Und hier droht die Gefahr, dass die Arzt-Patientenbeziehung ihre Anonymität verliert, was gleichbedeutend mit einem völligen Vertrauensverlust ist. In Zukunft wird das System sogar ohne lästigen Kontakt zwischen Arzt und Patient auskommen.

Dass es um die Sache der ÄrztInnen nicht allzu gut steht ist Dr. Loewit überzeugt und nennt auch die Gründe. Eine Länderkammer, in Kurien gespalten, die gegeneinander intrigieren statt gemeinsame Sache im Interesse aller ihrer Mitglieder zu machen, eine Österreichische Ärztekammer, die sich gegen einzelne Länderkammern stellt, ein ÖÄK-Präsident, der an der Eröffnung einer Apotheke, derentwegen zwei Hausapotheken schließen mussten auf dem flachen Land beiwohnt.

Wie menschliche Bedürfnisse wirtschaftlichen Interessen weichen müssen, wenn dies das öffentliche Interesse gebeut, beschreibt Dr. Loewit an diversen Beispielen. Etwa am gewinnorientierten Rettungswesen, das seine Hubschrauber in Bewegung halten muss, aber auch am wirtschaftlichen Interesse wissenschaftlich ausgerichteter Fachgesellschaften, die mit Konsensuspapieren und State-of-the-Art-Standards in Diagnose und Therapie praktizierender ÄrztInnen eingreifen, zu Lasten der ärztlichen Kunst. Dass diese ohnehin nur ein Grund für Patientenanwälte ist, ÄrztInnen Kunstfehler nachzuweisen und jegliche frei gestaltete Arzt-Patientenbeziehung durch bürokratische Richtlinien streng zu regeln, führt letztlich zu verunsicherten PatientInnen, die im Einzelfall aggressiv werden und allgemein zum Doctor-Hopping neigen.

Nach zwei Dritteln ist das etwa zweihundert Seiten starke Buch immer noch informativ und kurzweilig, wird sogar gegen das Ende geradezu fulminant. In weitem Bogen und mit farbigen Beispielen untermalt, werden unser Ordinationsalltag und damit verknüpfte Bereiche behandelt. Alle Themen, die uns täglich bewegen, werden angeschnitten. Klar und deutlich kommen die Aussagen.

Dr. Loewit wendet sich an eine breite Öffentlichkeit. Ob und wie er diese erreicht, bleibt abzuwarten. Aber jede Ärztin, jeder Arzt sollte sein Buch gelesen haben! Sie werden tiefe Einsicht, feinen Humor, aber auch Selbstwert und Würde darin finden.



Ist Kurienobmann Dr. Jäger für den Vulkanausbruch in Island verantwortlich?

von Christoph Reisner

Liest man die letzten Aussendungen und Artikel der Kurienführung der Niedergelassenen Ärzte in NÖ so könnte man den falschen Eindruck gewinnen, der Präsident der NÖ Ärztekammer hat alle Macht und ist daher für alle politischen Querschläge gegen die Ärzteschaft verantwortlich. Gleichzeitig wird transportiert, dass eben dieser Präsident genau bei eben allen für die Entscheidungsfindungen im Gesundheitswesen wichtigen Gremien kein Gehör fände.

Ich kann Sie liebe Leserin und lieber Leser beruhigen: Beides stimmt nicht. Ich bin zwar mitverantwortlich für die Kündigung des Diabetesprojektes im Herbst, geschehen durch eine Mehrheitsentscheidung im Vorstand. Das Projekt wurde nun zwischenzeitlich in einigen Punkten verbessert, Vorschläge aus der von mir ins Leben gerufenen Arbeitsgruppe wurden aufgenommen. Die Umsetzung erfolgt nun über die Kurie, das ist ein Erfolg für die Kurienführung, der ohne Vorstandsentscheidung nicht möglich gewesen wäre. Das sind die Auswirkungen von klaren Verantwortlichkeiten, die über das Ärztesgesetz definiert sind. Jede weitere Interpretation wäre Kaffeesudlesen.

Im tiefen Waldviertel in Gmünd soll nun ein Pilotprojekt zur Rezepturbefugnis erprobt werden. Krankenhausabteilungen UND Ambulanzen des Krankenhauses soll eine Rezepturbefugnis zur Erstellung von Kassenrezepten mit allen Konsequenzen erteilt werden. Dies soll einen Ersatz für das abgeschaffte rosa Rezept darstellen. Kurienobmann Dr. Jäger meint in einer Aussage, dass der ständige Hinweis des Präsidenten der NÖ Ärztekammer auf Einsparungspotential im Krankenhaus die Ursache für dieses Pilotprojekt sei.

Dazu sei klargestellt: Dieses Pilotprojekt führt zu keiner Veränderung der Kosten IM Krankenhaus und zu keiner Veränderung der Verschreibungsgewohnheiten IM Krankenhaus. Die entlassenden Ärztinnen und Ärzte können und müssen jedoch den Patientinnen und Patienten ein Kassenrezept bei der Entlassung mitgeben, sie können und müssen auch allfällige Bewilligungen bei bewilligungspflichtigen Rezepten einholen. Spannend, wer diese Mehrarbeit im Krankenhausalltag sowohl in den Ambulanzen wie auf den Stationen administrieren wird.

GesundheitsökonomInnen sind sich jedenfalls einig, dass im Medikamentenbereich bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ohne Systemänderung kaum Einsparpotenzial vorhanden ist. Dass kleine Regulative bei den Verschreibungen zwar möglicherweise sinnvoll



sind, aber sicherlich keine ökonomischen Welten bewegen werden. Dass das wahre Übel im Medikamentenbereich - wie auch von mir vertreten - darin liegt, dass für den niedergelassenen Bereich andere Verschreibungsrichtlinien gelten als für den Spitalsbereich.

Parallel dazu werden in diversen Gesetzesnovellen seit Jahren die Weichen dafür gestellt, dass ärztliche Leistungen im größeren Stil in den Spitalsbereich verschoben werden können. Es werden die Weichen dafür gestellt, dass Kassenstellen reduziert werden können. Es werden Spitäler in einem Ausmaß errichtet und ausgebaut, dass sämtliche GesundheitsökonomInnen im In- und Ausland Tränen in die Augen bekommen. Zusammenfassend: Es werden die Weichen für eine Finanzierung aus einer Hand, nämlich aus Landeshand gestellt. Das sind die Handlungen, die gesetzt werden, gesprochen wird immer von einer Stärkung des Niedergelassenen Bereiches. Leere Worthülsen?

Und das alles ist die Schuld vom NÖ Ärztekammerpräsidenten, der seit drei Jahren im Amt ist, zwar keinerlei Einflussmöglichkeiten auf die Entscheidungen der Kurie der Niedergelassenen Ärzte hat, aber mit seinen Meinungsäußerungen die Entscheidungsträger vergrämt? Wer wirklich glaubt, dass sich Holding und/oder Kasse von meinen Meinungsäußerungen in ihrer langfristigen Planung beeinflussen lassen, ist entweder realitätsfremd oder naiv.



Dr. Christoph Reisner

Die Verantwortungen sind hier auch klar: Die NÖGKK, mit der die Kurienführung dank der ständigen Entwicklung des Realeinkommens von Kassenvertragsärztinnen und Kassenärzten ein sehr

gutes Gesprächsklima hat, hat mit der NÖ Landesklinikenholding diese Vereinbarung geschlossen. Das alles sind Auswirkungen der Kammerpolitik der Kurie der niedergelassenen Ärzte der vergangenen Jahre. Zwar mit wechselnden Fraktionsnamen, aber mit gleichen Protagonisten und vor allem gleicher Gesinnung.

Kommen wir zum Kernthema dieses Textes, dem Vulkanausbruch in Island. Böse Zungen, die der Logik eines Dr. Jäger folgen, könnten nun vermuten, der Präsident der Ärztekammer für NÖ sei für diese Laune der Natur verantwortlich. Andere könnten meinen, er selbst, Dr. Jäger, habe diese Reaktion der Natur durch seine Kammerpolitik zu verantworten, da die Erde dieser Art von Politik mit Eruption begegnet. Schon allein der Ausbruchsort des Vulkans spricht dagegen. Doch halt, da gibt es noch Stimmen, die meinen, die Erde habe sich nur im Ausbruchsort geirrt, da doch das harte Gestein im Waldviertel keine Vulkanausbrüche zulasse. Genug der Theorie: Ich halte eindeutig fest, dass Kurienobmann Dr. Jäger NICHT für den Vulkanausbruch verantwortlich ist.

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

Wer Ohren hat zu hören, der höre – oder vom Elend der Hearingkommission

von Peter Pözlbauer

Dramatische Veränderungen kündigen sich an, aber sie kommen für Eingeweihte nicht überraschend. Auf dem flachen Land wird die hausärztliche Versorgung der Bevölkerung dünner. Das ist nicht nur Folge des Hausapothekensterbens, sondern zum Teil zumindest hausgemacht.

„Und die hässlichen und mageren fraßen die sieben schönen und fetten Kühe auf. Da erwachte Pharao...“ Das war einmal. Heute wird tief weitergeschlafen und friedlich geträumt. Langsam, aber unübersehbar werden die LandärztInnen weniger. Das ist nicht nur auf das Betreiben der Apothekerkammer zurückzuführen, die die Hausapotheken durch ein engmaschiges Apothekennetz ersetzen möchte, ohne dadurch die medizinische Versorgung verbessern zu können.

Zur Zeit der sieben schönen und fetten Kühe wusste man nämlich nicht, wohin mit ihnen. Eine Hearingkommission sollte den Strom der in die Praxis Strömenden lenken, und wahrlich, so war es auch. Anstatt das Potential der Wissenden und Könnenden zu nützen, wurden immer neue Barrie-

ren errichtet, um ihrer Herr zu werden. Niederlassungsrichtlinien wurden erstellt, kompliziert und unübersichtlich, oft genug auch völlig realitätsfern. So ist es etwa bis heute nicht einzusehen, warum Diplome etwa in Akupunktur oder Homöopathie den Ausschlag für eine Kassenplanstelle geben sollen, in der diese Fertigkeiten gar nicht verrechnet werden dürfen.

Eines wurde mit Sicherheit erreicht: die Wartezeit wurde immer länger, das Alter der Neubeginnenden immer höher und damit die Lebensarbeitszeit deutlich kürzer. Vielen ist das damit verbundene finanzielle Risiko einfach zu hoch geworden. Mit dem Resultat, dass sich um früher heftig umworbene Planstellen nur eine(r) bewirbt. Im Vorstellungsgespräch. Und sich fragt, ob der Schritt auch der richtige war. Was immer wieder auch zu Rücktritten von der einst so begehrten Stelle führen kann. Mit bekannten Folgen.

Etwas zeitverzögert passiert dasselbe bei den Facharztstellen. Hier gibt es noch mehrere BewerberInnen. Und da kann es aufgrund des oben geschilderten sinnreichen Mechanismus schon einmal vorkommen, dass ein Facharzt, der die Spezialambulanz



Dr. Peter Pözlbauer

eines Schwerpunktkrankenhauses führt, wozu eine gute Grundausbildung im jeweiligen Fach unabdingbare Voraussetzung ist, zu wenig Punkte für die Bewerbung einer Kassenplanstelle hat.

Die Hearingkommission, paritätisch besetzt von Kasse und Kammer, zeigt bisher keine Anstalten zu Gegenmaßnahmen. Fast ist man geneigt zu glauben, dass hier auf höheren Plan in Richtung AVZs gearbeitet werden soll. Aber viel eher ist anzunehmen dass, wie immer im österreichischen Gesundheitssystem, blinder Zufall wütet.

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

Hausapotheken vermindern Ökobelastung

Studie belegt: Hausapotheken bei jedem Arzt würden jährlich mehr als 62 Millionen Kilometer einsparen.

von Peter Pözlbauer

Erstmals wurde der ökologische Aspekt ärztlicher Hausapotheken untersucht. Wissenschaftler des unabhängigen Energieinstitutes an der Johannes Kepler Universität Linz haben sich dafür drei Szenarien genauer angesehen:

- Die Auswirkungen der aktuellen Ausweitung der Apothekenschutzzone von vier auf sechs Kilometer,
- ein fiktives Zusperrn aller Hausapotheken und
- das von der NÖ Ärztekammer seit längerem geforderte allgemeine Dispensierrecht für HausärztInnen.

Anlässlich einer Pressekonferenz der NÖÄK am 21. April 2010 in Wien präsentierte der Geschäftsführer des Energieinstitutes der Johannes Kepler Universität Linz, DI Dr Horst Steinmüller, die Ergebnisse der Studie:



Die Reduktion des Endenergieverbrauchs sowie die Steigerung der Energieeffizienz und die damit korrelierende Reduktion der Treibhausgasemissionen ist grundsätzlich als zentrales energie-, umwelt- und wirtschaftspolitisches Ziel der Europäischen Union, Österreichs und seiner Gebietskörperschaften zu bezeichnen. In diesem Kontext ist auch diese Studie zu betrachten.“



Seitens der Niederösterreichischen Ärztekammer waren Präsident Dr. Christoph Reisner, Hausapothekenreferent Dr. Gerhard Imb sowie Medikamentenreferent Dr. Wolfgang Geppert

vertreten. Sie bekräftigten die Brisanz der Studie, was vor allem den ländlichen Raum, besonders fernab von Ballungszentren betrifft, bekannten sich zum dualen System und forderten erneut das Dispensierrecht für alle ÄrztInnen, das im Zeitalter der original verpackten Medikamente die logische Konsequenz des Gesagten wäre.



Dr. Geppert gab dazu folgendes Statement ab:

Mit der vorliegenden Studie des Energieinstitutes der Johannes Kepler Universität Linz werden in eindrucksvoller Weise die ökologischen Auswirkungen des Hausapothekensterbens dargestellt. Damit wird ein völlig neuer Aspekt in Sachen patientenfreundlicher Medikamenten-Nahversorgung beleuchtet.

Unabhängig davon muss auch permanent auf die gesundheitspolitischen Folgen der schrittweisen Auslöschung von Hausapothekenstandorten hingewiesen werden. Als Einsatzleiter eines örtlichen Hilfswerkes beobachte ich ein Explodieren der Pflegefälle. Innerhalb weniger Jahre ist in „meiner“ 2.000-Seelen-Gemeinde Wilfersdorf bei Mistelbach die Zahl der Pflegepatientinnen und -patienten, die allein vom NÖ Hilfswerk betreut werden, von rund 20 auf 37 angestiegen. Pro Kalenderjahr erleben wir im Ort eine Steigerung von rund 1.000 Pflegestunden. Im Jahr 2009 leisteten die Fachkräfte bereits 7.239 Einsatzstunden.

Angesicht dieser Lawine von Pflegeleistungen müssen bei Gesundheitspolitikern die Alarmglocken läuten. Von den Verantwortlichen ist eine rasche Verbesserung landärztlicher Strukturen zu fordern, denn Hauskrankenpflege ohne Hausärztinnen und Hausärzte ist undenkbar. Großzügige Möglichkeiten der Zusammenarbeit sind zu schaffen. Dabei darf die Anstellung

von Ärzten bei Ärzten nicht ausgeklammert werden. Mehrarbeit darf nicht durch Honorarabschläge bestraft, sondern muss leistungsgerecht abgegolten werden. Zu jeder Landpraxis gehört auch eine Hausapotheke.

Das Schließen jeder einzelnen Hausapotheke reißt ein Loch in die landärztliche Struktur. Schon heute sind die negativen Auswirkungen der verunglückten Apothekengesetznovelle aus dem Jahr 2006 spürbar: Planstellen, deren Hausapotheken aufgrund fehlender Nachfolgeregelung verloren gehen, sind nur sehr schwer oder gar nicht mehr zu besetzen.



Dr. Gerhard Imb

Ärztliche Versorgung kann selbst durch das dichteste Netz von öffentlichen Apotheken nicht ersetzt werden, daher haben wir Ärztevertreter jede Möglichkeit zu nutzen, um den Nationalrat zu einer Gesetzesänderung zu bewegen.

Die anschließende Diskussion stand im Zeichen alter Vorurteile. So zeigten sich Journalistinnen erstaunt, dass Apotheken und Hausapotheken täglich und vom selben Großhändler beliefert werden, es einen Wettbewerbsvorteil der Apotheken also nicht gibt.

Auch die Umsätze von Hausapotheken werden weit überschätzt. Dass eine Apotheke den Umsatz von mindestens drei Hausapotheken braucht, um nur einigermaßen bestehen zu können, stieß auf Unglauben.

Es wird noch vieler derartiger Veranstaltungen bedürfen, um die öffentliche Meinung zu ändern, von der Änderung des Gesetzes, die zur Erhaltung der ärztlichen Hausapotheken notwendig wäre, einmal abgesehen.

Hausapotheken:

Verlegung innerhalb der Gemeinde

von Markus Lechner

An dieser Stelle musste unerfreulicherweise zuletzt darüber berichtet werden, dass der Verfassungsgerichtshof in seiner Entscheidung B 990/09 vom 16. 12. 2009 die 6-km-Regelung (keine neuen ärztlichen Apotheken selbst in Ein-Arzt-Gemeinden, wenn eine öffentliche Apotheke in einer anderen Gemeinde unter 6 km entfernt ist) für verfassungsrechtlich unbedenklich erklärt hat.

Nunmehr kann über eine erfreuliche Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofs berichtet werden, die die Position von ärztlichen Hausapotheken wiederum stärkt:

Der Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofs Zl. 2008/10/0320 vom 29. 1. 2010 lag der nachstehende Sachverhalt zu Grunde:

Der Hausapothekenreferent der Niederösterreichischen Ärztekammer, Dr. Gerhard Imb, verlegte wegen der Neueröffnung einer öffentlichen Apotheke in S. seinen Ordinationssitz innerhalb seiner Ordinationssitz-Gemeinde W., um außerhalb der 4-km-„Todes“zone der neu errichteten Apotheke in S. zu liegen. Durch die Verlegung geriet er allerdings in die Nähe der bereits bestehenden öffentlichen Apotheke in H., wobei strittig war, ob er außerhalb oder innerhalb der 6-km-Zone zu öffentlichen Apotheke in H. liegt. Unstrittig war aber, dass der verlegte Ordinationssitz über 4 km von der öffentlichen Apotheke in H. entfernt ist.

Sowohl der Eigentümer als auch der Pächter der öffentlichen Apotheke in H. stellten nach der Verlegung des Ordinationssitzes bei der Bezirkshauptmannschaft Amstetten den Antrag, Dr. Imb möge die Konzession für die Errichtung und den Betrieb der ärztlichen Hausapotheke entzogen werden.

Diesem Antrag gaben weder die Bezirkshauptmannschaft Amstetten noch der von den öffentlichen Apothekern angerufene Unabhängige Verwaltungssenat für Niederösterreich statt. In weitere Folge riefen die öffentlichen Apotheker den Verfassungsgerichtshof an, welche die Behandlung der Beschwerde mangels Erkennbarkeit verfassungsrechtlich relevanter Umstände ablehnte.

Sodann musste sich auch noch der Verwaltungsgerichtshof mit der Angelegenheit beschäftigen, der die Beschwerde der Apotheker aber letztlich mit nachstehender Begründung abwies:

„Der Mitbeteiligte [Dr. Imb] hat seinen Berufssitz und damit die Betriebsstätte seiner Hausapotheke innerhalb der Gemeinde W., und somit nicht gemäß § 29 Abs. 2 Apothekengesetz „in eine andere Gemeinde“ verlegt, sodass die Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke nicht nach dieser Bestimmung erloschen ist.

Aus § 29 Abs. 4 iVm Abs. 3 Apothekengesetz ergibt sich, dass der Inhaber einer neu errichteten öffentlichen Apotheke nur dann einen Antrag auf Zurücknahme einer ärztlichen Hausapotheke stellen kann, wenn die Wegstrecke zwischen dem Berufssitz des Arztes und der Betriebsstätte der neu errichteten Apotheke vier Straßenkilometer nicht überschreitet. Einen weiteren Fall der Zurücknahme einer ärztlichen Hausapotheke auf Antrag des Inhabers einer öffentlichen Apotheke sieht das Apothekengesetz nicht vor. Insbesondere ist die Zurücknahme einer mehr als vier Straßenkilometer entfernten ärztlichen Hausapotheke bei Neuerrichtung einer öffentlichen Apotheke nicht vorgesehen.

Für den Fall der Verlegung des Berufssitzes eines hausapothekenführenden Arztes regelt § 29 Abs. 2 Apothekengesetz ausschließlich, dass die Bewilligung zur Haltung der ärztlichen Hausapotheke bei Verlegung in eine andere Gemeinde erlischt; die Voraussetzungen und Rechtsfolgen einer Verlegung innerhalb einer Gemeinde regelt



Mag. Markus Lechner

das Apothekengesetz hingegen nicht. Selbst wenn man - wie es den Beschwerdeführern [öffentliche Apotheker] offenbar vorschwebt - den Fall einer nachträglichen Verlegung der Betriebsstätte einer Hausapotheke in die Nähe einer bereits bestehenden öffentlichen Apotheke per analogiam nicht anders behandeln wollte als den in § 29 Abs. 3 und Abs. 4 Apothekengesetz ausdrücklich geregelten Fall des Bestehens einer ärztlichen Hausapotheke in einer vier Straßenkilometer nicht überschreitenden Entfernung von einer neu errichteten öffentlichen Apotheke, fehlte es im Beschwerdefall an der für die Zurücknahme auf Antrag des Inhabers der [bestehenden] öffentlichen Apotheke vorausgesetzten Entfernung von nicht mehr als vier Straßenkilometern.

Die Abweisung des auf Zurücknahme der Bewilligung der mitbeteiligten Partei gerichteten Antrages der beschwerdeführenden Parteien verletzt diese daher nicht in Rechten.“

Damit ist klargestellt, dass eine Verlegung einer Ordination samt Hausapotheke bis zu einer Entfernung von 4 Straßenkilometern zur nächsten öffentlichen Apotheke innerhalb desselben Ortes jederzeit möglich ist. Bei einer Verlegung in eine andere Gemeinde erlischt die Hausapothekenkonzession von selbst. Ungeklärt bleibt aber die Frage, ob die 4-km-Grenze auch für solche Verlegungen per Analogie gilt oder nicht. Hausapothekenführende Ärzte sind daher derzeit gut beraten, ihre Ordinationen innerhalb der Gemeinde nicht in die 4-km-Grenze von benachbarten öffentlichen Apotheken zu verlegen, weil die 4-km-Grenze diesfalls von der Judikatur per Analogieschluss angewendet werden könnte.

Mag. Markus Lechner, NÖ Ärztanwalt, Rechtsanwalt

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

Öffentliche Apotheke muss schließen

von Markus Lechner

Ueblicherweise ist an dieser Stelle über Rückschläge im Bestreben um die Erhaltung ärztlicher Hausapotheken zu berichten. Im Kampf der Verdrängung von ärztlichen Hausapotheken durch öffentliche Apotheken muss nunmehr aber eine öffentliche Apotheke zur Kenntnis nehmen, dass selbst die Eröffnung und der Betrieb der Apotheke keine so starke normative Kraft erzeugen kann, dass es – in guter österreichischer Manier – zu keiner Schließung der Apotheke mehr kommen kann.

Der Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes (VwGH) ZI 2008/10/0079, 0080, 0083 vom 18.2.2010 lag nachstehender Sachverhalt zu Grunde:

Im Jahre 2004 suchte eine bereits pensionierte Magisterin der Pharmazie im südsteirischen Preding um die Erteilung einer Konzession für eine öffentliche Apotheke an einem bestimmten Betriebsstandort an. Wie durchaus üblich dauerte das Verfahren jahrelang.

Mit der Apothekengesetz-Novelle 2006 wurde für lang andauernde Konzessionsverfahren eine Übergangsbestimmung (§ 62a Absatz 4 Apothekengesetz) geschaffen, wonach für Verfahren auf Erteilung von Konzessionen für öffentliche Apotheken, die vor dem Inkrafttreten der Apothekengesetz-Novelle 2006 begonnen, zum 31.10.2006 aber noch nicht abgeschlossen waren, Nachstehendes gilt: Ein Bedarf für eine öffentliche Apotheke besteht dann, wenn sich in der Gemeinde des beabsichtigten Betriebsstandortes und im Umkreis von 4 Straßenkilometern zumindest zwei ärztliche Hausapotheken befinden.

Um in den Genuss dieser Übergangsregelung zu kommen, modifizierte die Magisterin der Pharmazie nach dem 31.10.2006 in einer Mitteilung an die Behörde den beabsichtigten Betriebsstandort in der Gemeinde Preding so, dass – vermeintlich – nicht nur die ärztliche Hausapotheke in Preding, sondern auch jene in Hengsberg und Wettmannstätten innerhalb des 4-km-Radius liegen. Damit sollte nicht nur die „Bedarfslage“ nach § 62a Absatz 4 Apothekengesetz, sondern auch die Voraussetzungen für Schließungsanträge der ärztlichen Hausapotheken geschaffen werden.

Die Bezirkshauptmannschaft Deutschlandsberg lehnte die Konzession ab, nicht aber der Unabhängige Verwaltungssenat für

die Steiermark (UVS). Dieser argumentierte, die Voraussetzungen für die Anwendbarkeit des § 62a Absatz 4 Apothekengesetz lägen vor, weshalb die Konzession erteilt wurde.

Berechtigterweise eröffnete und betrieb die Magisterin der Pharmazie zwischenzeitlich die öffentliche Apotheke, wohl im Wissen darüber, dass die gegen die Entscheidung des UVS erhobenen Verwaltungsgerichtshofsbeschwerden aller drei benachbarter Hausapotheker und von zwei benachbarten öffentlichen Apotheken zur Aufhebung des Konzessionsbescheides führen können.

Letztlich hob der VwGH den Konzessionsbescheid mit der genannten Entscheidung mit folgender Begründung auf:

„Wie der Verwaltungsgerichtshof bereits wiederholt ausgesprochen hat ..., stellt eine Änderung der voraussichtlichen Betriebsstätte innerhalb des Standortes keine die Sache in ihrem Wesen verändernde Antragsänderung dar, wenn unter dem Gesichtspunkt der Situierung der Betriebsstätte keine andere Beurteilung der Bedarfssituation gegeben ist. Die „Angelegenheit“ eines Apothekenkonzessionsverfahrens wird daher – soweit es um die räumliche Komponente geht – grundsätzlich durch einen gesetzmäßig umschriebenen Standort und nicht durch den Ort der künftigen Betriebsstätte bestimmt. Ergibt sich jedoch, dass eine während des Verfahrens erfolgte Veränderung der in Aussicht genommenen Betriebsstätte, obwohl sie sich innerhalb des Standortes hält, zu einer im Ergebnis wesentlich anderen Bedarfssituation führt, so kann nicht mehr davon gesprochen werden, dass durch diese Änderung die zu entscheidende Angelegenheit nur unwesentlich geändert würde. Würde daher eine Änderung der beantragten Betriebsstätte zu einer anderen Beurteilung betreffend das Vorliegen der

negativen Bedarfs Voraussetzungen gemäß § 10 Abs. 2 Apothekengesetz führen, so läge eine einem Neuantrag gleich kommende Modifikation des Konzessionsantrages vor ...

Befänden sich im Vier-Straßenkilometer-Umkreis um die von der mitbeteiligten Partei in ihrem ursprünglichen Konzessionsantrag ... genannte Betriebsstätte ... weniger als zwei Vertragsstellen gemäß § 342 Abs. 1 ASVG, die von Ärzten für Allgemeinmedizin besetzt sind, während im Vier-Straßenkilometer-Umkreis um die mit Schriftsatz vom 20. November 2006 geänderte Betriebsstätte ... „zumindest zwei Vertragsstellen von Ärzten nach § 342 Abs. 1 ASVG“ bestehen, so hätte diese Änderung der Betriebsstätte eine andere Beurteilung betreffend das Vorliegen der negativen Bedarfs Voraussetzung gemäß § 62 Abs. 4 Apothekengesetz zur Folge. In diesem Fall läge daher eine wesentliche Antragsänderung im Sinne des § 13 Abs. 8 A VG vor, die einem Neuantrag gleichzuhalten wäre. Dies wiederum hätte zur Folge, dass nicht mehr davon ausgegangen werden könnte, das Verfahren sei bereits im Zeitpunkt der Kundmachung BGBl I Nr. 1/2006 (10. Jänner 2006) anhängig gewesen. Damit wäre jedoch § 62a Abs. 4 Apothekengesetz auf das mit Schriftsatz vom 20. November 2006 diesfalls neu eingeleitete Konzessionsverfahren nicht mehr anwendbar.“

Das vor dem UVS Steiermark nunmehr fortzusetzende Verfahren wird zeigen, dass die Modifikation der Betriebsstätte als „Neuantrag“ im Sinne der Entscheidung des VwGH qualifiziert werden muss. Damit ist geltendes Recht anzuwenden. Ausgehend vom nunmehrigen absoluten Schutz von Ein-Arzt-Gemeinden (wie es Preding ist), wird der Antrag auf Erteilung der Konzession für die öffentliche Apotheke daher abzuweisen sein.

Da der VwGH den Konzessionsbescheid aufgehoben hat, muss die öffentliche Apotheke – mangels Konzession – auch sofort zusperrt. Entsprechende Anträge an die Bezirkshauptmannschaft Deutschlandsberg sind bereits gestellt worden.



Interview mit MR Dr. Waltraud Fink und MR Dr. Gustav Kamenski

Das Gespräch führte Christian Euler

Euler: *Geschätzte Kollegen Ihr habt gemeinsam mit einem weiteren Kollegen die „Kasugraphie“, die 1992 erstmals von Prof. Robert Braun, Dr. Danninger und Dr. Landolt-Theus herausgegeben wurde, nun neu überarbeitet und Ende Februar der Öffentlichkeit vorgestellt. Bitte erklärt unseren Leserinnen und Lesern, was man von einer „Kasugraphie“ zu erwarten hat und stellt uns auch Robert Braun vor, den Ihr ja beide persönlich gekannt habt.*

Kamenski: Braun war ein immer logisch, analytisch denkender Mensch, der sich vom ersten Praxistag an reflektierend mit seiner Arbeit, seinem Tun auseinandersetzte: Was mache ich da eigentlich? So hatte ich die Medizin nicht gelernt! Eigentlich müsste ich ein schlechtes Gewissen haben, denn muss ein guter Arzt laut universitärer Lehrmeinung nicht immer eine „richtige“ Diagnose stellen, bevor er eine Therapie einleitet? Muss er nicht auch eine „breite“ Anamnese erheben, die alle Aspekte der Symptome des Patienten ausleuchtet, bevor es erlaubt ist, an eine Therapie zu denken?

Bald merkte Braun, dass der Praxisalltag des Allgemeinmediziners ganz anders aussieht und von einer Knappheit an Zeit, aber auch an materiellen Ressourcen geprägt ist. Brauns großes Verdienst ist es, diese Situation nicht als frustrierend, sondern als herausfordernd empfunden zu haben. Durch den Bruch des Tabus vom „immer eine Diagnose stellen zu müssen“ trug er viel zur Erhöhung der heute oft diskutierten Patientensicherheit bei, denn nichts ist gefährlicher, als der Zwang die Erkrankung des Patienten unbedingt einer genau definierten Krankheit zuzuordnen zu müssen und die Falsifikation des Ergebnisses des diagnostischen Prozesses sträflich zu vernachlässigen. Logisch war, dass die Beratungsergebnisse, wo keine Diagnosestellung möglich war, gleichwertig dastehen sollten und dass sie auch irgendeinen „Namen“ brauchten. So kam es schließlich zur Kasugraphie.

Fink: Braun würde sagen, die Kasugraphie ist ein Nebenprodukt seiner wissenschaftlichen Arbeit an der praktisch ausgeübten, also der „Angewandten“ Medizin.

Er hatte mit seinen Fällestatistiken beweisen wollen, was er vermutete, nämlich eine Regelmäßigkeit des Vorkommens von Gesundheitsproblemen in der Praxis des Allgemeinarztes.

Und das gelang ihm ja auch, so dass er fortan vom „Fälleverteilungsgesetz“ sprach. Aus der Methode, die - sich voneinander abgrenzende - Rubriken von Gesundheitsstörungen zu erfassen, entstanden die Begriffe, die heute in der Kasugraphie beschrieben sind.

Kamenski: Die Herausforderung bestand darin, erstmals eine problemorientierte Nomenklatur zu schaffen, die wirklich die Praxisrealität valide abbildet und somit die diagnostische Unsicherheit und systemimmanente Unschärfe an der ersten ärztlichen Linie wissenschaftlich korrekt und statistisch auswertbar erfasst.

Die Kasugraphie ist folglich eine Nomenklatur und Klassifikation zugleich, die wirklich aus der täglichen Praxis entstanden ist und über Jahrzehnte bereits getestet wurde. Sie kann und soll nun gelehrt werden, damit wir endlich auch in der Allgemeinmedizin eine fachspezifische gemeinsame Sprache sprechen können.

Euler: *Konntet ihr Prof Braun auch im Patientenkontakt beobachten? Hat sein Interesse für die große Systematik, seine Zuwendung zum Hilfe suchenden Individuum behindert?*

Fink: Nein, im Gegenteil: Er verstand es gar nicht, warum man das „patientenorientierte“ Vorgehen in der Allgemeinmedizin so in den Vordergrund rückte. Das sei doch selbstverständlich! Und das in jeder Sparte der Medizin! Natürlich mag es manchmal eine Ablenkung bedeutet haben, wenn er sich während der Beratung zu etwas Notizen machte, oder mitzählte. Er schreibt ja auch wie sehr ihn einmal eine Studie zum Zeitfaktor belastet hatte, wo er sich selbst mit der Stoppuhr gleichsam über die Schulter schaute (Braun RN (1963) Die Allgemeinpraxis und der Zeitfaktor. Dtsch. med. Wschr. 88: 2084-2092)

Kamenski: Ich habe ja auch eine 14-tägige Lehrpraxis bei ihm absolviert. Wie ich jetzt rückblickend sagen kann, hat er sich den Patienten und Patientinnen gegenüber ganz „normal“ verhalten, allerdings nützte er die Zeit zwischen und nach den Patientenkontakten, um mit seinen Lehrpraktikanten gewisse Handlungen zu hinterfragen.

Ich konnte aber auch seine für den Patientenkontakt ganz nützlichen, speziellen Karteien kennenlernen, wo seine Wissenschaftlichkeit unmittelbar dem Patienten zugute kam.



Euler: *Vielleicht noch ein Wort zu deiner persönlichen Begegnung, die ja dein Arbeitsleben nachhaltig geprägt hat.*

Fink: Von der ersten Vorlesung, die ich im II. Studienabschnitt bei ihm besucht hatte, ist mir der Satz in Erinnerung geblieben, dass die alten Praktiker all ihr Wissen ins Grab nehmen und der Jungarzt wieder neu von Null anfangen muss. Da wollte er Abhilfe schaffen. Das hat mich sehr beeindruckt und neugierig gemacht, weil ich mich zu dieser Zeit in gewisser Weise benachteiligt fühlte, weil ich nicht aus einer Ärztfamilie kam.

Kurz vor meinem Praxisbeginn gelang es mir dann noch, bei ihm eine Lehrpraxis von 14 Tagen zu machen, wo man vor allem auch administrative Tipps zur Karteiführung und zur Kassenabrechnung bekam.

Die Dimension seiner berufstheoretischen Lehre habe ich erst so nach und nach wirklich erfasst, durch das Studium des ersten Lehrbuchs, durch die Erfahrungsaustausch-Treffen und später natürlich in den unzähligen Gesprächen zu den Vorlesungen und Seminaren auf der Universität und bei gemeinsamen Arbeiten. Kurz gesagt, für mich ist die Berufstheorie wie die Grammatik beim Erlernen einer Fremdsprache.

Euler: *Wenn ich es richtig verstehe, hat Prof Braun das Gemeinsame vieler individuell verlaufenden Patientenkarrerien erkannt und diese Erkenntnis, dieses Wissen, für unverzichtbar gehalten, will man von sicherem Terrain aus dem individuellen Einzelschicksal begegnen.*

Kamenski: Das ist so nicht richtig. Bei Patientenkarrerien denke ich primär an Balint. Anhand seiner Beobachtungsmethode versucht man ja gewisse Muster zu erkennen und zu verallgemeinern. Braun war vor allem an den →



Gesundheitsstörungen an sich interessiert und es kümmerte ihn wissenschaftlich nicht, warum jemand gerade jetzt erkrankte (Stichwort: Krankheit als Weg). Aber sehr wohl waren seine Erkenntnisse bestimmend für seine tägliche Praxisarbeit. Und das ist vereinfacht gesagt: Jeden auch noch so banalen Fall eines Gesundheitsproblems ernst nehmen, gegen die Wahrscheinlichkeit, dass es harmlos ist, trotzdem gewissenhaft abwendbar gefährliche Verläufe, soweit machbar, ausschließen.

Euler: *Konnte Prof. Braun mit dem Begriff „Heilkunst“, der ja für die Gesundheitsbürokratie ein Unwort ist, etwas anfangen?*

Fink: Braun wollte die „Heilkunst“ als gelehrtes Können (aus dem zuvor Erforschten) verstanden wissen. Er hielt nichts vom „Heilkünstler“. (Im Volksmund heißt es ja auch etwas abwertend: „Der ist ein Künstler“.) Wie ernst es Braun mit der Heilkunde meinte, zeigt sich im bezeichnenden Titel eines Buches, von dem er wünschte, dass es posthum veröffentlicht werde: Heilung für die Heilkunde. Es befasst sich mit seinem lebenslangen Ringen, die Allgemeinmedizin auf wissenschaftliche Beine zu stellen.

Euler: *Liebe Kollegen, ihr kennt den Begriff „integrierte Versorgung“. Können sich die Verfasser dieser Diagnose-bezogenen Medizin auf Robert Braun berufen, und wenn nein, warum nicht?*

Fink: Es wäre schön, wenn sich jemand auf Braun berufen würde! Natürlich nach eingehendem Befassen mit seinem Werk. Ich fürchte, das ist hier nicht der Fall. Brauns erstes Lehrbuch, erschienen 1970, ist eine Fundgrube an bereits Durchdachtem für die ganze Problematik der Kosten im Gesundheitssystem. Braun spricht von den gestaltenden Faktoren: Gesundheitsstörung, Arzt, Zeit, Gesellschaft, Geld. Und er hat sich in diesem Buch auch intensiv mit der

Rolle der spezialistischen Fächer und dem Zusammenspiel der Disziplinen und den Bezügen zu den Gesundheitsstörungen auseinandergesetzt. Alles, was dort beschrieben ist, hat auch heute uneingeschränkt Bedeutung.

Braun hatte niemals Dinge wie Kostendämpfung im Gesundheitssystem oder schematische Behandlungspfade im Sinn. Sehr wohl wies er aber darauf hin, dass kein Gesundheitssystem der Welt über unerschöpfliche Mittel (Zeit und materielle Ressourcen) verfügt und dass man deshalb mit den vorhandenen Mitteln vernünftig umgehen muss.

Euler: *Es gibt die EbM-Guidelines der österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Du bist ja selbst als Reviewer aktiv. Steht dieses Nachschlagewerk auf „den Schultern“ Robert Brauns? Und wie beschreibst Du den Unterschied zu Eurer „Kasugraphie“?*

Kamenski: Die EbM-Guidelines auf „den Schultern“ Robert Brauns? Nein! Das kann man so nicht sagen. Die Kasugraphie ist rein aus der Praxis-Beobachtung entstanden, und mit ihr entstanden auch neue Begriffe für die differenzierbaren Gesundheitsstörungen und zum Umgang mit ihnen (Uncharakteristisches Fieber, Polymorphe wahrscheinlich nicht organische Beschwerden, die Zweidimensionale Systematik und natürlich die unterschiedlichen Klassifizierungen in Symptom, Symptomgruppe, Bild einer Krankheit und der gehärtete Diagnosebegriff).

Die EbM-Guidelines halten sich an die ICD Einteilung und adjustieren die Empfehlungen auf die Praxis. Sie sind kein Klassifikationsinstrument, sondern ein Nachschlagewerk, das in die spezialistische Medizin hineinreicht. Dadurch erspart man sich Bücher von jedem Fach zu kaufen und sie beinhalten noch eine große Menge an abrufbarer, neuerer Literatur, besonders in Hinblick auf Evidenz-basierte

BRAUN KASUGRAPHIE
(KEIN FALL WIE DER ANDERE)



FINK, KAMENSKI, KLEINBICHLER

Aussagen. Sie sind eine große Hilfe für den Arzt, der kasugraphisch klassifiziert, da sie ein rasches Aufsuchen von wichtigen konkurrierenden Beratungsergebnissen und Abwendbar gefährlichen Verläufen, die bei den jeweiligen Begriffen angeführt sind, erlauben.

Man hätte natürlich die EbM-Guidelines von der Kasugraphie her aufbauen können. Dazu muss es aber noch eine Menge an Forschung aus der Praxis geben.

Unser Anführen der wesentlichen Kapitel bei den zu bedenkenden konkurrierenden Beratungsergebnissen und vor allem zu den Abwendbar gefährlichen Verläufen kann als ein erster Schritt verstanden werden für eine neue, praxisgerechte Präsentation von Spezialistenwissen über Krankheiten aus der Praxiserfordernis heraus.

Braun Kasugraphie
(K)ein Fall wie der andere....

Benennung und Klassifikation der regelmäßig häufigen Gesundheitsstörungen in der primärärztlichen Versorgung (mit Daten-CD)

Braun RN (†) (2010, 3. Auflage, neu hrsg. u. bearb. von Fink W, Kamenski G, Kleinbichler D), ISBN 978-3-85028-491-2, Preis: € 30,-

Leserbrief zur Kleinen Zeitung vom Freitag den 19. März 2010

Apothekenmonopol

Das Apothekenmonopol in Österreich ist nicht mehr so wie im Mittelalter, als Apotheker noch Arzneimittel selbst herstellten, ein natürliches, sondern ein - wie das ja auch der Präsident der Apothekerkammer ausführt - vom Gesetzgeber gewolltes. Andere Gesetzgeber haben andere Ansichten. In Ungarn sind Medikamente an Tankstellen erhältlich, in der Schweiz - übrigens nach entsprechenden Volksabstimmungen - darf jeder Arzt, zum Beispiel auch in der Metropole Zürich eine Hausapotheke führen. In beiden Ländern gibt es selbstverständlich auch Apotheken.

Monopole führen zu Monopolrenditen, im konkreten Fall zu den sprichwörtlichen „Apotheker“preisen. Dass es in Österreich so lange Hausapotheken gegeben hat und noch gibt, hängt auch damit zusammen, dass für die Krankenkassen die Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten über die Vertragsärzte wesentlich billiger ist, als über öffentliche Apotheken. Aber das ist nicht das Thema.

Die Frage, die sich stellt, ist, worin der Nutzen der Bevölkerung liegt, wenn Behandlungsstellen wie Spitalsambulanzen, Krankenkassen, ihre Ambulatorien, aber auch niedergelassene Ärzte keine Medikamente abgeben dürfen.

Nun die Justiz setzt das Apothekenmonopol in Pöls durch, und lässt zwei von drei Medikamentenabgabestellen schließen. Ist das eine Verbesserung der Nahversorgung?

Dr. Martin Decrinis, 8742 Obdach
Ordination [ordination@decrinis.at]

Entdeckungstouren im Reich der Viren



Als die Zeiten noch alt und gut waren, konnten Entdecker unbekannter Länder oder gar neuer Kontinente irdische Reichtümer und ewigen Ruhm erringen. Die Entdeckungsfahrten ins Reich der Viren waren nicht selten lebensgefährlich, immer mühselig und gefährvoll, der Ruhm beschränkte sich zumeist auf die Kreise der Fachkollegen. Spannend aber waren sie immer.

Die älteste Darstellung eines Mannes, der vermutlich an Polio erkrankt war, stammt aus dem alten Ägypten um etwa 1400 vor Christus. Lange blieb die Krankheit endemisch, war somit für die Menschheit unbedeutend, bis es im neunzehnten Jahrhundert in Europa und Amerika in etwa fünfjährigen Rhythmen zu Epidemien kam.



Quelle: www.vitalpark.de

Bis dahin waren Pest und Pocken die Geißeln der alten Welt gewesen. Vor allem die Pest, der Schwarze Tod suchte Europa in schrecklichen Epidemien heim. Das Massensterben hatte gewaltige Auswirkungen auf

das Weltbild der mittelalterlichen Menschen, die keine Erklärung für das Phänomen der Pest fanden. Aber eines war klar: die Ärzte hatten auf der ganzen Linie versagt. Nicht nur, dass sie kein Mittel gegen die Krankheit fanden, waren viele von ihnen selbst von der Seuche hinweggerafft worden.

Auf der Universität wurden plötzlich viele Lehrstühle frei. Und es wehte ein neuer Geist. Latein wurde als Universitätssprache durch die Landessprache ersetzt, das veränderte die Medizin grundlegend. Befreit vom alten Mief konnten sich neue Ideen entwickeln. Die Hygiene wurde verbessert, die Quarantäne eingeführt. Das Wesen der Krankheit blieb jedoch weiterhin ein Rätsel, ihr Auftreten immer noch eine große Gefahr.

Häfen waren die klassische Eintrittspforte für gefährliche, oft noch unbekannte Erkrankungen oder für tödliche Varianten gut bekannter, bisher harmlos gehaltener Infektionen. Die Enge der Schiffe, in denen eben nicht nur die Schätze und Wunder unbekannter Länder transportiert wurden, sondern auch viel zu viele, auf kleinstem Raum zusammengedrängte Menschen, war Keimzelle der Ansteckung. Im Hafen angekommen und den Keim



Quelle: Archiv Dr. Slopec

Das Volk nannte die mit einer schnabelartigen Maske und einem Zeigestock versehenen Pestärzte „Schnabeldoktoren“.

tödlicher Krankheiten in sich, zerstreuten sie sich ins Landesinnere und wurden so Ausgangspunkt gefährlicher Epidemien. Erst die schon erwähnte vierzigstägige Quarantäne vermochte die Gefahr etwas zu lindern.

Das Zeitalter der Tropenmedizin

Das Beherrschen fremder Länder hatte so seine Plagen. Es waren geradezu unheimliche Krankheiten, die die Arbeitskraft der Bevölkerung lähmten oder gar die Kolo-



Quelle: ZUKO

nialherren selbst bedrohten. Scheußliche Formen der Lepra, die geheimnisvolle Schlafkrankheit, aber vor allem die Malaria, die gleich in mehreren Erscheinungsformen zu Tage trat. In Amsterdam, London, Paris und später auch in Hamburg wurden Institute für Tropenmedizin eingerichtet, die, dem Stil der Kolonialzeit entsprechend, miteinander konkurrenzten und nicht selten gegeneinander intrigierten. Die Wissenschaft und ihre Lehre waren wohl zu keiner Zeit frei!

Eine, eigentlich keine neue Therapie

Mit den Pocken, die die Pest als Schrecken der Menschheit abzulösen begannen, trat jedoch auch eine neue Behandlungsmethode in die Welt der Medizin.



Quelle: de.academic.ru

Ihre Ursprünge soll sie in der Volksmedizin diverser Länder haben und wurde, wie so üblich, von der Wissenschaft zunächst nicht beachtet. In Bagdad war das Okulieren, das Einbringen von infektiösem Material in die geritzte Haut, angeblich von jüdischen Ärzten den reichen Muslimen empfohlen worden, um die schönen Gesichter ihrer Töchter vor der kutanen Leishmaniose zu schützen - und damit deren Heiratswert zu erhalten.

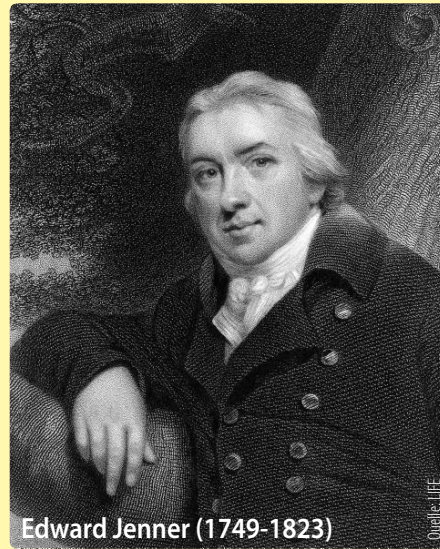
Die englische Lady Mary Wortley Montagu hörte ähnliches in der Türkei, das Infizieren durch die Haut oder Schleimhaut mit Menschenpocken, später in England Variolation genannt. Die Methode, zunächst



Quelle: sandbox.mitchelthorpe.com

Lady Mary Wortley Montagu (1689-1762)

in Mode, wurde letztlich wieder verlassen, weil sie zu teuer und nicht ungefährlich war. Etwa siebenzig Jahre später impfte der englische Landarzt Edward Jenner einen kleinen Buben mit den Kuhpocken von der Hand einer Melkerin, ein Verfahren, das er Vakzination nannte.



Edward Jenner (1749-1823)

Dadurch konnten die Pocken letztlich ausgerottet werden. Freilich, ganz ungefährlich ist die Impfung nicht, was sofort wütende Impfgegner auf den Plan rief. Aber eine Bevölkerung, die die Schrecken einer Pockenepidemie erlebt hatte oder befürchten musste, nahm so manches Risiko in Kauf. Die Impfgegner aber blieben unversöhnlich - bis heute.



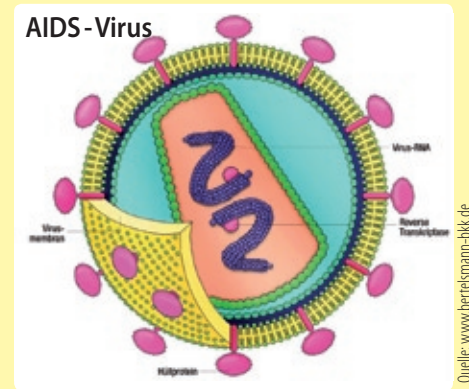
Quelle: www.meduniwien.ac.at/tropenmedizin/download/MS2008/MS2008_04/MS2008_04_01.pdf

Angst und Schrecken: der unheimliche Tod

Die Pest, die Malaria und andere durch Bakterien hervorgerufene Erkrankungen haben heute, auch wenn es sie noch immer gibt, ihre Schrecken weitgehend verloren.

Das ist bei Viruserkrankungen ganz anders, zumal es keine kausale Therapie gibt und Impfstoffe immer neu entwickelt werden müssen. Seit 1980 gelten die Pocken offiziell als ausgerottet.

Vor circa fünfundzwanzig Jahren beunruhigte eine neue, geheimnisvolle Krankheit die Welt. Sie hatte, wie viele Viruserkrankungen, einen unspezifischen Beginn, nahm einen schleichenden Verlauf und zerstörte letztlich das Immunsystem der Erkrankten. Erst allmählich wurde klar, dass es sich um eine Pandemie handelte. 1983 gelang es Luc Montagnier und Françoise Barre-Sinoussi vom Pasteur-Institut, das HI-Virus zu isolieren. Sie wurden dafür 2008 mit dem Nobelpreis ausgezeichnet.



Quelle: www.bereitsmann-bkk.de

Die Erforschung des Virus brachte beunruhigende Erkenntnisse. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts dürften sich erstmals Menschen in Zentralafrika infiziert haben. Zu diesem Zeitpunkt hatte das Aidsvirus zumindest zweimal die Artengrenze übersprungen, zunächst vom Affen zum Menschenaffen und dann von diesem zum Menschen.

1967 erkrankte ein junger Mann in der deutschen Stadt Marburg plötzlich in hohem Fieber und Durchfall. Trotz intensiver Bemühungen der ÄrztInnen in der Universitätsklinik verschlechterte sich der Zustand des Patienten dramatisch, nach wenigen Tagen wurde er verwirrt, fiel ins Koma, blutete aus Haut und Schleimhaut. Als er starb, waren bereits weitere Krankheitsfälle aufgetreten.

Insgesamt waren es 28 Patienten, drei Viertel von ihnen starben, die anderen überlebten stark geschwächt. Plötzlich, wie die Krankheit aufgetreten war, verschwand sie wieder. Den Erkrankten gemeinsam war, dass sie in einer Pharmafirma mit grünen Meerkatzen, die aus Uganda stammten, zu tun hatten. Im Tropenmedizinischen Institut Hamburg konnte der Erreger

identifiziert werden: ein völlig neuartiges, winziges, fadenförmiges Virus, das fortan Marburgvirus genannt wurde.

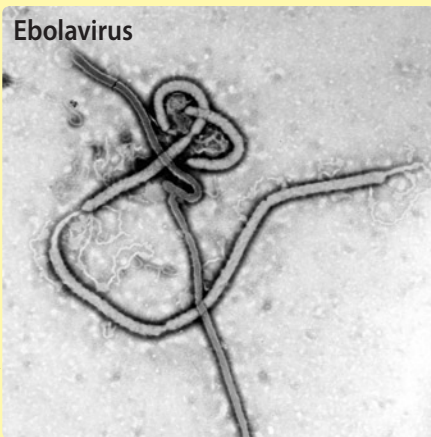
Marburgvirus



Quelle: wikipedia

1976 brach am Fluss Ebola, einem Seitenarm des Kongo, eine Krankheit aus, die ebenfalls mit Blutstürzen endete und noch verheerender war als in Marburg. Im Elektronenmikroskop zeigte sich wieder ein Filovirus, ein böser Bruder des Marburgvirus.

Ebolavirus



Quelle: wikipedia

1996 erkrankte eine OP-Schwester in Johannesburg schwer und starb nach wochenlangen Qualen an massiven inneren Blutungen. Ein Test war Ebola-positiv. Marilyn Lahana hatte Tage zuvor bei einer Operation eines Mannes aus Gabun assistiert. Das Ebola-Virus hatte den Weg vom Zentralafrikanischen Urwald in eine Metropole gefunden, wahrscheinlich dank des Flugzeuges.

Es sollte bis 2007 dauern, bis der Johannesburger Professor Robert Swanepoel

in Kitaka, einer Stadt in Uganda, den Wirt des tödlichen Virus identifizieren konnte: Nilflughunde, die tagsüber auf Bäumen, in Höhlen und in Bergwerken schlafen und nachts ausschwärmen um sich von Pflanzen zu ernähren.

Menschen infizieren sich mit dem Virus durch den Verzehr der Flughunde, die von den Einheimischen als „Bushmeat“ geschätzt werden, möglich ist auch die Infektion durch Biss oder Kontakt mit Kot.

Trotzdem bleiben viele Fragen offen, vor allem, warum manche Erreger weniger tödlich sind als andere. Viren ändern sich permanent, dank des internationalen Flugverkehrs können sie sich rasch weltweit ausbreiten, im Gegensatz dazu benötigt ihre Identifikation viel kostbare Zeit. Die Virologen der US-Seuchenbehörde CDC (Center for Disease Control and Prevention) halten es für möglich, dass neuartige Krankheitserreger vor allem aus Südamerika kommen könnten.

Anders als die Krankheitsbilder, die sie verursachen, sind die Viren gerade einmal hundert Jahre bekannt. Woher diese kommen, ist immer noch Thema gelehrter Diskussionen.

Um den derzeitigen Wissenstand zu skizzieren, zitiere ich wörtlich aus Wikipedia:

Abstammung von selbstreplizierenden Molekülen (Coevolution).

Diese Theorie nimmt an, dass Entstehung und Evolution der Viren von den einfachsten Molekülen ausgingen, die überhaupt zur Selbstverdoppelung in der Lage waren. Anschließend hätten sich dann manche derartigen Moleküle schließlich zu Organisationseinheiten zusammengefunden, die man als Zellen ansehen kann. Parallel dazu gelang es anderen Molekülen, sich in Viruspartikeln zu verpacken, die sich parallel zu den Zellen weiterentwickelten und zu ihren Parasiten wurden.

Virusentstehung durch Degeneration (Parasit).

Diese Theorie basiert auf dem schon oben dargestellten zweiten Möglichkeitsansatz, wonach die ersten Viren ursprünglich aus freilebenden Organismen wie beispielsweise Bakterien hervorgegangen sind, die langsam und kontinuierlich immer mehr von ihrer genetischen Information verloren haben, bis sie schließlich zu Zellparasiten wurden, die darauf angewiesen sind, dass eine Wirtszelle ihnen die verloren gegangenen Funktionen zur Verfügung stellt.

Virusentstehung aus wirtszelleigenen RNA- oder DNA-Molekülen.

Diese dritte und für die Forschung als am wahrscheinlichsten erscheinende Theorie besagt, dass Viren unmittelbar aus RNA- oder DNA-Molekülen der Wirtszelle entstanden sind. Diese selbständig gewordenen Nukleinsäuren haben zwar als das genetische Material der Viren die Fähigkeit erworben, sich unabhängig vom Genom der Wirtszelle oder ihrer RNA zu vermehren, sind aber letztlich doch Parasiten geblieben (S. Luria, 1960).

Influenzavirus



Quelle: ArchivHAUSARZT

Die Betriebsunterbrechungsversicherung

von Martina Hagspiel

*„Leute, die sich die Finger verbrennen,
verstehen nichts vom Spiel mit dem Feuer“*

Oscar Wilde

Eine Praxis erfolgreich und verantwortungsbewusst zu leiten ist ein Trapezakt zwischen harter Kalkulation und höchstmöglicher finanzieller Sicherheit für Unternehmen und Mitarbeiter. Sowohl Innovationsdruck wie auch steigender Wettbewerb stellen so manchen Unternehmer vor große Herausforderungen und verlangen viel Enthusiasmus, Ehrgeiz, Zielstrebigkeit und Disziplin.

Gehen wir jedoch davon aus, dass alles gut läuft: Das Unternehmen floriert, die Mitarbeiter sind motiviert, die Patientinnen und Patienten zufrieden, die Ziele werden erreicht und der bittere Geschmack der Devise „Entweder gesund oder bankrott!“ ist durch das milde Lüftchen des Erfolges wie weggeblasen. Ein solch konservierungswürdiger Zustand soll natürlich Bestand haben.

Ohne Cassandra alle Ehre zu machen:

Da Ärzte auch nur Menschen sind, ist es nicht ganz unwahrscheinlich, dass ein Medicus ab und an selbst zum Patienten wird, das Bett hüten muss, an einem Unfall beteiligt ist oder gar einen Krankenhaus-aufenthalt vor sich hat.

Auch bei externen Faktoren wie einem Rohrbruch, einem Feuer oder Quarantänemaßnahmen besteht die Gefahr, dass der selbständigen Tätigkeit nicht nachgegangen werden kann bzw. dass die Praxis geschlossen werden muss.

Was bleibt sind die Fixkosten. Sie bleiben in voller Höhe bestehen, während sich die Einkünfte sukzessive reduzieren.

Die Betriebsunterbrechungsversicherung (kurz: BUFT) ist ein sinnvolles Instrument, um Existenz bedrohende Schäden oder Situationen durch länger andauernde Betriebsschließungen finanziell abzusichern. Sie stellt eine „Ertragsausfallversicherung“ dar, die dem Praxisinhaber im Falle einer teilweisen oder vollständigen Betriebsunterbrechung den dadurch entstehenden finanziellen Nachteil ersetzt.

Versichert ist dabei der so genannte Deckungsbeitrag (Betriebsbeitrag abzüglich

der variablen Kosten) bei einer teilweisen oder gänzlichen Unterbrechung des versicherten Betriebes. Fortlaufende Fixkosten wie Gehälter, Mieten, Steuern, Schuldzinsen bei Krediten oder Leasing etc. sowie der entgangene Betriebsgewinn, der bei ungestörter Weiterführung des Betriebes erwirtschaftet worden wäre, werden im Rahmen der BUFT ersetzt.

Darüber hinaus wird die momentane geschäftliche Situation berücksichtigt und auch Schadenminderungsmaßnahmen wie Kosten für Leihgeräte, Überstundenzuschläge, etc werden vergütet.

Wichtig sind im Zusammenhang mit der BUFT die Parameter Karenzzeit und Haftungszeit.

Unter der Karenzzeit versteht man den Selbstbehalt, der zu tragen ist. Das bedeutet, dass die Leistungspflicht des Versicherers erst mit Ablauf der Karenzfrist beginnt und somit jenen Zeitraum umfasst, in dem die Versicherung für die Betriebsunterbrechung keine Leistung erbringen muss. Eine Karenzzeit von 7 Tagen bedeutet demzufolge, dass eine Leistung erst ab dem 8. Tag der Betriebsunterbrechung erbracht wird. Diese ist wählbar – umso länger die Karenzzeit, umso günstiger die Prämie.

Die Haftungszeit beschreibt die maximale Zeitdauer der Betriebsunterbrechung, die von der Versicherung gedeckt ist. Die Versicherungssumme wird im Hinblick auf den zu erwartenden Deckungsbeitrag innerhalb der vereinbarten Haftungszeit festgelegt, welche – geteilt durch 360 – die Ersatzleistung je Tag der Betriebsunterbrechung ergibt. Wird beispielsweise eine Haftungszeit von 12 Monaten gewählt, so

werden die wirtschaftlichen Folgeschäden für nur maximal 12 Monate gedeckt.

Dieser Haftungszeitraum hängt von den jeweiligen Bedürfnissen der Praxis ab und wird zwischen 3 und 24 Monaten vereinbart. Die Leistung ist begrenzt mit der Versicherungssumme.

In jedem Fall endet der Versicherungsschutz mit der Beendigung der freiberuflichen Tätigkeit, der endgültigen Schließung der Praxis bzw. der objektiven Unfähigkeit, den Beruf jemals wieder auszuüben – wenn also keine Unterbrechung, sondern eine komplette Betriebsschließung stattfindet oder zu erwarten ist.

Bei Abschluss dieser Versicherung ist zu beachten, dass der Ausfall der die Praxis führenden und somit versicherten Person auch tatsächlich eine zumindest teilweise Betriebsunterbrechung (Sachschaden, Umsatzeinbußen etc.) zur Folge hat. Eine Inanspruchnahme der Betriebsunterbrechungsversicherung ist nämlich nicht möglich, wenn durch den Ausfall der versicherten Person keine Unterbrechung des Betriebes stattfindet oder kein Sachschaden eintritt.

Bei der Wahl des Anbieters sind folgende wichtigen Punkte zu beachten:

- Teilentschädigungen bei Unfällen, auch wenn mit diesem Ereignis keine vollständige Arbeitsunfähigkeit einhergeht.
- Prämienvergütung bei Schadensfreiheit
- Vor allem aber ist der Kündigungsverzicht im Schadensfall zu beachten:
- Bei dieser Klausel verzichtet der Versicherer auf die Ausübung seines ihm zustehenden Kündigungsrechtes gemäß Art. 15, Pkt. 1 ABFT.

In der Realität passiert es nur zu oft, dass der Versicherer beim 2. Leistungsfall sein Recht auf eine sogenannte Schadenkündigung in Anspruch nimmt. Nach einer solchen Schadenkündigung bei einer anderen Gesellschaft unterzukommen ist fast unmöglich, da der Schadenverlauf hinterfragt wird und auf Basis der Schadensquote die neue Versicherung nicht selten ablehnt.

Weiters ist auch zu erwähnen, dass sich manche Versicherer aus dem Ärzte-Segment zurückziehen wollen.

Dies kann sich zum Beispiel darin äußern, dass die Prämien bestehender Verträge angehoben werden und dies somit einer versteckten Kündigungsabsicht gleichkommt.

Die Komplexität der Materie und die Vielfalt der am Markt angebotenen Produkte machen eine persönliche Beratung mit einem Versicherungsmakler Ihres Vertrauens empfehlenswert.

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.bmwfi.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.

Nutrition und Kognition

Stärkung von Gedächtnis- und Hirnleistungsfunktion durch innovative und gezielte Ernährungs-Supplementation

Gezielte Nahrungsergänzung hilft erzielbare Potentiale kognitiver Leistungssteigerung bei älteren und belasteten Menschen optimal auszunutzen. Das Kombinationspräparat Acutil® ist ein innovativer Ansatz im Bereich der Nahrungsergänzung und enthält neun Inhaltsstoffe bzw. Vitamine. Eine interdisziplinäre Expertengruppe hat in einem Konsensus-Statement die wissenschaftliche Evidenz der einzelnen Komponenten geprüft und bewertet.

Dass die normale Gedächtnisleistung im Alter abnimmt, ist ein bekanntes Phänomen. Je älter ein Mensch wird, desto weniger Transmitterstoffe werden im Körper produziert und die Anzahl funktionstüchtiger Hirnzellen und Synapsen nimmt ab. Dadurch kann die Gedächtnis- und Hirnleistung mit fortschreitenden Jahren beeinträchtigt werden. Diesem Phänomen kann jedoch durch gezielte Nahrungssupplementation entgegen gewirkt werden.

Bei nicht-krankhaften, altersassoziierten Veränderungen kognitiver Leistung sind am frühesten die Speedfunktionen betroffen, also die Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung. Auch sind die Veränderungen im Bereich der fluiden Intelligenz (Schnelligkeit der Wahrnehmung, Reaktionszeit, induktives Denken, Anpassungsfähigkeit etc.) ausgeprägter als im Bereich der kristallinen Intelligenz (erworbene kognitive Fähigkeiten, die Fähigkeit erworbenes Wissen auf Problemlösungen anzuwenden etc.). Ebenso zählt zum nicht-pathologischen Alterungsprozess eine Verschlechterung des expliziten Gedächtnisses, der selektiven Aufmerksamkeit und des Sprachverstehens unter Störbedingungen.

Zur Erhaltung der „Hirnfitness“ haben sich bislang Lebensstilfaktoren wie eine ausgewogene Ernährung, geistige Beschäftigung, soziale Aktivität, maßvolle körperliche Ertüchtigung und spezielle Hirntrainingsübungen bewährt. Abgerundet werden sollten diese Maßnahmen aber durch eine hochwertige Nahrungsergänzung, damit wichtige Vitamine und Mineralien sowie Wirkstoffe aus Pflanzenextrakten zugeführt werden, um so positive Wirkungen auf die neuronalen Strukturen zu erzielen.

In Österreich greift jeder Dritte über 50-Jährige zur Stärkung seiner Gedächtnis- und Hirnleistungsfunktion auf Ernährungs-Supplementation zurück; ein Teil davon sogar auf eine Kombination unterschiedlicher Produkte. Ein wissenschaftlicher Nachweis hinsichtlich der Wirksamkeit von Supplementierungen steht zumeist aus oder ist fraglich. Im Rahmen der Markteinführung von Acutil®, einer neuen, innovativen und einzigartigen Kombination spezifischer, hirnleistungsfördernder Nährstoffe, wurde die wissenschaftliche Studienlage

von einer interdisziplinären Expertengruppe analysiert und in einem evidenzbasierten Konsensus-Paper publiziert.

Die in Acutil® enthaltenen Komponenten sind breit gefächert (siehe Tabelle) und ermöglichen einen gezielten Ausgleich in Situationen mit erhöhtem Bedarf, vor allem bei älteren Menschen und Personen unter erhöhter geistiger Beanspruchung (z. B. Stress) bzw. zur Stärkung der Hirnleistung bei fortschreitendem Alter (z. B. Abnahme von kognitiven Speedfunktionen). Acutil® wird als Kapsel 1–2 Mal täglich eingenommen und eignet sich als gezielte und abgestimmte Nahrungsergänzung insbesondere dafür, das individuelle Hirnleistungspotenzial optimal zu unterstützen. Obwohl einzelne Inhaltsstoffe von Acutil® auch in der medikamentösen Therapie von Demenzerkrankungen erfolgreich eingesetzt werden, ist Acutil® nicht zur Therapie der Alzheimer-Demenz oder krankhafter Vergesslichkeit vorgesehen, sondern hat seinen Stellenwert in der Substitution und Prävention.

Acutil® Inhaltsstoffe	1 Kapsel enthält	Empfohlene Tagesdosis
Fischöl	500 mg	
davon Omega-3-Fettsäuren	350 mg	
DHA	250 mg	
EPA	40 mg	
Gingko biloba	60 mg*	
Phosphatidylserin	15 mg	
Vitamin E	5 mg	10/15 mg
Folsäure	250 µg	1000 µg
Vitamin B12	5 µg	2 µg

*24% Gingkoflavonoide (14,5 mg), 6% Gingkolide und Bilobalide (3,6 mg)