

# Präsidentenbrief

Über das 1. Österreichische Health Technology Assessment-Symposium am 3. Mai 2010

## Geschätzte Kolleginnen, geschätzte Kollegen!

**D**ie erste Überraschung in Zusammenhang mit der oben genannten Veranstaltung war deren Verlegung vom Haus der Musik in den Festsaal des Gesundheitsministeriums. Das Interesse am ersten Österreichischen HTA-Symposium sprengte den vorgesehenen Rahmen. Schließlich verfolgten 300 Menschen Vorträge und Diskussionen, die in mehrfacher Hinsicht beruhigendes Licht in bedrohlich empfundenes Dunkel zu bringen vermochte.

Prof. Dr. Peter T. Sawicki, Internist, Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Köln) verstand es in seinem Referat bisher als Fehlentwicklung Empfundenes als spannende Herausforderung darzustellen. So den Verlust der gemeinsamen Sprache der Aktivisten im Gesundheitswesen. Er wurde als geradezu selbstverständliche Barriere wertungsfrei beim Namen genannt.

Unterschiedliche Aufgabenstellungen, unterschiedliche Ausbildung, unterschiedliche Interessen bringen es unausweichlich mit sich, dass sich Ärzte, Patienten, Gesundheitspolitiker, Sozialversicherungsfunktionäre der gleichen Materie von verschiedenen Standpunkten aus nähern. „Public health sieht den Wald, der Mediziner die Bäume“. So klar und einfach und doch so kompliziert... Gegenseitiger Respekt wird ebenso unverzichtbar sein wie Kommunikation und schließlich Kooperation. Als Grundvoraussetzung dafür der Wille und die Bereitschaft aller ausnahmslos alles, auch das im eigenen Arbeitstag noch so bewährte, zu hinterfragen. Prof. Sawicki brachte schaurig erheiternde Beispiele sich selbst fortschreitender systematischer Fehler.

Auch die Konkretisierung der Begriffe EbM (Evidenz basierte Medizin), also die systematische Zusammenschau der Ergebnisse hochwertiger Studien und HTA (Health Technology Assessment) zu Deutsch die Technologiefolgenabschätzung gesundheitsrelevanter Verfahren, gelang dem Referenten. EbM wendet sich an die medizinische Wissenschaft, geht in die Tiefe („Bäume“), ökonomische Aspekte sind zweitrangig, eine Wiederholung des Verfahrens zur selben Fragestellung ist selten nötig. HTA wendet sich an die Entscheidungsträger im System, geht in die Breite („Wald“), misst dem ökonomischen Aspekt gleichwertige Bedeutung bei, überprüft vorhandene Ergebnisse immer wieder neu.

**EbM steht vor allem im Dienste der Behandler, HTA zusätzlich und direkt auch im Dienste der Behandelten, muss**

**demnach öffentlicher sein. Informationsblätter bis Internetportale sollen in allgemeinverständlicher Weise Informationsgrundlagen für betroffene Laien bieten und werden unausweichlich vieles vom vorhandenen Informationsmaterial als „Werbebroschüre“ entlarven.**

Weitere hochinteressante Referate beleuchteten den Ist- und den Sollzustand rund um HTA. Nicht minder aufschlussreich so mancher Diskussionsbeitrag. Die Frage nach der rechtlichen Unterstützung durch den Gesetzgeber wurde von HTA-Wissenschaftlern ebenso gestellt wie die Frage nach der Finanzierung von HTA-Forschung durch die öffentliche Hand. Vom etablierten System, das vielen Interessensgruppen beträchtliche Bequemlichkeiten bietet, ist kämpferische Trägheit zu erwarten.

Als Kollege Christian Husek forderte, HTA muss in den Händen der Ärzteschaft bleiben, ging unwilliges Raunen durchs Auditorium, in dem Spitalerhalter, private und öffentliche Versicherungen, die Pharmaindustrie, Pharmazeuten, Wissenschaftsjournalisten, Selbsthilfegruppen, Universitätsinstitute verschiedener Fakultäten, kaum aber Ärzte vertreten waren.

Der Österreichische Hausärzteverband und die Initiative ELGA nahmen jeweils eine Zeile der zwölfseitigen Teilnehmerliste ein. Die Österreichische Ärztekammer entsandte einen offensichtlich nicht unvoreingenommen Teilnehmer zur Podiumsdiskussion. Huseks Forderung ist uneingeschränkt zu bekräftigen. Zweifellos wird es in Zukunft jedermann/jederfrau frei stehen, sich mit der Krankenbehandlung und ihrem weiten Umfeld in jeder erdenklichen Weise zu befassen.

**Selbstverständlich muss bei dieser wissenschaftlichen und auch gesellschafts- und gesundheitspolitischen Arbeit der intime Rahmen des Arzt-Patientenverhältnisses verlassen werden. Die Ergebnisse dieser Bearbeitung aber**



Dr. Christian Euler

**können nur dann wirksam werden, wenn sie in diesen engen Rahmen wieder zurückkehren.**

Auch in den Referaten des HTA-Symposiums wurden einmal mehr die Erwartungen der Patientenschaft demonstriert, die am wirkungsvollsten und nachhaltigsten von deren Vertrauens- und HausarztInnen erfüllt werden können. In die Beratungs- und Therapiegespräche der Hausarztpraxen werden EbM und HTA-Forschungsergebnisse Einzug halten müssen, um radikal, also von der Wurzel aus, wirksam werden zu können. Würde diese Vertrauensressource verkannt oder gering geschätzt („die besondere Intimität zwischen Arzt und Patient ist im Zeitalter von e-health zu hinterfragen“, Sektionschef Clemens Auer im Nov 2008 bei einem Referat an der Med. Uni Wien) wäre das ein folgenschwerer Rückschritt.

**David Sackett, der „Erfinder von EbM“ stellt in seiner Definition der besten vorhandenen Evidenz den Patientenwillen und die klinische Erfahrung des Arztes gleichwertig zur Seite.**

**Auch der qualitätvolle Evidenz basierte Umgang mit Kranken ist immer ein zwischenmenschlicher Prozess. Gesundheitselektronik, Gesundheitsforschung und Gesundheitspolitik müssen dieses ärztliche Handeln stützen und schützen, nicht nur aus humanitären, sondern nicht minder aus ökonomischen Gründen.**

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



## Eva-Maria Baumer ist Leiterin des Geschäftsbereichs des BIQG (Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen).

### Dr. Euler führte mit ihr das folgende Gespräch:

**Euler:** Geschätzte Frau Baumer wir kennen einander seit 2002 vom „med-together-Projekt“ des Gesundheitsministeriums, an dem ich für den Österreichischen Hausärzterverband als einer der wenigen niedergelassenen Ärzte teilnahm. Sehen Sie eine Kontinuität zwischen med-together und ihrer jetzigen Aufgabe im Bundesinstitut für Gesundheitswesen?

**Baumer:** Ja, diese Kontinuität sehe ich durchaus. Wir bauen im BIQG auf den Arbeiten, die damals im Auftrag der Strukturkommission des Bundes durchgeführt wurden, auf. So sind die Erfahrungen und Ergebnisse aus dem med-together-Projekt in die Arbeiten für eine Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement eingeflossen, die derzeit in einer berufsgruppenübergreifenden Leitliniengruppe entwickelt wird. Es sind noch zahlreiche weiteren Aufgaben dazu gekommen, die im Gesundheitsqualitätsgesetz und in der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG festgeschrieben sind. Neben Fragen des Nahtstellenmanagements befassen wir uns mit der Entwicklung einer österreichischen Qualitätsstrategie, Qualitätsprogrammen zur integrierten Versorgung bei ausgewählten Diagnosen, Patientensicherheit, Qualitätsberichterstattung, Ergebnisqualität und Qualitätsregistern und Themen der Qualität und Wirtschaftlichkeit.

**Euler:** Sie repräsentieren einen der drei Partner der „Gesundheit Österreich GmbH“. Was sollte die niedergelassene Ärzteschaft über diese staatliche Einrichtung wissen?

**Baumer:** Mir ist wichtig, dass alle Gesundheitsdienstleister wissen, dass es das Qualitätsinstitut gibt, dass wir unsere Arbeiten gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern aller Berufsgruppen durchführen und keine „Schreibtischtäter“ sind. Wir wollen, dass neben den evidenzbasierten Grundlagen auch das praktische Wissen und die Erfah-



Foto: Anni Bruckner

rung aller Beteiligten in die Entwicklung von Qualitätsstandards einfließen. Nur so können wir die Voraussetzungen schaffen, dass Qualitätsstandards auch in der Praxis gelebt, umgesetzt und eingehalten werden. Wir tun das alles nicht um einen gesetzlichen Auftrag zu erfüllen, sondern um die Versorgungsqualität - sektorenübergreifend - im Gesundheitswesen kontinuierlich weiter zu entwickeln.

**Euler:** Dem ersten Österreichischen HTA-Symposium war eine auch für die Veranstalter überraschend große Teilnehmerzahl beschieden. Auf der zwölfseitigen Teilnehmerliste finden sich nur der Österreichische Hausärzterverband als Berufsgruppenvertreter und Frau Dr. Michaela als Vertreterin der ÄrztInnen-Initiative ELGA. Wollen Sie das interpretieren?

**Baumer:** Gott sei Dank waren doch noch ein paar mehr Vertreterinnen der Berufsgruppe der Ärzte und auch der Standes-

vertretung da, als auf der Teilnehmerliste stehen. Wir haben darauf geachtet, Ärzte und Ärztinnen besonders anzusprechen. Die Ärztekammer war bei der Podiumsdiskussion vertreten, aber darüber hinaus empfinde ich es bedauerlich, dass nicht mehr Berufsgruppenvertreter das Symposium besucht haben. Ärztinnen und Ärzte sind die zentrale Zielgruppe von EbM aber auch von HTA und es ist uns ein großes Anliegen, diese Gruppe auch zu erreichen.

Wir haben Stakeholder aus Politik, Verwaltung, Wissenschaft, Krankenanstalten, Sozialversicherung, Patientenvertretungen, Journalisten, alle Ärztekammern und die Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin auf diese Veranstaltung aufmerksam gemacht. Warum nun von den ärztlichen Berufsgruppenvertretungen nicht mehr Vertreter/innen zum HTA-Symposium gekommen sind, kann ich leider nicht wirklich sagen: Ob die Information nicht ausreichend geklappt hat oder ob das Interesse nicht so groß war?

Vielleicht muss der Bekanntheitsgrad von Methoden wie HTA oder das Prinzip der EbM einfach noch viel mehr steigen, damit diese Instrumente und Prinzipien nicht so negativ gesehen werden und damit auch attraktiver für Veranstaltungen sind. Wir werden uns aber dennoch für zukünftige Veranstaltungen Gedanken machen, wie die Ärzteschaft besser erreicht werden kann.

**Euler:** Ich habe Ihnen meinen Bericht an die Österreichischen AllgemeinmedizinerInnen über das Symposium (Siehe Seite 34) beigelegt. Die großen Themen HTA und EbM werden unsere Zukunft mitprägen. Wollen Sie Ergänzungen und zusätzliche Botschaften deponieren, fühlen Sie sich bitte herzlich dazu aufgefordert.

# Auf dem Holzweg in die Sackgasse

## Zweiter Abend der ÖHV-Veranstaltungsreihe

von Christian Euler

**U**nser zweiter Abend im Radiokulturhaus, „medizinische Erkenntnisse erforscht oder erkauff“ begann wie schon der erste Abend ein Monat zuvor mit einer praxisnahen und kompetenten Einführung in das Thema durch einen Allgemeinmediziner. **Dr. Michael Wendler** berichtete aus seinem - und somit unser aller - Arbeitsalltag, über die Besuche von 90(!) verschiedenen wissenschaftlichen Mitarbeitern verschiedener Pharmafirmen pro Jahr, über deren bestens aufbereitete Botschaften, die auf abgeschlafte bis angespannte KollegInnen treffen, und ihre Wirkung nicht verfehlen.

Er stellte dieser starken Präsenz der Industrie das Fehlen nennenswerter Unterstützung von Seiten weniger profitorientierter Partner gegenüber. So blieb es einmal mehr der Industrie überlassen die Lehrpraxisleiter in ihren idealistischen Bestrebungen unbürokratisch und großzügig materiell zu unterstützen. Dieses Ungleichgewicht durch zwar absichtsvolle aber zweifellos aufmerksame Zuwendung der Industrie und ignorante wie unambitionierte Unterstützung durch die eigene Interessensvertretung ist der Boden, auf dem eine Fehlentwicklung Jahrzehnte lang gedeihen konnte.

Dozentin **Claudia Wild**, Leiterin des Ludwig Boltzmann Institutes für Health Technology Assessment (HTA), beschrieb exakt die etablierten Mechanismen aus Forschungsfinanzierung, verlässlichem und berechenbarem Expertentum, Öffentlichkeitsarbeit und Patienten/Konsumenteninformation um Nachfrage zu wecken, politischen Druck zu erzeugen und den Markt mit medizinischem Fortschritt zu bearbeiten.



In diesem Zusammenhang wurde auch das Thema Fortbildung beleuchtet. Schon von Michael Balint in den Sechzigerjahren als das „ewige Lehrer-Schüler-Verhältnis“ beschrieben, sichert eine an strenge Wissens- und Verantwortungshierarchie gewohnte Ärzteschaft den Eminenzen eine Lehrautorität, die HTA-Prüfungen nicht standhält. Der beharrlich theoretisch und praktisch für die Lehrpraxis engagierte Michael Wendler stellte dieses Aus- und Fortbildungsmodell dem universitären, personenabhängigen Lehrbetrieb gegenüber.

Frau Dr. **Susanne Rabady**, ÖGAM-Vizepräsidentin, Allgemeinmedizinerin mit wissenschaftlichem Engagement auf dem Gebiet der Evidenz basierten Medizin (EbM) erörterte eindrucksvoll die Schwierigkeit, etabliertes Wissen einer möglichst unabhängigen Prüfung zu unterziehen, um den Grad seiner Evidenz zu bestimmen.

Auch bei Einhaltung bewährter Vorgehensweisen ist das Wissen um eine nie erreichbare Objektivität und die unlegbare



Beeinflussung durch die mit dem Problem befassten Persönlichkeiten allgegenwärtig. Redliches Bemühen und die Bereitschaft zu ständig neuerlicher Überprüfung der gültigen Evidenzen sichern ein spannendes, arbeitsintensives aber lohnendes Betätigungsfeld, einen Weg, auf dem die Allgemeinmedizin Selbstbewußtsein und Ansehen erwerben kann.

Richtlinien welcher Art auch immer als Druckmittel auf eine abhängige Ärzteschaft wären das Ende einer zukunftsweisenden Entwicklung, die ganz im Sinne einer notwendigen Reform, möglicher Weise aber nicht im Sinne kurzfristiger Reform ist. Diese Gefahr aufzuzeigen gelang den hochkarätigen und ambitionierten Referenten eines standespolitisch brisanten Abends. Alle drei brachten ihre Expertise ein, ohne sich auch nur den Zeit- und Arbeitsaufwand abgelten zu lassen. Auch das soll bewundernd und dankbar Erwähnung finden.



Fotos: © Sarah-Maria Kölbl

# NÖ Kliniken: Die Bau-Milliarden wackeln

von Wolfgang Geppert

**W**as der NÖ Ärzteschaft mit ihren wiederholten Einwänden nicht gelungen ist, schafft die Finanz- und Schuldenkrise im Handumdrehen. Den von der Landespolitik weit überzogenen Krankenhausinvestitionen drohen Einschränkungen. Zu hoch sind die angehäuften Schulden des Bundeslandes. Welche Bauprojekte zurückgestellt werden, das steht noch in den Sternen.

Den Begriff „Regionaler Strukturplan Gesundheit NÖ 2015“ in wenigen Worten zu beschreiben, ist ein genauso schwieriges Unterfangen wie der Versuch, alle Finanzströme unseres Gesundheitssystems lückenlos darzustellen. Aus Gründen der Vereinfachung werde ich ab nun nur vom „RSG-NÖ 2015“ sprechen. Ein wichtiges Gremium des RSG-NÖ 2015 ist der Lenkungsausschuss. Wie überall in diesem Bereich gibt es auch hier eine mystische Abkürzung. Insider sprechen vom „LKA“. Dieser Ausschuss soll Vorschläge für die NÖ Gesundheitsversorgung erarbeiten. Unter anderem wird die Zahl der notwendigen KH-Akutbetten festgelegt oder der komplette ambulante Bereich bis 2015 vorgegeben. Auch die Anzahl und die Verteilung der Großgeräte festzulegen, ist eine Aufgabe des LKA.

Seit Monaten sitze ich als Vertreter der NÖ Ärztekammer in diesem Gremium. Dabei habe ich laut Vorgabe des Gesetzgebers kein Stimm- oder Antragsrecht. Meine Funktion ist auf Beratung beschränkt. Hemmend ist der Umstand, dass die Führung des Gremiums auf Vertraulichkeit pocht. Bei Veröffentlichung sensibler Daten droht mir der Ausschluss aus dem LKA. So teile ich hier nur Sachverhalte mit, welche als Wortmeldungen meinerseits oft nur widerwillig ins Protokoll aufgenommen werden, weil sie angeblich thematisch nicht in den LKA gehören. Dem von mir verwendeten Zahlenmaterial liegen nicht Versammlungsprotokolle, sondern Pressemitteilungen, Zeitschriften des Landes oder Partei-Aussendungen zu Grunde

## Nur linientreue Gutachten erwünscht

Eine beachtliche Zahl an Verantwortungsträgern hat in den vergangenen Wochen an Struktur und Finanzierung des österreichischen Krankenhauswesens im Allgemeinen und des niederösterreichischen im Besonderen Kritik geäußert. Die Liste der Kritiker reicht vom Bundesminister Stöger und dem Hauptverbands-Chef Mag. Schelling beginnend, über den NÖGKK-Obmann Hutter hinweg bis zum NR-Abgeordneten der ÖVP, Mag. Ikrath. Was liegt also näher, als diese in der Öffentlichkeit ausgetragene Diskussion in ein beschlussfähiges Gremium zu tragen. In der besagten 6. Sitzung des LKA starte ich den Versuch, unabhängige Experten über den KH-Neubauboom im Süden Wiens urteilen zu lassen. Im Hintergrund meiner Wortmeldung stehen die Meinungsäußerungen von Schelling, Hutter und Ikrath. Sie alle lassen kein gutes Haar an den Neubau-Vierlingen Mödling/Baden /Wiener Neustadt/Neunkirchen.

Mein Antrag, der statutengemäß keiner sein darf, lautet: „Der vorliegende Zwischenbericht sieht die derzeitigen Standorte der NÖ Krankenanstalten als gegeben an. Gegen jede Expertenmeinung gerichtet, werden jetzt im NÖ Industrieviertel auf einer Luftlinie von weniger als 50 Kilometern vier neue Spitäler errichtet: Mödling, Baden, Wiener Neustadt und Neunkirchen. Der Lenkungsausschuss wird aufgefordert, umgehend alle fachlichen Beweise dafür zu liefern, dass die Bevölkerung des Wiener Beckens auch nach der Errichtung von nur zwei statt der vier geplanten KH-Neubauten, medizinisch optimal versorgt werden kann.“

Was folgt ist ein Protest der Projektleitung im LKA. Das Thema gehöre nicht in dieses Gremium. Der Beschluss, alle 4 Krankenhäuser neu zu errichten, sei im Landtag gefallen. Angeblich auch mit den Stimmen der SPÖ. Daran gäbe es nichts zu rütteln. Tage darauf, sei es purer Zufall oder auch nicht, kommt über die Medien die Meldung, dass Landeshauptmann-Stellvertreter Mag. Sobotka bei Univ. Prof. MMag. Dr. Gottfried Haber ein Gutachten über die Sinnhaftigkeit der niederösterreichischen Krankenhauspolitik in Auftrag gegeben hat. Der Volkswirtschaftler Haber aus Klagenfurt soll die Landes-Strategie in Sachen Krankenhauswesen bestätigen.

## Die Krankenhaus-Milliarden im Detail

Laut Angaben einer Druckschrift des Landes NÖ vom November 2008 wird der Neubau von Baden und Mödling zusammen 330 Millionen Euro in Anspruch nehmen.



Dr. Wolfgang Geppert

Die Errichtung von Wiener Neustadt steht mit 400 Millionen zu Buche. Für den Bau von Neunkirchen werden 150 Millionen veranschlagt. In den Ausbau des Landes-klinikums St. Pölten sollen 480 Millionen fließen. Das Kremser Krankenhaus wird 180 Investitions-Millionen in Anspruch nehmen. Die knapp 200 Millionen für Mistelbach kommen noch zur Sprache. Auch ins KH Zwettl werden 95 Millionen investiert. Der Rest auf die Gesamtsumme von zwei Milliarden verteilt sich auf die anderen NÖ Landeskliniken. Noch halten die Verantwortlichen an der finanziellen Trennung des österreichischen Gesundheitssystems fest: Land oder Gemeinden erhalten den Krankenhausbereich, für den niedergelassenen Bereich hingegen, sind die Krankenkassen zuständig. Doch die Finanzierung aus einer Hand wird und muss kommen, anders ist die Gesundheitsversorgung auf hohem Niveau nicht aufrechtzuerhalten.

Dann steht auch für niederösterreichische Leistungserbringer nur ein gemeinsamer Topf zu Verfügung, der je nach politischer Entscheidung dem Land oder dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger überantwortet wird. Spätestens zu diesem Zeitpunkt wird klar sein, dass zwei der Gesundheitsmilliarden, die Krankenhausmilliarden, bereits verplant sind. Für die Auslagerung von Leistungen fehlt dann, wie heute schon, das Geld. Die Sobotka-Milliarden tragen dazu bei, das natürliche Gleichgewicht zwischen Krankenhaus-Bereich und Niedergelassenen zu verzerren. Wer Spitäler zu Gesundheitsdreh scheiben und „Wohlfühlzentren“ ausbaut, der darf sich nicht wundern, wenn die Leute vermehrt in →

die Ambulanzen strömen. Bauliche Aufwertungen, wie Parkhäuser und bequeme Zufahrten, wirken wie Magnete. Wirtschaftstreibende in den Zentren unserer Bezirkshauptstädte können da ein trauriges Lied singen. Ihre Geschäfte, voll mit Qualitätswaren, sind Samstag nahezu leergefegt. Jedes neue Einkaufszentrum am Stadtrand zieht die Kauflustigen aus dem Zentrum ab. Die Gründe dafür sind ganz banal: Diese Einkaufszentren haben bequeme Zu- und Abfahrtsmöglichkeiten und Parkplätze in Hülle und Fülle. Mit dem Einkaufswagen geht es direkt bis zum Kofferraum: Bequemlichkeit pur, die alle anderen Kriterien in den Hintergrund drängt.

### **Bestehende Strukturen werden zementiert**

Für die Verantwortlichen hat sich die Frage zu stellen: Wie viel Neuverschuldung durch das NÖ Krankenhauswesen ist verantwortbar? Was kann an unnötigem Ballast nach außen verlagert werden. Das RSG-NÖ 2015 hätte meiner Ansicht nach, allem voran die Aufgabe, sämtliche Auslagerungspotentiale aufzuzeigen, um die NÖ Landeskliniken von unnötigen Belastungen zu befreien. Was bisher geschah ist nur der Versuch, bestehende Strukturen zu zementieren. Neben einem geringen Abbau von Akutbetten sollen die ambulanten Strukturen zaghaft verstärkt werden. Die Experten vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) sprechen im Rahmen dieser geringen Verlagerung von einer „sanften Version“. Doch für diese Variante ist es schon zu spät. Lange Zeit hat man in dieser Angelegenheit nahezu untätig verstreichen lassen. Ambulante Strukturen können nur leistungsfähig sein, wenn sie Jahr für Jahr gestärkt werden. Statt, wie im RSG-NÖ vorgeschlagen, in kleinen Schritten in die richtige Richtung zu gehen, muss angesichts der Budgetsituation und der Versäumnisse jetzt die Vorgabe lauten: Mit riesigen Schritten in die richtige Richtung, um das nachzuholen, was versäumt worden ist! Doch wie soll das funktionieren?

Die Kassen als Geldgeber der Niedergelassenen stehen am Ende ihrer finanziellen Möglichkeiten. Gegen die auferlegte Last, versicherungsfremde Leistungen zu erbringen, zeigten sie nur geringen Widerstand. Das Wochengeld für Mütter zum Beispiel und das Krankengeld für AMS-Versicherte haben im Leistungsspektrum einer Krankenversicherung nichts zu suchen. Die Folgen dieser Fehlentwicklung sind bekannt. Die Krankenkassen sind ausgeblutet. Frisches Geld als Sanierungsbeitrag erhalten sie vom Bund nur unter Erbringung eines rigorosen Sparprogrammes. Österreich weit haben die Kassen dafür bei den ärztlichen Leistungen eine dreistellige Millionensumme einzusparen.

Auf uns Leistungserbringer in NÖ entfallen dabei 17 Millionen. Das sind 6 Prozent unserer Gesamthonorarsumme von 275 Millionen, die uns jetzt weniger zur Verfügung stehen. Wollen wir mit unseren Praxen angesichts dieser Einschnitte nicht langsam aber sicher in die Unwirtschaftlichkeit abrutschen, können wir uns nur über eine Verkleinerung der Leistungspalette retten: Weniger Patienten-Zuwendung, Abschaffung der telefonischen Voranmeldung und Einschränkung der Erreichbarkeit. Nur so kann es uns gelingen, die Personalkosten zu senken.

### **Land NÖ schafft auf Kosten unserer Praxen neue Arbeitsplätze**

Während wir Niedergelassenen in eine völlig ungewisse Zukunft steuern, soll der NÖ Krankenhaussektor mit insgesamt 2 Milliarden Euro aufgepöppelt werden. Gerne nehme ich in diesem Zusammenhang die geplanten Neuinvestitionen ins Landeskrankenhaus Weinviertel Mistelbach als Beispiel zur Hand.

Ein weiterer Ausbau dieses Standortes um sage und schreibe 186 Millionen Euro steht vor der Tür. Bei dieser Gelegenheit erinnere ich mich noch gut an einen Beitrag in der Zeitschrift „Gesund und Leben in NÖ“. Mag. Sobotka sagt in diesem Zusammenhang wörtlich: „Nehmen Sie zum Beispiel das Klinikum in Mistelbach. Derzeit gibt es nur eine einzige Zufahrt. Aber wir brauchen 2 bis 3 – für die Rettung, für die vielen Lieferungen von Verbrauchsgütern und für die Patienten und Besucher.“

Gesagt, getan! Jetzt werden Privathäuser im Nahbereich des Krankenhauses aufgekauft und geschliffen, um bequeme Zufahrten zum Spital zu ermöglichen. Unter anderem kommt auch ein Parkhaus zur Errichtung, während in den umgebenden Nebengassen jede Menge freier Parkplätze auf ihre Verwendung wartet. So wie bisher schon, wird auch bei diesem neuerlichen Griff in die leere Geldschatulle des Landes nicht von zusätzlichen Schulden gesprochen, sondern von notwendigen Investitionen, die der Wirtschaft zu Gute kommen. Und immer wieder fällt das Totschlag-Argument: „Wir schaffen damit zusätzliche Arbeitsplätze.“ An unserem Beispiel sind es zusätzliche 200. Knapp 1.600 Arbeitsstellen existieren im KH Mistelbach schon.

### **NÖ Klinikbauten: Landesfinanzreferent muss die Notbremse ziehen**

Um die Finanzlage des blaugelben Bundeslandes darstellen zu können, müssen wir ein Jahr zurückblenden. In der Budgetrede des Finanzreferenten Mag. Sobotka im Juni 2009 werden die für 2010 geplanten Finanzschulden mit insgesamt 3,2 Milliarden Euro beziffert. 750 Millionen, so der Landesrat, fallen auf die Landeskliniken. Das Gesamtbudget betreffend, wird sich der Brutto-Abgang im Jahr 2010 gegenüber dem Vorjahr nahezu verdoppeln. Anfang Juni dieses Jahres tritt Mag. Sobotka erneut in die Öffentlichkeit, um die Eckdaten eines Voranschlags zu präsentieren.

Das Budget 2011 wird mit schmerzhaften Einschnitten verbunden sein. Sparen ist angesagt. Erstmals seit dem Jahr 1960 wird eine Reduzierung der Ausgaben angestrebt. Zu den Einschnitten, so Mag. Sobotka am 2. Juni 2010, gehörten auch Verschiebungen und Einsparungen bei Spitalsbauten. Damit wird auch Außenstehenden klar, das geplante 2-Milliarden-Krankenhauspaket beginnt zu wackeln.

**Dr. Wolfgang Geppert**

Mitglied des Lenkungsausschusses im RSG-NÖ 2015

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

# Die vertragsfreie Zeit war nur kurz

## Manche Kassenärzte haben trotzdem schnell Geschmack am Wahlarztdasein gewonnen

von Christoph Reisner

**G**enau neun Tage hat die vertragsfreie Zeit mit der SVA der Gewerblichen Wirtschaft gedauert. Neun Tage, in denen zahlreiche Kolleginnen und Kollegen für Patientinnen und Patienten der SVA zu Wahlärztinnen und Wahlärzten wurden. Ich bin im Nachhinein sehr stolz, dass wir derartig viele Ärztinnen und Ärzte (sowohl ehemalige SVA-Kassenärztinnen und -ärzte als auch alle Wahlärztinnen und -ärzte) darin bestärken konnten, keine wie immer gearteten Einzelverrechnungsabkommen mit der SVA anzunehmen, sondern die Chance zu nutzen, den Patientinnen und Patienten faire, nach betriebswirtschaftlichen Kriterien errechnete und damit die ärztliche Versorgung nachhaltig sichernde Honorare verrechnen zu können.

Der Großteil der betroffenen SVA-Versicherten hat das verstanden. Bei weitem nicht alle sind soziale Härtefälle, alle hingegen sind mit der betriebswirtschaftlichen Kalkulation von Preisen vertraut. Ärztliche Leistung ist etwas wert und sollte auch entsprechend honoriert werden. Viele Patientinnen und Patienten haben sich sogar gewundert, wie wenig sie bezahlen müssen. Bei der Honorarabrechnung in der vertragsfreien Zeit haben die gleichen Grundlagen gegolten, die für Wahlärztinnen und Wahlärzte immer gelten. Die Honorare waren in der Höhe grundsätzlich völlig frei gestaltbar.

Als Empfehlungstarif der ÖÄK galt der bisherige SVA-Tarif plus 20 Prozent. Das entspricht der Inflationsabgeltung seit der letzten tarifwirksamen Erhöhung von 2003 sowie dem Ausgleichssatz für die unechte Mehrwertsteuerbefreiung. Wahlärztinnen und Wahlärzte sind der Konkurrenz und der freien Marktwirtschaft ausgesetzt und daher müssen Honorare nach betriebswirtschaftlichen Überlegungen kalkuliert werden. Viele Wahlärztinnen und Wahlärzte haben erkannt, dass es nicht möglich und auch nicht sinnvoll ist, eine Wahlarztordination zum Kassentarif wirtschaftlich positiv zu führen. Insbesondere deshalb, da der Faktor „Zeit = Patientenbetreuung“ von den Krankenkassen in Österreich nur minimal bewertet wird. Aus diesen Gründen habe ich sehr gut verstanden, warum die Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte die vertragsfreie Zeit riskiert hat.

Umso entsetzter war ich über das Verhandlungsergebnis zum Zustandekommen der Einigung zwischen SVA der Gewerblichen Wirtschaft und Österreichischer Ärztekammer vom 10. Juni: Wenn sich zwei uneinige Vertragspartner doch endlich einigen, gehe ich in meinem Verständnis von Vertragspartnerschaft davon aus, dass sie sich aufeinander zu bewegen. Diese Einigung ist jedoch ein deutlicher Schritt zurück. Statt der strittigen Erhöhung von vier Prozent, über die man sich bis zum 9. Juni nicht einig war, bekommt die niedergelassene Ärzteschaft nach sechs Jahren ohne Inflationsanpassung nun eine Erhöhung von 0,65 Prozent. Das aber nicht pro Jahr, sondern bis Ende 2011, was rechnerisch knapp 0,3 Prozent für die Jahre 2010 und 2011 ergibt. Ich bin erschüttert über dieses Ergebnis.

Ich als Wahlarzt kann mich gut in all jene Kassenärztinnen und -ärzte versetzen, welche sich auf die vertragsfreie Zeit eingestellt und vorbereitet haben. Sie alle haben die vertragsfreie Zeit zum Großteil mitgetragen, da Sie berechtigterweise nicht verstehen, dass Sie als einzige Berufsgruppe nie eine adäquate Inflationsabgeltung bekommen. Eine Expertengruppe hat errechnet, dass der Wert der ärztlichen Leistung im niedergelassenen Bereich in den vergangenen zehn Jahren um 25 Prozent gesunken ist. Dieser Schritt zurück ist daher ein Schlag ins Gesicht derer, die sich gut vorbereitet und den Patientinnen und Patienten die Situation erklärt haben. Ganz abgesehen von



Foto: Tschank - Wiener Neustadt

Dr. Christoph Reisner

dem enormen finanziellen Aufwand für die Vorbereitungsaktion in den Ordinationen und auch in den Ärztekammern.

Ich verlange von den verantwortlichen Ärztekammerfunktionären ab sofort eine komplette Änderung der Einstellung zu Vertragsfragen. Ich bin entsetzt, dass die Ärzteschaft so wenig Selbstbewusstsein zeigt und verlange, dass keine Zeit mehr für Verhandlungen mit solchen Ergebnissen geopfert wird. Bereits der Abschluss der NÖ Ärztekammer mit der NÖ Gebietskrankenkasse Ende vergangenen Jahres hatte eigentlich kein „Verhandlungsergebnis“ erbracht, sondern lediglich ein Ergebnis im ohnehin vertraglich vorgesehenen automatischen Mindestausmaß. Dafür hätte man aber nicht verhandeln müssen. Bei solchen Resultaten ist es besser, man akzeptiert einfach sang- und klanglos das Angebot der Gegenseite.

Ich bin an Ihrer Meinung zu diesem Thema sehr interessiert, und zwar ganz egal aus welchem Bundesland Sie sind und ganz egal, ob Sie mit oder ohne Kassenvertrag arbeiten.

Zögern Sie nicht, mir unter [reisner@wahlarzt.at](mailto:reisner@wahlarzt.at) Ihre Meinung zu sagen.

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

# Turnus abschaffen: Reform oder Verschlechterung

## Im Gespräch mit Christian Euler

**D**er HTA-Idee folgend, alles - und besonders die eigene Überzeugung - zu hinterfragen, stellen wir unsere Ablehnung gegenüber den Bestrebungen den Turnus abzuschaffen und approbierten Ärzten den Weg zu bahnen zur Diskussion. Wir baten Frau Dr. Susanne Rabady, Vizepräsidentin der ÖGAM, und Univ.-Prof. Andreas Sönnichsen, Vorstand des Inst. f. Allgemein- Familien- und Präventivmedizin an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg um Ihre Sicht darzulegen.

### Was soll man von der Idee des „Turnus abschaffen“ halten?

In mehreren akademischen Berufen wurde mit dem Ziel der „Praxisnähe“ eine zweistufige Ausbildung geschaffen. Beispielsweise HTL-Ingenieur, gegenüber Diplomingenieur, neuerdings Magister FH gegenüber Magister, medizinisch-technische Fachkraft gegenüber medizinisch-technische Assistentin und Röntgenassistentin.

Man hat damit einerseits für entsprechende Aufgaben ausreichend qualifizierte Arbeitnehmer, die das hoch qualifizierte Personal am Arbeitsmarkt erfolgreich konkurrenziert haben, andererseits gingen diese „berufsbildenden höheren Ausbildungen“ auf Kosten der Allgemeinbildung und entsprechenden Vielseitigkeit. Es ist beispielsweise für einen Abgänger der EDV-HTL schwerer eine seinem Bildungsweg adäquate Arbeit außerhalb der entsprechenden Branche zu finden, als für einen Diplomingenieur mit Studium und Matura einer allgemeinbildenden höheren Schule.

Der approbierte Arzt könnte genau das werden. Abhängig, weil immer auf einen Dienstgeber angewiesen, schlechter bezahlt als die Kollegen mit Turnus und Fachausbildung, allerdings an vielen Orten deren „Billigkonkurrenz“. In unseren schlimmsten Befürchtungen der ideale Arbeitnehmer im aVZ. Vollstrecker von diagnostischen und therapeutischen Richtlinien, die der ökonomisch orientierte aVZ-Betreiber vorgibt.

Es wird auch behauptet ohne Approbation wären unsere StudentInnen „in Europa benachteiligt“. Warum?

### Was sind aus Ihrer Sicht die Argumente, die für den approbierten Arzt sprechen?

**Dr. Susanne Rabady:** Die Idee ist, nach einer Ausbildungszeit von 6 Jahren die Berechtigung zu verleihen, den erlernten Beruf auch ausüben zu dürfen. Jemand, der de jure keinen Handgriff selbständig tun darf, ist am Arbeitsmarkt und in Honorarverhandlungen immer schlechter gestellt als jemand, der das Recht zur Ausübung eines qualifizierten Berufs hat, für den er immerhin 6 Jahre lang studiert hat, also gebildet und ausgebildet wurde.



Als Voraussetzung für die Niederlassung in einer Praxis ist dann zusätzlich eine dem Fach angemessene Spezialausbildung zu absolvieren. Wer will und geeignet ist, wird also nach der Approbation eine Ausbildung machen, die ihn zur Führung einer Praxis berechtigt, nur wird die für die Allgemeinmedizin etwas länger, und viel angemessener, sorgfältiger und zukunftsweisender sein als bisher.

Dafür wird die für die Spezialfächer eher kürzer, weil zwei Jahre Turnus wegfallen.

**Hausärzte werden selbstbewusster und anerkannter werden, da auch sie sich bewusst für ihren Beruf entschieden haben, und sorgfältig genau dafür ausgebildet werden konnten. Damit wird auch nach außen gespiegelt, dass Hausarztmedizin ein eigenes, hoch komplexes Fachgebiet ist, das man nicht einfach „nebenbei“ im Spital lernen kann.**

### Zur Benachteiligung in Europa:

Das jus migrandi zeigt die Absonderlichkeit der Lage recht plastisch: diejenigen österreichischen Ärzte, die ins Ausland gehen, sind den approbierten Ärzten z. B. in Deutschland gleichgestellt, und das mit derselben Ausbildung, mit der ihre in Österreich verbliebenen Kollegen noch drei Jahre als Lehrlinge gelten. Mit geographischen Grenzen kann das doch wohl nichts zu tun haben ob jemand fähig ist seinen Beruf auszuüben oder nicht. Die Berufsberechtigung im Ausland ist ein starker Anreiz zu gehen. Es sind oft sehr begabte Kollegen, die da abwandern. Die Tatsache, dass sie in ihrer Heimat die Berufsberechtigung nicht haben, schadet ihrer Reputation im Ausland, soweit ich höre, weil sie als „Schmalspurausgebildete“ gelten, die zu Hause nicht alleine arbeiten dürften.

### Zur Billigkonkurrenz:

Arbeitsbedingungen und Honorare sind immer und in jedem Beruf Resultat von Kollektivverträgen. Darum wird man sich außerhalb der Ausbildungsordnung kümmern müssen.

Hausärzte, die nicht speziell für die Anforderungen ihres Berufs ausgebildet wurden (also solche, die mit dem Turnus die gleiche Ausbildung haben, wie die allermeisten Fachärzte sie ebenfalls absolviert haben) machen es den Stimmen leichter, die sie zumindest teilweise durch Krankenschwestern und andere medizinische Berufe ersetzen wollen.

Turnusärzte oder Assistenten ohne Turnus befinden sich rechtlich in einer prekären Situation, und die Ausbilder (auch und gerade wir als Lehrpraxisleiter!) noch viel mehr: promovierte Lehrpraktikanten, selbst nach zwei Jahren Turnus, dürfen ja eigentlich keinen Handgriff selber machen, von Entscheidungen ganz abgesehen - wir Lehrpraxisleiter haften voll - und für alles. Eine Approbation würde uns diesbezüglich entlasten.

### Prof. Andreas Sönnichsen:

**1.** Ich halte prinzipiell eine klinische Grundausbildung quer durch alle großen und die wichtigsten kleinen Fächer für durchaus wünschenswert. Der jetzige Turnus wird dieser Grundausbildung nur teilweise gerecht, zum einen weil der Turnusarzt mehr für „niedere Tätigkeiten“ missbraucht denn ausgebildet wird. Zum anderen sind die Rotationen zum Teil zu kurz, um wirklich in der Materie heimisch zu werden. Der Turnus müsste also in jedem Fall reformiert werden.

**2.** Der Turnus beinhaltet nicht eine umfassende Ausbildung in Allgemeinmedizin. Allgemeinmedizin ist nicht gleich „mal in alle Fächer hineinschnuppern“ sondern eine eigene Fachrichtung, die sich mit den Problemen der Versorgung im Niedrigprävalenzbereich,



mit der Versorgung chronisch Kranker, der Prävention und Koordination im Gesundheitswesen sowie mit Individualmedizin (was ist wirklich gut für den Patienten?) befasst. Die erforderlichen Kenntnisse können nur im allgemeinmedizinischen Setting, nicht in der Klinik vermittelt werden (auch nicht in einer Spitalsambulanz).

3. Nach dem derzeitigen System sind alle Ärzte mit Facharztausbildung, wenn sie vorher den Turnus gemacht haben, auch „Allgemeinärzte“ – ohne von Allgemeinmedizin die geringste Ahnung zu haben. Das halte ich für absurd.

4. Unsere Studenten haben einen unnötigen Verwaltungsaufwand, wenn sie nach dem Studienabschluss im europäischen Raum arbeiten wollen, weil sie keine Approbation haben. In Deutschland muss eine

Sondergenehmigung bei der zuständigen Ärztekammer und beim Innenministerium des betreffenden Bundeslandes beantragt werden. Es hängt vom jeweiligen Arbeitgeber ab, ob Dienste etc. gemacht werden dürfen. Der österreichische Kollege wird als „teil-approbierter“ Arzt zweiter Klasse betrachtet.

5. Die Verleihung der Approbation nach dem Studium hat meines Erachtens mit dem Einsatz von Billigärzten in aVZs nichts zu tun. „Billigärzte“ regeln sich über Angebot und Nachfrage. Wenn es keine anderen beruflichen Möglichkeiten für Ärzte gibt, werden sie entweder schlechte Arbeitsbedingungen akzeptieren oder in andere Bereiche (Industrie, Ausland) abwandern, so wie es in Deutschland schon der Fall ist. Wir müssen also über die Kammern erreichen, dass die Rahmenbedingungen für ärztliche Arbeit stimmen.

**Was ich mir wünsche:**

- Approbation direkt nach dem Studium
- Klinische Grundausbildung (common trunc) für alle (man kann sich darüber streiten, ob 1 oder 2 Jahre)
- Anschließende Facharztausbildung
- Allgemeinmedizin als eine Facharztausbildung (inkl. common trunc maximal 5 Jahre, davon optimalerweise 2 Jahre in der Lehrpraxis).

## Eine solche Politik hält kein Land aus!

von Wolfgang Werner

**F**rau Minister Karl möchte also die Ärzteausbildung reformieren! Wir sind es allerdings mittlerweile gewohnt, dass Reform mit Verschlechterung zu übersetzen ist.

**Worum geht es:**

- Abschaffung des Turnus
- Integration von 1 Jahr Praxis in den letzten Studienabschnitt
- Teilapprobation
- Facharzt für Allgemeinmedizin

Es soll das Kind mit dem Bade ausgeschüttet werden, so will es die Ministerin, die mit dem neuen Studienplan einen einjährigen Praxisteil im letzten Studienjahr unterbringen möchte, womit natürlich das Studium der Theorie um ein Jahr verkürzt würde. Die sechsjährige Theorie wird somit auf 5 Jahre verkürzt, und das in Zeiten, wo das Wissen exponentiell wächst - die Verschlechterung der Ausbildung ist für jeden evident.

Dafür wird ein kostenloser studentischer Systemerhalter für administrative Tätigkeiten im Spital geschaffen, der das machen wird, wofür jetzt die Turnusärzte eingesetzt werden, nur eben kostenlos! Nach dem Studium bekommen wir dann einen Arzt ohne Jus

practicandi, der genau nichts machen darf, außer Billigarbeit unter Aufsicht.

Wo? Natürlich im aVZ!

Wenn der Arzt dann lange genug Sklavenarbeit gemacht hat, aus Verzweiflung ein Parteibuch angenommen hat, wird er vielleicht einen Ausbildungsplatz für Allgemeinmedizin oder für ein Fach bekommen.

**Das soll Fortschritt sein?**

Die Argumentation, dass unsere Turnusabsolventen ohne die beschriebene Reform nach Deutschland abgeworben würden, beweist deren Qualität. Daraus ergibt sich für unsere Politiker die logische Konsequenz, die Qualität unserer Ärzte zu senken, damit niemand mehr abgeworben wird – so ein Armutzeugnis. So eine Politik hält kein Land auf Dauer aus!

Frau Minister meint weiter, dass solcherart approbierte Ärzte als Wahlärzte arbeiten könnten. Dieser Vorschlag ist leider wenig durchdacht und geradezu peinlich: welcher Patient wird sich von einem angelesenen Mediziner, den nicht einmal die Krankenkasse unter Vertrag nehmen will, gegen Barzahlung behandeln lassen? Die Ministerin unterschätzt schon gewaltig die mentalen Fähigkeiten der Österreicher - auf eine solche Argumentation würden wohl nur noch die Absolventen des „Gymnasiums für Alle“ hereinfallen!



Sinnvoll dagegen wäre es, die Turnusärzte durch die von Frau Minister vorgeschlagenen „Administrationsassistenten“ zu entlasten und den Turnus um ein Jahr zu verlängern mit den Fächern Orthopädie und Neurologie/Psychiatrie. Dann hätten wir bestens theoretisch und praktisch ausgebildete Ärzte und bräuchten keinen Facharzt für Allgemeinmedizin, was sowieso alleine von der Bezeichnung her eine Kontradiktion in se ist.

Das Einarbeiten eines Praxisteils ins Studium auf Kosten der Theorie halte ich bei explosionsartig wachsendem Wissen für kontraproduktiv. Keinesfalls ist es für mich verständlich, warum die Ärztekammer einen solchen Vorschlag beklatscht, es sei denn, dass kammerfremde Interessen aus der Politik hier wieder in die Ärztekammer hereinwirken.

Meint Ihr Dr. Wolfgang Werner  
[dr.w.werner@aon.at](mailto:dr.w.werner@aon.at)

# Stellungnahme der ÖGAM zur Approbationsdebatte

von Reinhold Glehr

**D**ie ÖGAM unterstützt die Initiative des Wissenschaftsministeriums, die ärztliche Approbation von der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin zu trennen. Gleichzeitig appelliert sie an den Bundesminister für Gesundheit die Arbeit an der Neugestaltung der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin wieder aufzunehmen.

Die Approbation ist europäisch gesehen nicht mehr, aber auch nicht weniger, als die formale Bestätigung einer ärztlichen Basisqualifikation. Sie berechtigt zur eigenverantwortlichen Tätigkeit entsprechend der bereits erworbenen Kompetenzen. Sie ist nicht die Bestätigung einer umfassenden ärztlichen Kompetenz. Zu welchen Tätigkeiten die Approbation befähigt, sollte in Österreich gesetzlich neu festgelegt werden.

## **Vorverlegung bringt Rechtssicherheit bei Migration und Ausbildung**

Die Vorverlegung der Approbation sollte den jungen Kollegen Doppelwege in der Ausbildung ersparen und ihnen einen früheren Einstieg und Abschluss ihrer Ausbildung als derzeit ermöglichen. Gleichzeitig verbessert sich die Möglichkeit für österreichische Ärzte in anderen EU-Staaten mit einer Facharztausbildung zu beginnen. Es soll Rechtssicherheit sowohl bei der Migration als auch während der Ausbildung in Österreich geschaffen werden. Nach der Approbation sollen Kollegen ihre Ausbildung zum Facharzt beziehungsweise zum Arzt für Allgemeinmedizin beginnen. Erst nach Beendigung dieser Ausbildung sollen Ärzte als Facharzt oder Hausarzt praktizieren dürfen.

## **ÖGAM fordert die Verbesserung der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin**

Gut ausgebildete Hausärzte werden auch in Zukunft eine unverzichtbare Rolle im Gesundheitssystem ausüben. Man muss jungen Ärzten Perspektiven bieten, damit der Beruf



auch in Zukunft attraktiv bleibt. Der Turnus entspricht in seiner jetzigen Form nicht den Erfordernissen. Eine Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin, welche diesem Namen gerecht wird, ist notwendig. Das Konzept dafür ist fertig. Es berücksichtigt die Veränderung der Anforderungen, mit denen ein kompetenter Hausarzt heutzutage konfrontiert ist. Eine Umsetzung sollte beginnen, bevor es zu einem Hausarztmangel wie in Deutschland kommt.

**Dr. Reinhold Glehr**

Arzt für Allgemeinmedizin, Präsident ÖGAM

E-Mail: [glehr@aon.at](mailto:glehr@aon.at)

**Weiter Informationen unter [www.hausarzt-online.at](http://www.hausarzt-online.at)**

# Ab morgen ohne Hausärztin oder Hausarzt?

## Ein offener Brief der jungen Allgemeinmediziner Österreichs

„Was würde es für Sie bedeuten, wenn es ab morgen Ihre Hausärztin oder Ihren Hausarzt nicht mehr gäbe? Ein unrealistisches Szenario? Keineswegs. Fast die Hälfte der heute aktiven Hausärztinnen und Hausärzte ist über 55 Jahre alt. Viele Menschen sehen in der hausärztlichen Versorgung nur eine bürokratische Struktur, die ihnen dabei hilft ihre Medikamente zu bekommen, krankgeschrieben zu werden, oder eine Überweisung zu erhalten. Aus ihrer Sicht könnte man die Hausärztinnen und Hausärzte auch alle abschaffen.“

„Bleibt noch die Standesvertretung. Die Akteure der Ärztekammer sind jedoch auch schon großteils über 50 und haben wenig Einblick in den Alltag der jungen Generation. Die Aufrechterhaltung von Mythen, wie „Wir haben das bestes Gesundheitssystem der Welt“, „Der Patient steht immer im Mittelpunkt“ und „Es gibt keine Zweiklassenmedizin“ scheint wichtiger zu sein, als die Ausbildungsqualität.“

„Seit über 20 Jahren weisen engagierte JungärztInnen auf die Mängel in der Ausbildung hin. Die nötigen Veränderungen wurden bisher jedoch immer mit Hinweis auf die Komplexität unseres Gesundheitssystems, Finanzierungsprobleme und Uneinigkeiten in der Standesvertretung, nur sehr mangelhaft umgesetzt.“

Mehr darüber im Expertenletter von **Frau Dr. Julia Baumgartner und Herrn Dr. Martin Sprenger**  
Laut gedacht - Der Expertenletter zur Umsetzung der Patientenrechte – Rubrik: Patient

[www.patientenanwalt.com](http://www.patientenanwalt.com)

**Impressum:** Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeranwaltschaft, Rennbahnstrasse 29 (Glaswürfel), Tor zum Landhaus, A- 3109 St. Pölten  
Telefon: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-Mail: [post.ppa@noel.gv.at](mailto:post.ppa@noel.gv.at)

## Offener Brief von Helmut Heiter

Sehr geehrte Damen und Herren

Als ehemaliger Vize-Präsident des Österreichischen Hausärzterverbandes erlaube ich mir folgende Bemerkung zu „Ab morgen ohne Hausärztin oder Hausarzt?“. Leider hört man seitens der NÖ. Patienten-anwaltschaft nur **Negatives** zum Ärztestand, ihr Chef, Herr Hofrat Bachinger, tut sich da besonders hervor.

Warum eigentlich?? Glauben Sie, dass uns Ärzten so wenig am Wohl der unserer Kunst anvertrauten Menschen liegt?? Glauben Sie wirklich, dass reine Geldgier die einzige Triebfeder unseres Handelns ist?? Und glauben Sie wirklich, dass es keine hochengagierten, von unserem Spitals- und Kassensystem völlig im Stich gelassenen Kolleginnen und Kollegen gibt, die sich **täglich als ganze Menschen** in eine Betreuung einlassen, die eben diesen ganzen Menschen fordern, die ihre Intuition und Einfühlsamkeit so strapazieren, dass sie in den Burn-out geraten – naja vom Schreibtisch aus lässt sich ja elegant und locker urteilen, bei einem regelmäßig pünktlichem Dienstschluss ohne Bereitschaftsdienste... [ich liege derzeit mit 58 Jahren bei über 3000!!].

Wo sind denn nun die heftigen Proteste der Patienten-anwaltschaft dagegen, dass eine staatlich verordnete Ausbildungsordnung zwar eine **Pflichtlehrpraxis** vorschreibt, aber weder die Sozialversicherungen, noch der Bund verpflichtet sind, die noch dazu seit dem mehr als überfälligen Kollektivvertrag exorbitanten Kosten für den Lehrpraxisinhaber durch eine großzügige **Ausbildungsremuneration** (wie auch immer man das formulieren mag!) abzufedern??

Ich habe Interesse, eine Lehrpraxis zu führen und habe auch schon die nötigen Genehmigungen für eine Lehrpraxis, aber die Kosten sind mir einfach zu **hoch** und ich bin nicht schon wieder bereit, solche Ausbildungen als Hobby und eigenbrötlerische Spinnerei auf meine Kosten ablaufen zu lassen – zu oft hat die Patientenbetreuung im Rahmen der Kassenmedizin meine Substanz **ohne** Honorierung überspannt!!

Ich finde es daher beachtlich, dass Sie zwar ein solches Thema aufnehmen, aber sonst nobel schweigen und nicht wie eigentlich nötig ein Trommelfeuer in Richtung Politik in die Wege leiten, um das **zweifelloso vorhandene, exorbitante** Ausbildungsdefizit der angehenden AllgemeinärztInnen zu beenden!!

Auch ich hatte zwar „**nur**“ eine Spitalsausbildung, als ich 1984 meine eigene Praxis übernahm, aber Ende 70, Anfang 80 war eine Lehrpraxis, wenn überhaupt vorhanden, etwas höchst Exotisches. Bedauert habe ich diesen Umstand allemal! Ich finde den Aufschrei der beiden Ärzte wichtig und äußerst interessant, aber Aufschreie gab es schon seit Jahren und es hat sich nichts geändert. Es ist ja in Österreich üblich – siehe Heimaufenthaltsgesetz – Gesetze auf Kosten anderer zu beschließen, ohne dass der Bund auch nur darüber nachdenkt, ob die entstehenden Kosten nicht auch im eigenen Bereich zu Folgen führen würden.

Verpflichtende **Lehrpraxis**: ja gerne! Mein übervoller Fundus an Erfahrungen, Menschenkunde, Fachwissen schreit nach Weitergabe und Vervielfältigung! Aber: **verpflichtendes Honorar** dafür: ja bitte!! **Helfen Sie endlich Ihren Patienten wirklich** und unterstützen Sie diese sinnvolle Forderung mit vollem Druck! Denn eines ist klar: die zu Beginn der Ausführungen der beiden Autoren geschilderten Horroszenarien bezüglich der ärztlichen Versorgung insbesondere auf dem Land sind nicht nur plausibel, sondern am schlechtesten Wege, vollkommen in die Realität übergeführt zu werden.

Mit vorzüglicher Hochachtung

H. Heiter

MR Dr. med. Helmut Heiter, D.O. (DAAO)  
Kaiserfeld 1, A-4673 Gaspoltschhofen, OÖ

Tel.: +43/ (0) 7735/ 6084-0; Fax: -20, [dr.heiter@utanet.at](mailto:dr.heiter@utanet.at) [www.dr-heiter.at](http://www.dr-heiter.at)

# Streitbeilegung im Kassenvertragsrecht

## Teil 1: Die amikale Aussprache

von Markus Lechner

„**S**treitigkeiten zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger sollen einvernehmlich beigelegt werden.“ So sehen es sämtliche - auf dem Mustergesamtvertrag - basierenden Gesamtverträge vor: Bevor der (gesamtvertraglich eingerichtete) Schlichtungsausschuss und in weiterer Folge die (gesetzlich eingerichtete) Paritätische Schiedskommission bzw. die Landesberufungskommission angerufen werden können, sollen die Teile des kurativen Einzelvertrages Meinungsunterschiede nach Möglichkeit einvernehmlich beilegen.

Im Vordergrund soll dabei die Streit“schlichtung“ stehen, bevor die Streit“entscheidungs“instanzen angerufen werden können. Derartige Schlichtungsversuche können telefonisch oder schriftlich erfolgen (z. B. kurze Abklärungen von Abrechnungen oder Verschreibungen), oder aber persönlich, wenn der Sozialversicherungsträger den Vertragsarzt zu sich lädt.

In der Praxis hat sich für diesen letzteren Streitschlichtungsversuch der Terminus „amikale Aussprache“ eingebürgert. Wie die Bezeichnung suggerieren soll, soll die Aussprache in amikaler, also freundschaftlicher Atmosphäre unter gleichberechtigten Vertragspartnern stattfinden. Vertragsärzte, die bereits zu solchen „amikalen“ Aussprachen geladen wurden, berichten, dass die Atmosphäre bei solchen Aussprachen freilich alles andere als freundschaftlich sein kann:

Nicht nur sitzt der Vertragsarzt dem Chefarzt und allenfalls weiteren Vertrauensärzten des Sozialversicherungsträgers gegenüber, sondern nehmen auch Juristen oder zumindest in Vertragspartnerangelegenheiten juristisch geschulte Mitarbeiter des Sozialversicherungsträgers an amikalen Aussprachen teil. Vermag der Vertragsarzt noch in medizinischen Angelegenheiten seinen Standpunkt zu vertreten, so schwierig können jedoch juristisch diffizile Probleme des Vertragspartnerrechts (z. B. Auslegung des Gesamtvertrages, der Honorarordnung) zu argumentieren sein.

Meist werden dem Vertragsarzt vom Sozialversicherungsträger anlässlich amikaler Aussprachen Fehlerrechnungen vorgeworfen und daraus resultierende Honorarkürzungen vorgeschlagen. Ärzte berichten auch davon, dass ihnen die Kündigung des kurativen Einzelvertrages angedroht worden sei, sollten vom Sozialversicherungsträger errechnete Honorarkürzungen nicht akzeptiert oder ein bestimmtes Abrechnungsverhalten nicht geändert werden, was auf viele Vertragsärzte entsprechenden Druck ausübt. Eine derartige Druckausübung auf den Vertragsarzt wird wohl als unzulässig anzusehen sein, wenn nicht gravierendes Fehlverhalten vorliegt. Unter Druck und Zwang abgeschlossene Vergleiche können im Nachhinein jedenfalls angefochten werden.

Zu beachten ist, dass die Bundesschiedskommission eine Pflicht des Vertragsarztes zur Teilnahme an vom Sozialversicherungsträger gewünschten amikalen Aussprachen



Mag. Markus Lechner

(und in weiterer Folge an Schlichtungsausschüssen) judiziert. Diese Pflicht zum Versuch der Streitschlichtung resultiert aus dem kurativen Einzelvertrag. Nehme ein Vertragsarzt nicht an solchen Schlichtungsversuchen teil, verstoße er gegen den kurativen Einzelvertrag. In Extremfällen könnte daher die Weigerung zur Teilnahme an amikalen Aussprachen und Schlichtungsausschüssen auch die Kündigung des kurativen Einzelvertrages rechtfertigen.

Umgekehrt sei eine sofortige Kündigung durch den Sozialversicherungsträger ohne Ausschöpfung der Schlichtungsinstrumentarien aber nur in Extremfällen zu rechtfertigen.

Jeder Vertragsarzt ist daher gut beraten, an amikalen Aussprachen teilzunehmen. Es ist zudem dringend zu empfehlen, dass den Vertragsarzt dabei sofort auch ein im Vertragspartnerrecht versierter Jurist unterstützt.

Serie wird fortgesetzt.

**Mag. Markus Lechner, NÖ Ärzteanwaltschaft, Rechtsanwalt**

6911 Lochau, Althaus 10, Tel.: 05574/53788, Fax: 53789  
Handy: 0664/1534383, e-mail: [lechnermarkus@aon.at](mailto:lechnermarkus@aon.at)

# Praktische Aspekte der lokalen Wundtherapie: Die Wunddokumentation

F. Lang, Serie aus Hartmann Wundforum 2/2009, Teil 1

**D**ie Wunddokumentation ist ein wichtiges Instrument zur Sicherung der Behandlungsqualität. Denn eine gut geführte Wunddokumentation beschreibt alle Kriterien, die sowohl der Planung als auch der Kontrolle der Therapie und des Heilungsverlaufs dienen, und ist damit die Grundlage einer jeden effektiven Wundbehandlung.

Die sorgfältige Erfassung der Daten zum Wundzustand dient allen an der Wundbehandlung und -versorgung Beteiligten als verbindliche Leitlinie und erleichtert das medizinisch-pflegerische Vorgehen, beginnend mit der Diagnose der Wundursache, der Festlegung einer adäquaten Kausaltherapie, dem Wundassessment, d. h. der Einschätzung des Wundzustandes, und daraus resultierend der Festlegung der lokalen Wundtherapie sowie der kontrollierten Beobachtung des Therapie- und Heilungsverlaufs.

Die Wunddokumentation trägt insbesondere dazu bei, die so wichtige Kontinuität der Wundbehandlung zu sichern. Alle im Wundteam arbeitenden Ärzte und Pflegekräfte verfügen durch die Dokumentation über die gleiche aktuelle Information und sind zu einer fortwährenden Kommunikation angehalten. Dies ist vor allem bei der Behandlung chronischer Wunden von ausschlaggebender Bedeutung, da die in der Regel monatelange Heilungszeit einem polypragmatischen Vorgehen mit unbegründeten und oftmals nicht nachvollziehbaren häufigen Therapiewechseln Vorschub leistet.

Hier ist dann die gut geführte Wunddokumentation über die lange Zeit hinweg eine echte Orientierungshilfe für die Behandelnden, kann aber auch die Patientencompliance fördern. Abgesehen davon, dass der schriftliche Nachweis einer dem aktuellen Stand entsprechenden ärztlich-pflegerischen Wundversorgung gesetzlich vorgegeben ist, sollte die Wunddokumentation von Ärzten wie Pflegekräften vorrangig als ein unerlässliches Instrument zur Sicherung der Behandlungsqualität gesehen und akzeptiert werden und nicht nur als lästige zusätzliche „Schreibarbeit“. Die richtige Einstellung und

Bewertung könnte dann auch dazu führen, die zweifellos vielfältigen Schwierigkeiten bei der Implementierung eines Wunddokumentationssystems überwinden zu helfen.

Nachfolgend werden einige praxisrelevante Aspekte zur Wunddokumentation erläutert, fokussiert auf die chronische Wunde. Dabei ist es hilfreich, zunächst auf die hauptsächlichen Probleme einzugehen, die die Behandlung chronischer Wunden mit sich bringt, weil dies den Blick für die aktuelle Wundsituation schärfen kann. Schwierigkeiten bei der Behandlung festzuhalten und den anderen im Wundteam mitzuteilen, ist aber auch bereits ein wichtiger Bestandteil der Wunddokumentation.

## Schwierigkeiten und Probleme bei der Behandlung chronischer Wunden

Definitionsgemäß wird eine sekundär heilende Wunde, die trotz kausaler und sachgerechter lokaler Therapie innerhalb von acht Wochen keine Tendenz zur Heilung zeigt, als chronisch bezeichnet. In den überwiegenden Fällen stellen chronische Wunden dabei das letzte Stadium einer fortschreitenden Gewebeerstörung infolge venöser, arterieller oder stoffwechselbedingter Gefäßleiden (venöse, arterielle, diabetische Beinulcera), von Druckschädigungen (Dekubitus), Strahlenschäden oder Tumoren dar.

Entsprechend diesen Ursachen sind vor allem ältere Menschen von chronischen Wunden betroffen, und die Veränderung



Friedhelm Lang

der Altersstruktur hin zur Überalterung der Bevölkerung wird zu einer weiteren deutlichen Zunahme chronischer Wunden führen. Derzeit geht man davon aus, dass in Deutschland mehr als vier Millionen Menschen von chronischen Wunden betroffen sind (Angaben des Bundesverbandes Medizintechnologie e. V., BVMed).<sup>\*</sup> Die Behandlungszeiten liegen dabei zwischen sechs Monaten und sechs Jahren, und so ist es gut vorstellbar, mit welchem Leidensdruck dies für den einzelnen Betroffenen verbunden ist, aber auch welche enormen Behandlungskosten entstehen. Schätzungen zufolge belaufen sich diese in Deutschland auf etwa 3 bis 4 Milliarden Euro pro Jahr. Zur Verbesserung der Situation sind deshalb effektive Behandlungskonzepte gefragt, die der besonderen Problematik der chronischen Wunde Rechnung tragen.

<sup>\*</sup>) Geht man davon aus, dass die Bevölkerung in Österreich ähnlich Probleme hat, kann man hierzu-lande mit etwa 400.000 Betroffenen rechnen.

### „Checkliste“ zur Datenerhebung

Abb. 1

- |   |   |
|---|---|
| ■ Wundursache und -klassifikation (z. B. Dekubitus, Ulcus cruris venosum usw.)              | ■ Epithelbildung sichtbar   |
| ■ Lokalisation der Wunde  | ■ Infektionszeichen (Rötung, Ödeme, Schmerz, Geruch: jauchig, süßlich)  |
| ■ Schweregrad der Wunde, einschließlich Größe und Tiefe (z. B. Dekubitus Grad I-IV)         | ■ sonstiger Wundschmerz vorhanden   |
| ■ Beurteilung des Wundzustandes   | ■ Zustand der Wundränder (Farbe, Ödeme, Mazeration)   |
| ■ Taschenbildung, Unterminierung  | ■ Zustand der Hautumgebung (Erythem/gerötet, Mazeration/aufgequollen, Induration/verhärtet, ekzematös verändert: trocken oder sezernierend) |
| ■ Anteil nekrotischen Gewebes (geschlossene Nekrosekappe, Schorf, schmierige Beläge)        | ■ allergische Reaktionen auf Wundpräparate  |
| ■ Beschaffenheit und Menge des Exsudats (serös, blutig-serös, eitrig)                       | ■ Therapie (systemisch, lokal)  |
| ■ Anteil und Beschaffenheit des Granulationsgewebes (schlaff-blass, zyanotisch, frisch-rot) | ■ Patientencompliance vorhanden / Schwierigkeiten   |

# Die Euro-Krise

von Martina Hagspiel

*„Die schlimmste Wirkung des Kapitalismus ist, dass man glaubt, alles, was man bezahlen kann, gehöre einem.“*

Martin Walser (\*1927), dt. Schriftsteller

**A**nfang Mai überschlugen sich wieder einmal die Ereignisse: Innerhalb von zwei Tagen werden 3 Euro-Länder von der Rating-Agentur Standard & Poors herabgestuft: zuerst Griechenland (von BBB+ auf BB+) und Portugal (A+ auf A-), dann in weiterer Folge Spanien (von AA+ auf AA). Eine weitere Herabstufung der genannten Länder, als auch eine Herabstufung von Irland ist zum aktuellen Zeitpunkt nicht ganz unwahrscheinlich. Als Resultat erhöhen sich die Risikoaufschläge für Staatsanleihen unterhalb der höchsten Bonitätsstufe drastisch und der Schuldenberg wird laufend größer.

In unmittelbarer Folge installiert die EU gemeinsam mit dem IWF einen 750 Milliarden Euro schweren Schutzschirm gegen Spekulationen auf den Zusammenbruch des europäischen Währungssystems. Um die Banken zu stützen und Befürchtungen der Finanzmärkte zu besänftigen, senkt die EZB die Qualitätsanforderungen an Anleihen, die sie als Deckung für Kredite akzeptiert.

Das soll die Bereitschaft von Banken erhöhen, Griechenland Kredite zu gewähren, indem sie zukünftig Anleihen auch mit Ratings von BBB- bei der EZB in Bargeld tauschen können. Weiters können die Banken riesige Profite aus der Differenz lukrieren, die zwischen den hohen Zinsen, die ihnen Griechenland zahlen muss, und dem fast billig finanzierten Geld, das sie zu einem Zinssatz von 1 % bei der EZB aufnehmen können, entsteht.

Mit der Verabschiedung des Pakets werden endgültig all jene Grenzen überschritten, die bislang die Spielregeln in der EU bestimmten. So etwa, dass kein Mitgliedsland für die Schulden eines anderen aufzukommen hat (Non-Bail-Out-Klausel).

Dieses Hilfspaket löste zwar an den Finanzmärkten eine kurze kräftige Gegenreaktion aus, was bedeutet dies jedoch à la longue? Eine Schuldenkrise wird kurzfristig mit noch mehr Schulden und einer zusätzlichen Inanspruchnahme der Kapitalmärkte bekämpft? Einen Betrunknen mit einer Flasche Whiskey wieder nüchtern zu bekommen wäre wahrscheinlich ein ähnliches Unterfangen.

Wie stark beschneidet diese umfangreiche Entscheidung auch zukünftige Handlungsspielräume der Krisenintervention und wie stark gefährdet diese den Euro? Tatsächlich ist fraglich, ob es sich bei der Aktion der Notenbanken um mehr als einen psychologischen „Schubser“ handelt – und ob dieser überhaupt für Schwung sorgt.

Grundsätzlich darf man davon ausgehen, dass aus der jüngst „vergangenen“ Krise nicht viel gelernt wurde. Die Banken zeigen sich international unbeeindruckt und agieren wie zuvor. Rating Agenturen unterstehen immer noch keinem objektiven Kontrollorgan. Produkte, die als Auslöser der Finanzmarktkrise galten, werden neu verpackt und frisch gestylt auf den Markt geworfen. Boni werden wieder in enormen Höhen ausbezahlt. Das Handelsvolumen an den Märkten übersteigt jedes Maß an Realitätsbezug und Leerverkäufe stehen an der Tagesordnung.

Blasenbildungen sind klar absehbar, speziell im Staatsanleihen-, und Unternehmensanleihen-Bereich. In Zeiten eines enormen Refinanzierungsbedarfes auf der einen Seite und einem extremen Engpass bei den Refinanzierungsmöglichkeiten auf der anderen Seite ist eine Anleihe (ein Schuldschein, den man handeln kann), ein sehr leichter Weg.

**Im Großen und Ganzen kann man diese Ausführungen relativ leicht auf einen gemeinsamen Nenner zusammenfassen: der Kapitalismus, eine seit der Industrialisierung aufgekommene Wirtschaftsordnung, die auf Privateigentum**

**und Marktwirtschaft beruht, hat als praktisches Modell in vielerlei Form versagt.**

Nur was kommt danach? Die Strömungen der Kapitalismuskritik gehen in alle Windrichtungen: zum Neomarxismus, vom Syndikalismus bis zur Postmoderne, vom ökologischen bis zum christlichen Schwerpunkt, von der Kritik am Globalisierungsgedanken bis hin zur freiwirtschaftlichen und anthroposophischen Kapitalismuskritik – eine Lösung kann jedoch keine der Denkrichtungen anbieten.

## Was bedeuten diese Ausführungen nun für Ihr Depot?

Grundsätzlich kann ich immer hinter den von mir bereits viel zitierten Strategien stehen:

- Profitieren Sie vom Cost-Average-Effekt und arbeiten Sie mit Sparplänen
- Schwimmen Sie gegen den Strom
- Schonen Sie Ihre Nerven
- Versuchen Sie breit zu streuen
- Halten Sie sich eine ausreichende Cash-Position, um nachschießen zu können.

Weiters möchte ich Ihnen dazu raten sich ein wenig stärker auf Sachwerte zu konzentrieren. Bei einer möglichen Neubewertung des Währungssystems und somit bei einem möglichen Währungsreform-Szenario reduziert sich ein Geldwert auf seinen inneren Wert.

Dieser innere Wert kann im Extremfall Null Euro betragen, da die Papiergeldmenge schon lange nicht mehr durch Gold gedeckt ist und somit der Wert der Anlage grundsätzlich nur auf einem Schuldversprechen basiert. Oder wie ein zynischer Mensch sehr treffend formulierte: „Es bleibt Ihnen einzig und allein der Brennwert des Sparbuches erhalten“. Bis dato hat in der Vergangenheit noch kein Papiergeldsystem mehr als 3 Generationen überlebt.

## Bei einem Sachwert ist dies anders:

Sachwerte sind Gegenstände und Anlagen, die in physischer Form vorhanden sind und haben einen Wert in sich bzw. stellen einen Vermögensspeicher dar. Besonders bei der gefürchteten Geldentwertung durch Inflation (schleichend) oder einer Währungsreform (schlagartig), können klug ausgewählte Sachwerte punkten. Im schlimmsten Fall ergibt sich ein anderer Preis (z. B. in einer neuen Währung), der

Wert bleibt jedoch erhalten, da die Anlage einen eigenen Substanzwert besitzt.

**Geld (Papier-) Werte**

- Geldscheine
- (Post-)Spareinlagen
- Pfand- + Rentenbriefe
- Bausparguthaben
- Zertifikate, Schuldverschreibungen
- (öffentliche) Anleihen/Genussrechte
- Ansprüche aus (Lebens-)Versicherungen (englische LVs sind ausgenommen)

**Sachwerte**

- Immobilien, Grundstücke
- Aktien
- Rohstoffe (Öl, Gas, etc. - physisch)
- Edel-/Industriemetalle (physisch)
- Unternehmensbeteiligungen (Private Equity)
- Schiffe, Flugzeuge, Container
- Kunst/Antiquitäten/Oldtimer



**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](mailto:office@martina-hagspiel.com) [www.martina-hagspiel.com](http://www.martina-hagspiel.com)

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

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

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

**Osteoarthrose:**

**Mit Condrosulf® und Bewegung gegen den Knorpelabbau**

**O**steoarthrose ist die häufigste Erkrankung des Bewegungsapparates. Die Erkrankung ist bei etwa 80 Prozent der Bevölkerung ab 60 Jahren nachweisbar, verläuft aber oft zunächst asymptomatisch. Da der Abbau von Knorpelmasse irreversibel ist, ist es wesentlich, das Fortschreiten der Krankheit frühzeitig einzudämmen, möglichst bereits bevor Symptome wie Schmerzen und Bewegungseinschränkungen auftreten.

Durch die Zunahme der Lebenserwartung erlangen degenerative Krankheiten immer mehr an Bedeutung. Bereits jetzt zählt die Osteoarthrose zu den häufigsten Ursachen für chronische Schmerzen, Behinderungen und frühzeitiger Pflegebedürftigkeit im Alter. Neben hohen volkswirtschaftlichen Kosten bedeutet die Erkrankung eine massive Einschränkung der Lebensqualität der Betroffenen.

**Condrosulf® und Bewegung sind der erste Schritt**

Der Wirkstoff Chondroitinsulfat ist als natürlicher Bestandteil des Knorpels für dessen Elastizität und „Stoßdämpfer-Wirkung“ verantwortlich. Es kommt im Körper auch in der Haut, den Sehnen, den Knochen und in den Arterienwänden vor. Studien<sup>2</sup> belegen, dass das Präparat Condrosulf® mit 800 mg Chondroitinsulfat die Aktivität der knorpelabbauenden Prozesse hemmt und somit der Gruppe der strukturmodifizierende Substanzen (SMOAD = structure modifying drug in the treatment of osteoarthritis) zugeordnet werden kann. Gleichzeitig können Symptome wie Schmerzen gelindert und die Bewegungs- und Belastungskapazität verbessert werden. Die Wirksamkeit von Condrosulf kann bis zu 3 Monaten nach dem Absetzen des Präparates anhalten. Condrosulf wird von der EULAR (European League against rheumatism) bei Gonarthrose mit 1A, bei Cox- und Handarthrose mit Evidenzlevel 1B bewertet<sup>1</sup>.

Neben einer medikamentösen Therapie sollte auch Bewegung einen wichtigen Teil der Therapie darstellen. Durch gleichmäßige Übungen mit geringer Belastung kann eine Verbesserung der Sensomotorik und eine Stärkung der gelenkstabilisierenden Muskulatur und des Bandapparates erreicht werden.



Code: CON\_2010\_004

<sup>1</sup> Jordan et al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis. Ann Rheum Dis 2003; 62: 1145-1155

<sup>2</sup> Beat et al: Chondroitins 4 and 6 Sulfate in Osteoarthritis of the Knee, A Randomized, Controlled Trial, Arthritis & Rheumatism, Vol. 52, No. 3, March 2005, pp 779-786.

Uebelhart et al: Treatment of Knee Osteoarthritis with Oral Chondroitin Sulfate. A Survey Advances in Pharmacology, 2006, 53, 523-39. Uebelhart et al: Intermittent treatment of knee osteoarthritis with oral chondroitin sulfate: a one-year, randomized, double-blind, multicenter study versus placebo. Osteoarthritis and Cartilage (2004) 12, 269-276.

**Fachkurzinformation Condrosulf® 800 mg-Tabletten:** Bezeichnung des Arzneimittels: Condrosulf® 800 mg-Tabletten. **Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält 800 mg Natriumchondroitinsulfat. **Hilfsstoffe:** Magnesiumstearat. **Anwendungsgebiete:** Zur unterstützenden Behandlung von degenerativen Gelenkerkrankungen (Arthrosen). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber einem der Inhaltsstoffe. Über die Anwendung bei Kindern unter 12 Jahre liegen keine Untersuchungen vor. Condrosulf darf daher bei Kindern unter 12 Jahre nicht angewendet werden. **Schwangerschaft und Stillperiode:** Es liegen keine hinreichenden Daten für die Verwendung von Chondroitinsulfat bei Schwangeren oder stillenden Müttern vor. Im Tierversuch erwies sich Chondroitinsulfat als nicht embryo- oder fetotoxisch. Das potenzielle Risiko für den Menschen ist nicht bekannt. **Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Gewöhnungseffekten und zu besonderen Warnhinweisen zur sicheren Anwendung sind der „Austria-Codex Fachinformation“ zu entnehmen.** **ATC Code:** M09AX02. **Hersteller:** IBSA, Lugano, Schweiz. **Zulassungsinhaber:** Sanova Pharma Ges.m.b.H. **Packungsgrößen:** 10, 30, 90 Stück. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rp, apothekenpflichtig.