

Präsidentenbrief

Geschätzte Kolleginnen, geschätzte Kollegen!

Kann man wirklich über alles reden? Oder gibt es Situationen, in denen Gesprächsverweigerung als unmissverständliche Positionierung unverzichtbar ist. Nach dem Erscheinen der Aprilausgabe des „Hausarzt“ wurde dem Österreichischen Hausärzterverband wegen seiner einmal mehr dargestellten Position zu ELGA und e-Medikation der Vorwurf der „unreflektierten Totalablehnung“ und „Diskussionsverweigerung“ gemacht.

Als Beispiel für einen konstruktiven Diskussionsbeitrag wurde ein Referat mit dem Titel „e-Medikation, was braucht der Patient, was will der Arzt“ beigelegt. Auch nach aufmerksamer und um Unvoreingenommenheit bemühter Lektüre konnte ich keine Rechtfertigung für die e-Medikation finden. Unleserliche Entlassungskurzbriefe, elendslange Wartezeiten auf Berichte über stationäre Aufenthalte, listige Drogenabhängige, „verschwiegene“ Fachärzte, Wortneuschöpfungen bei Medikamentennennungen durch Patienten, das alles ist mit etwas mehr Rücksichtnahme auf die mit- und weiterbehandelnde Kollegenschaft ohne Millionenaufwendung und Befehlsausgabe an Gesundheitsdienstleister zu minimieren. Aus der Welt schaffen kann es auch ein elektronisches Monster nicht.

Ich habe zwei Jahre lang am Projekt „med-together“ des Gesundheitsministeriums teilgenommen (wahrscheinlich als einziger, der tageweise einen Ordinationsvertreter bezahlte um teilnehmen zu können). Die wichtigste Botschaft hörte ich aus dem Mund der Leiterin der Aufnahmeabteilung im Krankenhaus Eisenstadt: „Zwei Dinge dürfen Sie uns nicht zuweisen. Ihre Verantwortung und Ihre Zeitnot“.

Verantwortung wahrnehmen auch wenn es Zeit kostet, das ist die passende Investition in alle zukünftig nötigen Problemlösungen. Sie ist menschennah, sofort wirksam, vertrauensfördernd, ohne Gefahr für die besondere Intimität zwischen Arzt und Patient.

Ende April stellte die Ärzteschaft die Frage nach den Kosten für ELGA.

Die Angaben schwankten zwischen der amtlich vorgebeteten Pauschalsumme von 30 Millionen Euro bis 2014, und den realistisch geschätzten 200 Millionen Euro Errichtungs- und 100 Millionen Euro jährlicher Betriebskosten. In dieser schlappen Bandbreite von 1 zu 10 diskutieren die allgegenwärtigen wie unbelehrbaren Wortspender und bestärken einander im Glauben am Boden der Realität zu stehen.

Schon vor Jahren sahen wir die größte Gefahr für eine menschenzentrierte Medizin im Verlust der Arbeitsfreude innerhalb unseres Berufsstandes. Der unanzweifelbare Sinn unserer Bemühungen und das einander bestärkende Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient war seit Jahrzehnten die Motivation für die Bereitschaft zu überdurchschnittlicher Arbeitsleistung. Derzeit ist die Hälfte der Ärzte von burnout berührt. Die einen spüren den Schwung im Berufsalltag schwinden, ein beträchtlicher Teil ist ausgebrannt.

In unserer Veranstaltung „Die krankmachende Wirkung des Misstrauens“ im Radiokulturhaus zählten Frau Doz. Margot Schmitz und Frau Prof. Gudrun Piffl rigide Reglementierungen, bedrängende Kontrollen und realitätsferne Entscheidungsträger zu den belastenden Faktoren, Eigenverantwortlichkeit und Kreativität zu den Leistungsfördernden Faktoren des Berufslebens.



Dr. Christian Euler

Es gibt gesichertes Wissen: darüber sollte endlich geredet werden.

Es gibt absurde Hirngespinnste: über die sollte man endlich schweigen.

Wir beschränken uns darauf jene Kooperative aus Politik und Wirtschaft zur Kenntnis zu nehmen, die ein Verbraten öffentlicher Gelder „Gesundheitsreform“ nennt, sich durch unglaubliche gesetzliche Rahmenbedingungen gegen demokratischen Entscheidungsfindungen abgesichert hat, Wahrheiten nicht zur Kenntnis nimmt, ihre eigene Realität produziert und verbreitet, unter dem Vorwand von Gesprächsbereitschaft und Angeboten zur Zusammenarbeit Mitträger einer untragbaren Verantwortung sucht.

Einer Seilschaft, die sich per Gesetz Sachkundige vom Leib hält, die sich trotzig und selbstherrlich über rechtskräftige Urteile hinweg schwindelt, die wissentlich Unsummen verplant, die nach eigener Aussage nicht zur Verfügung stehen, die von monomanem Sendungsbewusstsein getrieben nicht müde wird freiheitsberaubendes Unheil einen „wesentlichen Schritt in Richtung Patientensicherheit“ zu nennen stehen wir für keinerlei Alibi-Kooperation zur Verfügung.

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

Österreich auf dem Weg nach Griechenland

E If Millionen Griechen haben 327 Milliarden Euro Schulden. Acht Millionen Österreicher stehen mit über 240 Milliarden in der Kreide. Das ist Grund genug, vor der eigenen Türe zu kehren. Trotzdem erheben Verantwortungsträger tagtäglich Forderungen, die den heimischen Schuldenberg noch vergrößern. Im Gesundheitssystem reicht die Palette von einer neuen Berechnung der Rezeptgebührenobergrenze bis zum Milliarden-Grab ELGA.

Dem Redaktionsteam der ORF-Sendung Bürgeranwalt, Mitte Mai, war die angeblich ungerechte Berechnung der Rezeptgebührenobergrenze einen 14 Minuten langen Beitrag wert. Ein 71-jähriger Pensionist namens Heinz Trauer führte Beschwerde, dass er trotz der seit 2008 bestehenden Obergrenze von zwei Prozent des Nettogehaltes bisher nie in den Genuss einer Rezeptgebührenbefreiung gekommen ist. Schuld daran, so der Tenor des Fernsehbeitrages, sei natürlich nicht seine jährliche Nettopension von 17.772,- Euro sondern das ungerechte Berechnungssystem des Hauptverbandes und der Krankenkassen. Die Bösen würden nämlich nur die bezahlten Rezeptgebühren addieren. Alle Medikamente, die darunter liegen, würden als Privateinkäufe eingestuft. Aus diesem Grund erreiche er mit seiner jährlichen Rezeptgebührensomme von 270,- Euro nie die erhoffte Befreiung. Seine privaten Medikamenteneinkäufe betrugen im vergangenen Jahr 306,- Euro.

Alle Interviewten, auch der Gesundheitsminister eingeschlossen, forderten eine rasche Änderung der derzeit gehandhabten Praxis: Medikamente, deren Preis unter 5,10 Euro liegen, sollten schleunigst in die Summe der Rezeptgebühren aufgenommen werden. Nur der Generaldirektor des Hauptverbandes, Dr. Josef Kandlhofer, wehrte sich mit Händen und Füßen gegen die aktuelle Forderung, alle Medikamente in die Berechnung aufzunehmen. Das würde, so sein Einwand, Mehrkosten von 18 Millionen bedeuten. Das bestehende Manko der

Kassen von 40 Millionen wäre damit noch größer: 58 Millionen! Woher die läppischen 18 Millionen kommen sollten, fand mit keinem Wort Erwähnung.

Täglich neue, zusätzliche Bürokratie

Unabhängig davon muss auch das Mehr an Bürokratie in Rechnung gestellt werden. Viele der „unterpreisigen“ Spezialitäten sind so genannte Schwarzpunkt-Präparate. Das heißt, sie sind nicht auf Kassenkosten erhältlich. Diesen Umstand, Fall für Fall, dem 18.000-Euro-Pensionisten erklären zu müssen, wird eine zeitraubende Angelegenheit. Selbst Insider straukeln bei diesem Kapitel der Spitzenbürokratie. Womöglich wird sich Herr Trauer ab Einführung der neuen Berechnung nur mehr zwei kassenfreie Kleinstpackungen Mexalen 500mg à 10 Stück auf Rezept verschreiben lassen, um nicht nach der Verordnung einer Schwarzpunkt-Packung zu 20 Stück Mexalen um ein paar Augustminuten später in den Genuss der Rezeptgebührenbefreiung zu gelangen.

Kommt in der Öffentlichkeit diese Form der sozialen Abfederung zur Diskussion, dann ist das wurmförmige Drehen und Wenden der Verantwortungsträger im Rahmen ihrer Statements fast nicht zu ertragen. Sie haben verlernt, Nein zu sagen und bringen nicht den Mut auf, uns Österreichern den Spiegel vor das Gesicht zu halten: „Jeder von uns trägt Mitverantwortung für eine Gesamtverschuldung unseres Landes von über 240 Milliarden Euro. Unsere Pro-Kopf-Verschuldung beträgt 29.000,- Euro. Daran ist, Gott sei Dank, weder ein Erdbeben, noch eine Atom-Katastrophe verantwortlich. Einzig und allein unsere Maßlosigkeit, mit Geldmitteln herumzuschmeißen, die für die Zukunft vorgesehen wären, ist dafür Ursache. Wir hängen diesen Schuldenberg ohne schlechtes Gewissen den nächsten Generationen an den Hals!“ Die Antwort eines heimischen Gesundheitsministers in dieser prekären Finanzlage müsste in Wahrheit lauten: „Für teure Spielereien, wie das Hineinrechnen „unterpreisiger“ Kassenverschreibungen, besteht kein finanzieller Spielraum.“



Dr. Wolfgang Geppert

NÖGKK-Chefarzt Dr. Unterrainer vor den Vorhang

Gleich nach dem medialen Ruf, 18 Krankenkassen-Millionen, für die es keinerlei Bedeckung gibt, in die Hand zu nehmen, kam im nächsten Beitrag eine Belastung anderer Art auf die Sozialversicherungen zu. Eine Lipödem-Patientin namens Petra Zwinger schilderte Details ihres Beschwerdebildes. Schon in der Volksanwalt-Sendung vom 12. März 2011 bot man ihr die Gelegenheit, die Rückerstattung der Kosten einer Fettabsaugung zu fordern. 7.500,- Euro hatte sie in einer Privatklinik dafür ausgegeben und trotzdem war die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse (NÖGKK) nicht bereit, auch nur einen Cent an Rückerstattung zu gewähren. Um die eindeutige Rechtslage zu untermauern, wurde im März unter anderem der NÖGKK-Chefarzt, Dr. Gerhard Unterrainer, ins Volksanwalt-Studio gebeten. Er sollte dem Volksanwalt Peter Kostelka Paroli bieten, der die Forderung von Frau Zwinger unterstützte und vollmundig behauptete: „Sie hätte Rechtsanspruch auf eine Krankenkassenleistung!“ Der Chefarzt hingegen stellte in der März-Sendung klar, dass Fettabsaugungen grundsätzlich keine Kassenleistungen seien und schon gar nicht, wenn sie in Privatkliniken durchgeführt werden. Es könne daher kein Geld von der NÖGKK geben. Dr. Unterrainer damals wörtlich: „...ist auch die Möglichkeit eines Rückersatzes ausgeschlossen!“ In der Sendung vom 15. Mai 2011 wurde Peter Kostelka über den weiteren Verlauf der Angelegenheit befragt. Schon bei den ersten Silben war zu ahnen, was jetzt kommt: Ein Nachgeben der Kasse unter diesem Medien- druck. Der Volksanwalt versetzte dem Chefarzt, der diesmal nicht im Studio weilte, eine Schelte: „Die zuständigen Gremien haben, Gott sei Dank, nicht das getan, was

der Doktor hier gesagt hat.“ Ein Unterstützungsfonds der Kasse sei eingesprungen und habe ein Viertel der Kosten übernommen. Interessante Erfahrung für Außenstehende: Auch Chefärzten kann in den Rücken gefallen werden und sei es nur von den eigenen Gremien. Als Redakteur dieser Zeitschrift ist es mir ein Anliegen, Kollegen Dr. Unterrainer in dieser Causa vor den Vorhang zu bitten.

Peter Resetarits als letzter Rettungsanker

Nach den sorgenvollen Betrachtungen darf noch ein humorvoller Ausklang erlaubt sein. Nicht selten blitzen unsere Vertreter bei Gebietskrankenkasenverhandlungen mit berechtigten Forderungen der Vertragsärzteschaft ab. Nach heißen internen Diskussionen geben wir Ärzte und Ärztinnen

schlussendlich immer nach und scheuen die Vertragskündigung. Vielleicht sollten wir uns nach der nächsten Niederlage bei Kassenverhandlungen an den Bürgeranwalt im ORF wenden. Peter Resetarits und sein Team setzen sich auch gegen die NÖGKK erfolgreich durch.

Dr. Wolfgang Geppert, 2193 Wilfersdorf
E-Mail: geppert@aon.at

Mülltrennung auf der Schutthalde der Gesundheitsdaten

Ein Misston ist in die e-Medikation und in weiterer Folge auch in die ELGA gekommen. Ein Gerichtsurteil, eindeutig und mit einer Geldstrafe unterstrichen, hat unter den Verantwortlichen zunächst keine Unruhe, geschweige denn Betroffenheit erkennen lassen. Ein ungenannter Arzt will mit seinem namentlich bekannten Anwalt vor den obersten Gerichtshof ziehen.

Wann immer man die Verantwortlichen, ob DDr. Schelling oder D I Schörghofer im Fernsehen sah, waren sie über dicke Ordner gebeugt, wohl um Kompetenz zu vermitteln. Kritischere Geister werden eher das Maß an Bürokratie erkennen, das uns bevor steht.

Die ApothekerInnen geben glühende Glaubensbekenntnisse zur e-Medikation ab, wie die Monotheisten zum ewigen Leben. Auf Erden könnte dieses allerdings kurz sein.

Die ÄrztInnen sind verunsichert ob der noch nicht abschätzbaren Kosten. Es sickert nämlich durch, der Pilotversuch habe schon

in seinen Geburtswehen ergeben, dass mindestens ein Drittel der österreichischen Ordinationen gar nicht ELGA-tauglich seien. Im Klartext: ein Drittel von Österreichs ÄrztInnen müssten Geld in die Hand nehmen, ehe sie überhaupt berechtigt wären, die e-Medikationssoftware zu kaufen.

Die PatientInnen haben Freiheit der Wahl, können nicht nur entscheiden ob, sondern auch in welchem Ausmaß sie mitmachen. Regelmäßig tritt einer von ihnen im Fernsehen auf und beteuert treuherzig, dass er und seinesgleichen nichts zu verbergen haben.

Die PolitikerInnen scheinen dem Frieden nicht zu trauen. Noch vor den Parlamentsferien soll ELGA Gesetz, danach Realität werden. Damit würde die als so wichtig angesehene Evaluation im Herbst erst gar nicht abgewartet und schon gar nicht im Entwicklungsprozess umgesetzt werden. Das wird die glühenden Verehrerinnen von e-health unter uns ÄrztInnen verstimmen, aber sonst wird weiter nichts geschehen.

Die e-Medikation wird große Hürden errichten, aber solche sind nun einmal dazu

da, um überwunden zu werden. Dann wird ELGA aus dem angeblich besten Gesundheitssystem der Welt vielleicht das billigste machen, der Preis dafür wird jedoch hoch sein. Die PatientInnen werden für vermeintliche Sicherheit einen guten Teil ihrer Freiheit einbüßen.

Die Idee, die hinter der Vernetzung von Computersystemen ursprünglich stand, der rasche und freie Zugang zum Wissen, wird durch ELGA nicht verwirklicht werden. Aber die Zugriffsmöglichkeiten der Gesundheitsbürokratie werden unbegrenzt sein!

Dr. Peter Pözlbauer,
E-Mail: poelzpe@utanet.at



Dr. Peter Pözlbauer

An unsere Patientinnen und Patienten

**Überlegen Sie es sich gut,
bevor Sie eine Zustimmungserklärung zum Projekt e-Medikation und
ELGA unterschreiben.**

**Wir Ärztinnen und Ärzte sehen keinen einzigen guten Grund eine
Zustimmungserklärung abzugeben**

**aber viele Gefahren für die Vertraulichkeit unseres Arzt-
Patientenverhältnisses.**

Für PatientInnen und ÄrztInnen gilt in gleicher Weise:

**Die Folgen der Gesundheitselektronik könnten sich schon bald gegen Sie
wenden.**

**Die Verwendung Ihrer persönlichen Daten durch die
Gesundheitsbürokraten ist nicht durchschaubar.**

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Ich kann Eure unreflektierte Totalablehnung des Projektes und Diskussionsverweigerung leider nicht nachvollziehen!

Wie in meiner beiliegenden Präsentation*) am Anfang an den Beispielen ausgeführt, gibt es sicher viele Situationen, in denen eine gut im ärztlichen Sinn aufgesetzte „E-Medikation“ eine wesentliche Unterstützung und Erleichterung unserer Arbeit und eine Verbesserung der Behandlungsqualität bringt.

Der derzeitige Schwerpunkt des Projektes auf die Wechselwirkungsprüfung ist zwar sicher ein für die Öffentlichkeit „griffiges“ Argument, schießt aber weit an dem, was wir als Ärzte wirklich brauchen vorbei!

Das müssen wir den Verantwortlichen noch plausibel nachweisen!

Insbesondere Frau Dr. Herbek muss ich attestieren, dass sie (vor allem im Gegensatz zu ihrem Vorgänger) wirklich Argumenten gegenüber interessiert und offen ist und erstmals (!) eine transparente, nachvollziehbare und seriöse (Prof. Dorda, UMIT) Evaluierung des Pilotprojektes geplant hat!

Es liegt an uns, bei dem Versuch (!) mitzumachen, mitzugestalten, zu verbessern, zu evaluieren und dann – unter unseren Bedingungen bez. Finanzierung, Datenschutz, etc. – das Ergebnis anzunehmen oder abzulehnen!

Durch Diskussionsverweigerung wird uns das sicher nicht gelingen!

*) Präsentation bei der Pharmig-Academy auch im Internet: 27. April 2011: Pharmig-Academy: [E-Medikation: „Was braucht der Patient, was will der Arzt“](#) (zu finden auf www.initiative-elga.at Präsentationen zum Thema ELGA /e-Health. Red.)

LG CH

Dr. Christian HUSEK

www.initiative-elga.at, www.sportmedpraxis.com, www.flugmedizin.at, www.aviationacademy.at

Allgemein-, Sport- und Flugmedizin, Fliegerärztlicher Sachverständiger Österreich und USA, Fluglehrer PPL CPL IFR Multiengine

Examiner FE(A) CRE(A), Human Factors Specialist (Aviation, Patientensicherheit), E-Health-Consultant

Rudolf Zeller Gasse 4-8-/2/2, 1230 Wien, Tel: +43 1 889 81 81, Fax +43 1 889 72 35, Mobil: +43 699 1140 1980

Replik auf den Leserbrief von Dr. Christian Husek von Dr. Wolfgang Werner, an den Dr. Husek den Brief gleichzeitig mit jenem an die Redaktion übermittelt hat.

Lieber Christian!

Ich habe absichtlich einige Tage verstreichen lassen, um sine ira et studio antworten zu können. Mir kann man weder mangelnden Einsatz und schon gar nicht „Schwanz einziehen“ vorwerfen, ich beziehe es auch nicht auf mich, weil ich für meine Einstellung allseits bekannt bin. Den Computer benütze ich seit der IT-Steinzeit seit 1986, weil mir die exakte Organisationsmöglichkeit und Übersichtlichkeit der EDV bestechend in ihren offensichtlichen Vorteilen erschienen ist. Befunde, die früher wegen ihrer Handschriftlichkeit teilweise unlesbar waren, wurden auf einmal exakt und obendrein auch noch genau zuordenbar. Das ist Zeitstandard, wir benutzen ja auch keine Keilschrift mehr.

Auch die Abrechnung ist wirklich bequem. Das alles sind positive Dinge, die uns und dem Patienten unmittelbar dienen. Das Problem hat erst mit dem Missbrauch dieser praktischen Dinge begonnen, nämlich, dass sich Dritte (Hauptverband, ELGA-Gesellschaft) in diese Organisation dazwischenschalten und die Segnungen der EDV an sich ziehen, um uns die Oberhoheit über unsere Daten zu entreißen.

Wir hätten niemals an dieser Peering-point Sache mitmachen dürfen – das hätten wir von Anfang an verweigern müssen. Ein elektronischer Akt hätte nur auf der e-card drauf sein dürfen, gehütet vom Besitzer dieser e-card - da hätte nichts passieren können. Aber man ist absichtlich den zentralistischen Weg gegangen. Ich bin sicher, dass das ohne Abstriche durchgezogen wird, wenn es nicht vorher am Geldmangel scheitert. In ELGA wurde schon so viel Zeit, Energie und Geld gesteckt, dass die Betreiber einfach nicht mehr zurück können. Deswegen kann es niemals auch nur die geringsten Änderungen geben, sonst wäre das viele Geld ja umsonst investiert worden.

Es gibt's nichts zu verhandeln! Die Planer von ELGA haben so große Aufwendungen investiert, dass substantielle Abstriche gar nicht möglich sind. Dieses System kann nur entweder eins zu eins übernommen oder gänzlich entsorgt werden, dazwischen gibt es nichts. Deswegen bin ich absolut überzeugt, dass kein Beistrich zu ändern geht.

Aufgrund meiner nachvollziehbaren und logisch abgeleiteten Überlegung kann ich mich sehr gut abends in den Spiegel schauen.

Noch einmal: ich schätze die EDV mit ihrer perfekten Organisationsmöglichkeit und erfreue mich an deren Benutzung, ich möchte aber diese Möglichkeiten nur Vertrauenspersonen, wie wir Ärzte es sind, zugestehen.

Alles andere ist nur Neuauflage des machiavellischen Prinzips.

LG W

MR. Dr. Wolfgang Werner, Arzt für Allgemeinmedizin, Bezirksärztervertreter 10. Bez, Präsident ÖHV-Wie, 1100 Wien, Weitmosergasse 3

Mosaiksteine Teil 2

Alle elektronischen Anwendungen dienen diesem Ziel: Automatisierte Krankheitsverwaltung statt engagierte Krankenbehandlung.

Aus der nun jahrelangen Benützung der e-card wissen wir, dass von einem reibungslosen Ablauf keine Rede sein kann. Es trat lediglich Gewöhnung ein, wenn täglich Karten nicht eingelesen werden können und erst nach mehrmaligem Stecken und Chipputzen endlich funktionieren, dass mehrmals wöchentlich das Anmelden mit der o-card aus denselben Gründen ein Hindernislauf ist.

Viel schwerwiegender aber: Wir erleben täglich, dass die e-card nachweislich falsche Auskünfte gibt, (kein Versicherungsschutz, falscher Kostenträger...). Diese Fehlmeldungen belasten ÄrztInnen und PatientInnen, sind aber für die Bürokraten stimmig, weshalb sie auch keine Veranlassung sehen an diesem Ärgernis etwas zu ändern: (... konnte nicht freigeschaltet werden weil Meldung vom AMS noch nicht eingelangt ist....)

Aus der Anwendung der elektronischen Chefarztbewilligung wissen wir, dass die Vertreter der Gesundheitsbürokratie nicht nur ohne persönliche Kenntnis des betroffenen Patienten ungeniert in dessen Therapie eingreifen, sondern auch den Zeitpunkt der Rezeptur überwachen. Sollte vor einem Urlaub - wegen Verlust einer Medikamentenpackung oder aus anderen Gründen - eine Verschreibung nötig sein, bevor die letztverschriebene Packung aufgebraucht ist, wird dem Arzt diese Verschreibung unmöglich gemacht. Diese präpotente Bevormundung, die derzeit noch auf chefarztspflichtige Medikamente beschränkt ist, wird über die e-Medikation bei jeder Verschreibung schlagend werden.

Aus der Anwendung der elektronischen Krankmeldung wissen wir, dass sowohl dem Arzt als auch dem Patienten mit Gering-schätzung begegnet wird. Die Krankenstände sollen möglichst derart protokolliert werden, dass sie elektronisch und automatisiert verwaltet werden können. Die VertragsärztInnen sind angehalten am Tag der Krankschreibung auch den Zeitpunkt der Gesundung festzuschreiben. Arbeitsunfähigkeiten unter zehn Tagen werden vollautomatisch abgewickelt. Menschliche Aufmerksamkeit den erkrankten Versicherten gegenüber ist von Seiten der Gesundheitsbürokratie nicht vorgesehen.

Dem krankschreibenden Hausarzt wird ein vom kontrollärztlichen Dienst gesetztes Krankenstandsende nicht gemeldet. Auch dieser organisatorisch sinnvolle Akt der Höflichkeit ist bürokratisch nicht vorgesehen.

Ein befremdlicher bürokratischer Spuk war ein vorgefertigter Brief an die arbeitsunfähig geschriebenen Patienten bereits einen Werktag nach Krankschreibung (Krankenstand ab 2. 5., Brief datiert mit 3.5.) datiert. „Sie haben Herrn Dr. C. E. am 3. 5. 2011 aufgesucht und wurden von ihm ab 2. 5. 2011 arbeitsunfähig geschrieben. Uns liegt kein Nachweis vor, dass Sie sich nach diesem Zeitpunkt einer ärztlichen Behandlung unterzogen hätten. Wir können Ihre Arbeitsunfähigkeit daher nur bis 10. 5. 2011 anerkennen.“



Das - obwohl täglich nach dem Tag der Krankschreibung ein Arztkontakt mittels e-card dokumentiert wurde, weil der Patient zur Infusionsbehandlung in die Ordination kam.

Nach der Aufforderung Unterlagen vorzulegen, die auf eine ärztliche Behandlung schließen lassen, kommt der krönende Schlusssatz: „Im Einvernehmen mit unserem medizinischen Dienst prüfen wir gerne, wie lange die vorgelegten Nachweise einen Krankenstand rechtfertigen“.

Diese Schreiben wurden nur wenige Tage versandt. Als ich am 9. 5. bei der Gebietskasse anrief erhielt ich die Auskunft, dass „diese Briefe passiert seien“ und deren letzter am 4. 5. zur Post ging.

Schwamm drüber? Bitte nein. Hier wäre Nachsicht fahrlässig. Gerade in solchen Pannen zeigt sich auf entlarvende Weise die Intention der Gesundheitsbürokratie. Echtzeitkontrolle, Patienten, die sich für ihre Arbeitsunfähigkeit zu rechtfertigen haben, Hausärzte, denen durch „unseren medizinischen Dienst“ die Behandlungskompetenz entzogen wird.

Das Wort Kontrolle kommt weder bei Dr. Hebek, noch bei Hofrat Bachinger, noch bei Sektionschef Auer vor, wenn sie ihre Schalmeientöne zu ELGA anstimmen. Dennoch ist das der wichtigste Aspekt. Die e-mail-Kontaktadresse der ominösen Patientenbriefe war unmissverständlich: krankenkontrolle@bgkk.at.

Wer erinnert sich noch an die menschennahe Abwicklung der Krankenstände mit den GKK-Kontrolloren, die 2009 eingespart wurden? Wer am Menschen spart, spart an der Menschlichkeit!

Aus den ersten Erfahrungen mit dem Pilotversuch e-Medikation wissen wir, das Unverträglichkeitsprüfungsprogramm für Arzneimit-



tel lenkt die Aufmerksamkeit der Verschreibenden nicht auf mögliche Nebenwirkungen, sondern sperrt automatisiert Medikamente. Co-Enac und Enac können beispielsweise nicht miteinander rezeptiert werden. Bei der Verordnung jedes einzelnen Medikamentes drängt sich voll Absicht vorprogrammiert eine menschenferne Bürokratie zwischen den Patienten und seinen Arzt.

Ebenso zeigt der Pilotversuch, dass viele gut funktionierende EDV-Anlagen diese Aufrüstung nicht aushalten. Bis zu einem Drittel der Pilotteilnehmer, Ordinationen wie Apotheken, konnten zunächst nicht installiert werden. Das heißt Aufrüstung auf Kosten der zur Teilnahme gezwungenen Ärzte und Apotheker.

e-Medikation und ELGA sind Projekte der Gesundheitsbürokraten. Ärzte und Ausübende anderer Heilberufe sind seit 2003 aus der Planung ausgeschlossen, wie im „Masterplan“ des Hauptverbandes 2011 neuerlich bekräftigt wurde. So darf es nicht wundern, dass diesen Projekten die mitmenschliche Dimension und die praktische Vernunft fehlen.

Wir wissen aus unzähligen Großprojekten, dass die öffentliche

Hand nicht vorhandenes Geld großzügig auszugeben vermag, wenn sie damit einem politischen Willen entspricht. Beides trifft im Fall ELGA zu.

Während seit Jahren eine von namhaften Experten angezweifelte Kostenexplosion im Gesundheitswesen thematisiert wird, verschließen die politischen Verantwortlichen ihre Augen vor dem Milliardengrab ELGA.

Anfang Mai berichtete „die Presse“ über eine Studie, die 2008 vom Gesundheitsministerium und dem Hauptverband bei der Hamburger Beraterfirma Debold und Lux in Auftrag gegeben und seit damals unter Verschluss gehalten wurde. Demnach ist schon im ersten Pilotjahr von ELGA - also 2011 - mit mehr als dem Fünffachen jener Kosten zu rechnen, die Frau Dr. Herbek, reflexartig die Artikel 15A Vereinbarung zitierend, mit 30 Millionen Euro bis 2014(!) angibt. Es gilt die Absichtsvermutung.

Machen Sie sich selbst ein Bild.

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

Kassenvertragsrecht Teil 2

Teil 1 ist im Hausarzt 5/11 auf Seite 41 erschienen

Der sogenannte kassenfreie Raum.

In mehreren Entscheidungen hat der Oberste Gerichtshof ausgesprochen, dies in Übereinstimmung mit der Bundesschiedskommission, dass ein Vertragsarzt vom Versicherten auch als Wahlarzt - gegen Kostenerstattung - in Anspruch genommen werden kann, wenn es sich um notwendige und zweckmäßige Leistungen der Krankenbehandlung handelt, für die im Gesamtvertrag aber (noch) keine Leistungspositionen festgesetzt sind. Insoweit darf ein Versicherter einen Vertragsarzt auch „privat“ in Anspruch nehmen und hat Anspruch auf nachträgliche Kostenerstattung gegenüber dem Sozialversicherungsträger. In allen Entscheidungen zum „kassenfreien Raum“ des Obersten Gerichtshofs ging es um Leistungen, die überhaupt noch nicht Gegenstand des Gesamtvertrages (bzw. der entsprechenden Honorarordnungen) waren, sondern um gleichsam „neue“ Leistungen, die erst nach der Schaffung des Gesamtvertrages (bzw. der Honorarordnung) medizinischer Standard wurden. Nur in jenen Bereichen, wo solche im Gesamtvertrag bzw. in der Honorarordnung überhaupt noch nicht berücksichtigte Leistungen zu prüfen waren, hat der Oberste Gerichtshof einen sogenannten „kassenfreien Raum“ für Vertragsärzte anerkannt.

Die ASVG-Schiedsinstanzen

Streitigkeiten aus dem kurativen Einzelvertrag werden nicht von den ordentlichen Gerichten entschieden, sondern von Sonderverwaltungsbehörden, die im ASVG geregelt sind.

Das ASVG kennt im Zusammenhang mit dem Vertragspartnerrecht zwei Eingangsinstanzen, nämlich die Paritätischen Schiedskommissionen sowie die Landesschiedskommissionen. Diesen Eingangsinstanzen ist jeweils eine Berufungsinstanz übergeordnet, nämlich im Falle der Paritätischen Schiedskommissionen die Landesberufungskommissionen, im Falle der Landesschiedskommissionen die Bundesschiedskommission.

Die Paritätischen Schiedskommissionen sind zur Schlichtung und Entscheidung von Streitigkeiten berufen, die in rechtlichem oder tatsächlichem Zusammenhang mit dem Einzelvertrag stehen. Streitteile vor den Paritätischen Schiedskommissionen sind die Parteien des Einzelver-



Mag. Markus Lechner

Foto: Clemens Lechner

trages, sohin (im Regelfall) Vertragsärzte und Sozialversicherungsträger.

Die Landesschiedskommissionen sind zur Schlichtung und Entscheidung von Streitigkeiten zwischen den Parteien eines Gesamtvertrages über die Auslegung oder die Anwendung eines bestehenden Gesamtvertrages und – für den Kassenvertragsarzt bedeutsam - zur Entscheidung über die Wirksamkeit einer Kündigung des kurativen Einzelvertrages durch einen Sozialversicherungsträger zuständig. Im letzteren Fall ist ein Einspruch gegen die Kündigung binnen 14 Tagen bei der zuständigen Landesschiedskommission zu erheben.

Mag. Markus Lechner, NÖ Ärzteanwalt, Rechtsanwalt, 6911 Lochau, Althaus 10, Telefon: 05574/53788, Fax: 05574/53789, Handy: 0664/1534383, e-mail: lechnermarkus@aon.at, www.rechtsanwalt-lechner.at

Vom Wollen und vom Können

Es hat sich eingebürgert, dass die Ärzteschaft von Nichtmedizern und Ärzten aus der Verwaltung darüber belehrt wird, in welcher Weise medizinische Belange sowie die Administration der ärztlichen Ordinationen zu gestalten wären. Dargestellt wird das Ganze als Bemühung um die Ärzteschaft. Allerdings schlägt diese vordergründige Fürsorglichkeit schnell in Drohungen mit legislativen Maßnahmen um, wenn die Befürsorgung zurückgewiesen wird. Zu dieser Art von „liebvoller“ Betreuung insbesondere bei der e-Medikation mag sich jeder seine eigenen Gedanken machen.

Fest steht, dass weder Arzt noch Patient Vorteile aus der e-Medikation als erstem Teil von ELGA ziehen können.

Auswirkungen auf die Ärzteschaft:

1. Die e-Medikation wurde von uns nie gewollt
2. Wir benötigen die e-Medikation nicht, weil wir eigene Prüfprogramme haben. Ein Bedarf wurde bei uns außerdem nie erhoben.
3. Unsere Aufwendungen werden nicht entschädigt
4. Die Art der Anwendung widerspricht unseren ärztlichen Wertvorstellungen. Wir lehnen den gläsernen Patienten und den gläsernen Arzt ab!

Auswirkungen auf die Patienten:

1. Kein Benefit für Patienten. Kolportierte Schädigungszahlen aus Wechselwirkungen sind nur hochgerechnete Werte ohne jeden Realitätsbezug! Wenn man die immer wieder öffentlichkeitswirksam genannten Sterbezahlen ernst nehmen würde, hätte die Ärzteschaft im Laufe der Jahre eine mittlere österreichische Stadt ausgerottet. Der gesunde Menschenverstand sagt einem, dass hier eine Milchmädchenrechnung mit Phantasiezahlen vorliegt, die nichts mit der Wirklichkeit zu tun haben. Noch nie hat es so viele Hochbetagte in hervorragendem Gesundheitszustand gegeben, wie jetzt! Ich erinnere daher an die Interpretation von Statistiken nach bayerischer Manier.
2. Datensicherheit ist im Hinblick auf die jüngsten Datenverluste bei Großfirmen der IT-Branche eher nur ein Schlagwort mit suspektem Inhalt denn verlässliche Tatsache.

Budget:

1. Kostenexplosion für e-Medikation: Herbek: 30 Mio, Debold & Lux: 171 Mio teilweise wird von 300 Mio € gesprochen. Es ist nicht ganz undenkbar, dass die Milliardengrenze erreicht wird – wir sind ja mit dem Ablauf diverser Großprojekte vertraut.
2. Das Pilotprojekt läuft nur unter Querelen

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Mehrfach habe ich bereits darauf hingewiesen, dass die finanzielle Situation in unserem Staat mehr als bedenklich ist. Über Jahre wurden unvorstellbare Schulden angehäuft, die durch neue Schulden bedient wurden, durch Spekulation wurde Geld aus dem regelrechten Finanzkreislauf verlagert, es gibt eine Inflation der Geldmenge nicht nur aus dem Inneren, sondern auch von außen. Es müssen daher die Ausgaben reduziert werden, um nicht das gleiche Schicksal, wie die allseits bekannten Staaten zu erleiden. Auch das Gesundheitsbudget wird gekürzt, weil einfach kein Geld da ist. Auch wenn allenthalben mit riesigen Summen jongliert wird und der Eindruck entsteht, als ob Geld für alles Mögliche da wäre – es ist nicht so, es wird nur mit negativem Geld = Schulden herumgeworfen. Ein Beispiel für verantwortungsloses Handeln ist etwa der Ruf, auch Privatmedikamente in die Berechnung der Rezeptgebührenbefreiung einzubeziehen.



von Wolfgang Werner

In Anbetracht solcher Fehlentwicklungen und in Anbetracht der finanziellen Situation, meine ich, dass bei fast täglichen Weiterungen in der Kostenberechnung von e-Medikation und ELGA, deren Finanzierung alleine aus pekuniären Gründen unverantwortlich wäre.

Das Wollen ist zwar bei den bekannten Protagonisten da, alleine das Können wird von den finanziellen Ressourcen terminiert!

Genau so wesentlich sind unsere ärztlich ethischen Beweggründe. E-Medikation und ELGA sind die Bausteine einer völligen Vereinnahmung des Individuums durch einen in Kontrolle, Informationssammlung und Gängelung unersättlichen und raffgerigen Zentralismus, der den Menschen jede Freiheit entziehen möchte. Dieser Zentralismus hat sogar ganz eindeutig in der Öffentlichkeit sein Anliegen geäußert, Entwicklungen vorhersehbar und steuerbar zu gestalten. Diese Vorhersehbarkeit ist nur durch völlige Anpassung des Einzelnen an die vorgegebenen Richtlinien möglich und bedingt die Entsagung jeglichen persönlichen Gestaltungswillens (man vergegenwärtige sich die 5-Jahrespläne einer untergegangenen Epoche).

Auch wenn bereits viel Geld in e-Gesundheit gesteckt wurde, gebe ich zu bedenken, dass wir vorher nicht dazu gefragt wurden und dass im Tullnerfeld auch ein fertiges Atomkraftwerk nicht in Betrieb genommen wurde.

Also, wir haben Erfahrung im Stilllegen ungeliebter Projekte – lasst uns diese Erfahrung auf ELGA anwenden!

MR. Dr. Wolfgang Werner, E-Mail: dr.w.werner@aon.at

Patienten in Not - Landmedizin in Gefahr

Podiumsdiskussion der NÖ Ärztekammer – Immer mehr Landgemeinden erkennen die Bedrohung des Hausapothekensterbens

Etwa 200 Teilnehmer fanden Ende April den Weg nach Paudorf zu einer Podiumsdiskussion über die Zukunft und die Probleme der Landmedizin. Hintergrund ist unter anderem die Novelle des Apothekengesetzes aus 2006, wonach bei Übergabe von Kassenstellen in Einarztgemeinden bei Unterschreitung eines Abstandes von sechs Kilometern zur nächsten öffentlichen Apotheke keine Hausapotheke mehr bewilligt wird. Mit fatalen Folgen: Ohne Hausapotheke werden sich viele ohnehin schon schwierig zu besetzende Kassenstellen in Zukunft noch schwerer besetzen lassen.

Unter den Besuchern waren zahlreiche Bürgermeister aus Niederösterreichischen Landgemeinden, denen in den kommenden Jahren dieses bedauerliche Schicksal droht. Auch das Podium war hochgradig besetzt: Neben Kurienobmann-Stellvertreter Dr. Harald Schlögel, Medikamentenreferent Dr. Wolfgang Geppert und Hausapothekenreferent Dr. Gerhard Imb (alle NÖ Ärztekammer) diskutierten die Nationalratsabgeordnete Anna Höllerer, die Gesundheitssprecherin des Pensionistenverbandes Dr. Elisabeth Pittermann, der Bezirksobmann des Seniorenbundes Franz Traunfellner sowie der Präsident der Pensionistenverbandes Karl Blecha mit.



Wenn so viele Menschen so großes Interesse am Erhalt der Hausapotheke haben, darf man die Problematik auch aufzeigen!

Anna Höllerer berichtete von der Situation in ihrem Wohnort. Sie kommt aus einer Einarzt-Gemeinde, wo sich die von der Ärztekammer kritisierte Gesetzeslage unmittelbar auswirkt. Dort ging ein Arzt in Pension und sein Nachfolger bekam keine Hausapotheke mehr. Denn der Abstand zur nächsten öffentlichen Apotheke beträgt 5,8 Kilometer. „Es war ein großes Problem, diese Stelle überhaupt zu besetzen und einen Nachfolger zu finden. Es hat Ausschreibungen gegeben und es hat lange gedauert, bis ein Arzt gefunden werden konnte. Die Weitergabe der Hausapotheke war nicht möglich. Für den jungen Arzt war es sehr schwer Fuß zu fassen. Nicht weil ihm das Einkommen aus der Hausapotheke fehlt, sondern weil sich ein

Teil der mobilen Bürger in Nachbargemeinden begibt, und sich dort einen Arzt sucht, der eine Hausapotheke hat.“

Höllerer nahm besonderen Bezug auf die hoch betagten Menschen, denen die Situation besondere Probleme bereitet: „Diesen fällt es sehr schwer, längere Wegstrecken zurückzulegen. Wenn man sich schlecht bewegen kann, braucht man jemanden, der einen fährt. Das ist oft nicht einfach oder kostet zusätzlich Geld. Daher haben sich alle Bürgerinnen und Bürger für den Erhalt der Hausapotheke im Rahmen der Bürgerinitiative ausgesprochen. Wenn so viele Menschen so großes Interesse am Erhalt der Hausapotheke haben, darf man die Problematik auch aufzeigen.“

Wo liegt das Problem, wenn Ärztinnen und Ärzte Medikamente abgeben?

Höllerer motivierte die anwesende Landbevölkerung, die zuständigen Abgeordneten direkt anzusprechen: „Das Problem ist allen bewusst, das können alle spüren. Was noch nicht allen bewusst ist, ist die Tatsache, dass es dabei nicht um Ärztinnen und Ärzte geht, sondern um die Zukunft der Landbevölkerung. Mich freut der Zuspruch der Organisationen, die die älteren Mitbürger vertreten. Denn diese sind diejenigen Menschen, die am meisten unter der Situation leiden.“

Dr. Elisabeth Pittermann äußerte ebenfalls großes Verständnis für die Landbevölkerung, obwohl sie sich als ausgeprägten Großstadtmenschen bezeichnet. „Wir müssen die Struktur für die ländliche Bevölkerung unbedingt erhalten, dazu gehört auch die medizinische Struktur. Schon vor vielen Jahren war es schwieriger, Ärztinnen und Ärzte für die Landmedizin zu begeistern als für Medizin in die Stadt. Damals wurde den Ärztinnen und Ärzten auch einiges dafür geboten.“ Aus ihrer Sicht würde es ohne Ärztinnen und Ärzte auf dem Land eine noch viel stärkere Landflucht geben als ohnehin der Fall ist. Und Österreich steuert auf allen Ebenen in einen massiven Ärztemangel hinein.

Es gibt bereits Stellen, bei denen es Monate dauert, bis sich ein Bewerber einfindet!

Dr. Pittermann: „Im Zuge der Hausapothekendiskussion wird immer wieder angeführt, dass die Apotheken im Vergleich zu ärztlichen Hausapotheken ein deutlich größeres Sortiment hätten und dies ein Vorteil sei. Das ist kein gutes Argument. Jeder Arzt benutzt nur ein bestimmtes Repertoire an Medikamenten. Er benutzt nur die Medikamente, mit denen er Erfahrung hat. Er würde also auch ohne Hausapotheke nur dieses gleiche Spektrum an Medikamenten verschreiben. Ich halte es für möglich, dass eine Gesetzesänderung kommt. Was wäre, wenn die Abgeordneten aus den ländlichen Regionen in ihren Klubs darauf drängen, dass eine Mehrheit im Parlament erreicht werden kann?“

Dr. Wolfgang Geppert stellte die zunehmende Problematik klar, Nachfolger für Kassenplanstellen zu finden: „Es gibt bereits Stellen bei denen es Monate dauert, bis sich ein Bewerber einfindet. Für manche Stellen interessiert sich überhaupt niemand. Es besteht die Gefahr, dass es große Probleme geben wird, die Landarztpraxen zu besetzen. In den kommenden zehn Jahren muss ungefähr die Hälfte der derzeit aktiven Ärztinnen und Ärzte aus Pensionsgründen ersetzt

werden. Ich werde immer als der große Panikmacher dargestellt. Ich sehe aus heutiger Sicht trotzdem nicht, wo unter diesen Bedingungen die Nachfolger herkommen sollen.“

In jede Ein-Arzt-Gemeinde gehört eine Hausapotheke, egal wie weit die nächste öffentliche Apotheke entfernt ist.

Aus Sicht von Dr. Geppert sind Gemeinden wie Paudorf maßgeblich daran beteiligt, dass die Probleme aufgezeigt werden können: „Die Unterstützung der Bevölkerung, was unsere Aktionen angeht ist schon sehr beachtenswert. Bis vor kurzem habe ich noch gedacht, dass all unsere Aktionen ins Leere gehen. Seit einigen Wochen sehe ich vor allem in Form der zahlreichen Resolutionen, dass das Bewusstsein der Bevölkerung und auch der Lokalpolitik für unser Gemeinsames Anliegen schnell wächst. Ich bin nun überzeugt, dass wir uns irgendwann wieder einmal treffen – nachdem dieses unselbige Gesetz geändert wurde.“



Karl Blecha begeisterte die anwesenden Menschen durch sein unverkennbares Engagement im Sinne der Sache: „Es ist unmöglich, dass wir in Österreich zulassen können, dass die Landärzte sterben, dass die flächendeckende Versorgung nicht mehr möglich wäre. Wir werden alles tun, dass die zu Recht verlangten Forderungen von heute umgesetzt werden. Wir sind für die Älteren da. Wir müssen alles tun, um die Hausapotheken zu erhalten.“ Blecha versprach, sehr rasch gemeinsam mit allen Parteien Initiativen im Parlament zu setzen, damit die Probleme gelöst werden können.

Karl Blecha:

„Ich gehe reich aus dieser großartigen Veranstaltung nach Hause. In jede Ein-Arzt-Gemeinde gehört eine Hausapotheke, egal wie weit die nächste öffentliche Apotheke entfernt ist. Das ist klar, das kann man jedem erklären und auch vertreten. Ich setze allerdings keinen Cent auf einen Konsens zwischen Ärztekammer und Apothekerkammer. Daher müssen wir uns verbünden und Verbündete suchen. Was das Aussterben der Landärzte und ihrer Hausapotheken für die Pflege und Betreuung bedeutet, muss jedem klar sein.“

Ärztekammer für Niederösterreich, **Pressestelle, Michael Dihlmann,**
0664/144 98 94, presse@arztnoe.at, www.arztnoe.at

Beitrittserklärung:

Ja, ich trete dem ÖHV bei:

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

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

als förderndes Mitglied (z. B.: Firmen oder Körperschaften)
Anstelle eines Mitgliedsbeitrages tritt eine jährliche Spende

ICH MÖCHTE AKTIV AN DER VEREINSGESTALTUNG MITWIRKEN

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



Name

Adresse

Telefon

e-Mail

Unterschrift

STAMPIGLIE

Die Zukunft der medizinischen Versorgung in Niederösterreich

Die Politik muss die Weichen stellen und dadurch entscheiden, wohin der Zug fahren soll

Die Menschen in Österreich werden immer älter. Während früher beim Erreichen des Pensionsalters oft nur noch wenige Jahre im Ruhestand genossen werden konnten, ist die Pension heute für viele Mitbürgerinnen und Mitbürger jener Lebensabschnitt, in dem man die Früchte erntet, die man Zeit seines Lebens gesät hat. Diese Entwicklung ist auch der modernen Medizin zu verdanken: Heute sind zahlreiche Erkrankungen schmerzlos und mühelos behandel- und heilbar, die noch vor einigen Jahrzehnten lebensgefährlich waren. Dank der Entwicklung von Operationstechniken, Material und Medikamenten. So sind etwa Magenoperationen deutlich seltener geworden.

Dass diese Entwicklungen Geld kostet und ein permanenter Ausbau der medizinischen Möglichkeiten sicher nicht durch Reduktion von Geld im System erreicht werden kann, muss jedem klar sein. Dadurch dass die Menschen immer älter werden steigt auch der medizinische Betreuungsbedarf. Zusätzlich müssen auf Grund der Bevölkerungsentwicklung immer weniger Beitragszahler für immer mehr Menschen aufkommen. Die daraus resultierenden Probleme sind heute schon zu spüren: Wartezeiten im Spital und bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, überlastete Ärztinnen und Ärzte, vermehrte Arbeitsdichte für Ärztinnen und Ärzte unabhängig vom Vertragsverhältnis. Unser System in dieser Form steht kurz vor dem Kollaps. Die Zahl der Studienabgänger sinkt, 25 Prozent der derzeitigen Medizinstudenten kommen aus dem Ausland und kehren auch dorthin zurück. Die Politik ist nun gefragt, die Weichen zu stellen.

Verwaltungstechnologie statt Personal

Wenn sich der Trend der vergangenen Jahre fortsetzt, kann ich für die medizinische Versorgung in Niederösterreich leider nur ein düsteres Bild zeichnen: Statt in zusätzliche Ärztinnen und Ärzte wird in Verwaltungstechnologie investiert, neue Zwischenhierarchien werden eingeführt. Neubauten von Häusern zeichnen ein scheinbares Bild von Fortschritt und hoher Qualität. Wenn diese Häuser nicht mit Leben erfüllt werden – und damit meine ich gut ausgebildete Ärztinnen und Ärzte und gut ausgebildetes Pflegepersonal – sind diese Strukturen wertlos.

Die elektronische Gesundheitsakte befindet sich Österreich-weit schon im Einführungsstadium, es ist nicht bekannt was sie kosten wird. Vergleiche in Nachbarländern lassen den Schluss zu, dass es sich um dreistellige Millionenbeträge handeln könnte. Alle Ärztinnen und Ärzte klagen jedoch bereits heute, dass fast die Hälfte der Zeit für Verwaltungsarbeit verwendet werden muss und diese Zeit für die wichtigen Behandlungen fehlt. Patienten und Ärzte müssen leider immer das ausbaden, was die Politik veranlasst hat. Die Ärzteschaft konnte bisher keinen Nutzen der elektronischen Gesundheitsakte erkennen, der in einem vernünftigen Verhältnis zu den geschätzten Kosten steht.

Nachfolgeprobleme vorprogrammiert

Alle Anzeichen deuten darauf hin, dass der vergleichsweise preiswerte niedergelassene Bereich – und damit die wohnortnahe Versorgung – immer weiter ausgedünnt wird, und der vergleichsweise teure Bereich der Spitalmedizin immer mehr ausgebaut wird. Selbst der Rechnungshof kritisiert diese Tendenz scharf, weil das alles den Trend verstärkt, dass die Medizin insgesamt immer teurer wird. Gespart wird beim Personal: Der Arztberuf droht unattraktiv zu werden. Ordinationen sind Wirtschaftsbetriebe, diese rechnen sich für die Betreiber immer weniger. Speziell bei der wohnortnahen Versorgung.

Bereits heute können wir Nachbesetzungsprobleme erkennen. Immer weniger Ärztinnen und Ärzte sind bereit, den Beruf des Hausarztes auf dem Land zu ergreifen. Wenn sich die Entwicklung der vergangenen Jahre so fortsetzt, könnte die ärztliche Niederlassung in der bisherigen Form samt der freien Arztwahl bald Geschichte sein. Allein in den Jahren 2005 bis 2011 ist die Zahl der Bewerber um eine Kassenstelle in Niederösterreich auf ein Drittel – also um zwei Drittel – zurückgegangen. In Oberösterreich ist die Situation ähnlich.

Was dem Einzelnen scheinbar nutzt bringt das System in Gefahr

Mein Wunschscenario ist ein ganz anderes: Ich stelle mir ein entbürokratisiertes System vor, in dem genau definiert ist, welche Erkrankung wo behandelt wird. „Einfache“ Erkrankungen



Dr. Christoph Reisner

Foto: Tschank - WienerNeustadt

sollten wohnortnah bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten behandelt werden, „schwierigere“ Erkrankungen sollten im Spital therapiert werden. Eine Herzoperation hat in der Niederlassung genauso wenig stattzufinden wie die Behandlung eines Schnupfens im Spital. Heutzutage kann sich jeder (medizinisch nicht ausgebildete) kranke Mensch selbst aussuchen, welche Behandlungsform er wählen möchte. Das führt zu Chaos und unnötigen horrenden Kosten. Was dem Einzelnen also (scheinbar) nutzt, bringt das Gesamtsystem (und damit auch die Versorgung des Einzelnen) auf längere Sicht in große Gefahr.

Ich wünsche mir ein klares Bekenntnis der Politik zu einer abgestuften, wohnortnahen Gesundheitsversorgung: Hausarzt – Facharzt – Krankenhaus. Dieses Bekenntnis muss jedoch auch umgesetzt und an die Bevölkerung kommuniziert werden, nur so ist es möglich Geld im Gesundheitssystem sinnvoll anzulegen.

Ich wünsche mir, dass dieses Geld transparent und nachvollziehbar so verwendet wird, dass es den Patientinnen und Patienten bestmöglich nutzt. Die Prävention muss ausgebaut werden. Dies führt jedoch zu immer mehr Menschen die immer älter werden. Und langfristig auch wieder mehr Geld kosten.

Gute medizinische Versorgung macht die Menschen im Durchschnitt kränker und nicht gesünder, Gute medizinische Versorgung wird immer mehr Geld kosten. Das Gesundheitssystem ist kein Wirtschaftsbetrieb, in dem durch Verbesserungen Kosten gesenkt werden können. Wenn Mensch und Patient auch in Zukunft im Mittelpunkt der Überlegungen stehen sollen, wird das mehr Geld kosten.

Dr. Christoph Reisner, Präsident der NÖ Ärztekammer, www.wahlarzt.at, facebook.com/christoph.reisner

Aufklärung bei Schutzimpfungen

Folgender Fall hat in letzter Zeit leider zu einer Verunsicherung von impfenden ÄrztInnen geführt:

Ein Schüler der zweiten Klasse der Hauptschule Kühnsdorf wurde am 11.10.2004 im Rahmen einer Schulimpfung von der Amtsärztin der Bezirkshauptmannschaft Völkermarkt gegen *Hepatitis B* geimpft. Um das Impfkonzept des Obersten Sanitätsrates umzusetzen, wurde sie von der Landssanitätsdirektion beauftragt, die Impfung gegen *Hepatitis B* anzubieten. Infolge dieser Impfung erkrankte der Schüler an einer Entzündung der Sehnerven. Das Bundessozialamt anerkannte die beidseitige Sehnervenatrophie als Impfschaden als Folge der *Hepatitis-B* Impfung.

Die Eltern wandten sich an das Landesgericht Klagenfurt um Wiedergutmachung für den an ihrem Sohn erlittenen gesundheitlichen Schaden. Das Land Kärnten wurde verurteilt, Schmerzensgeld und Verunstaltungsentschädigung zu erstatten. Den Grund für ihren Behandlungsfehler fand das Gericht in der **höchst mangelhaften Aufklärung der zu impfenden Schüler.**

In der Zwischenzeit hat der Schüler seine Sehkraft wieder erlangt. Die Opticusneuritis wurde nicht durch die Hepatitis B Impfung sondern durch eine Herpes simplex Infektion verursacht.

Prinzipiell hat vor jeder medizinischen Behandlung – also auch vor einer Impfung – eine Aufklärung zu erfolgen:

Dabei wird zwischen Selbstbestimmungsaufklärung und Sicherungsaufklärung (bzw. therapeutische Aufklärung) unterschieden:

1. Selbstbestimmungsaufklärung: Hierbei soll der Patient über die Art der Behandlung aufgeklärt werden, sowohl über deren Risiken aber auch über diejenigen, die bei Nichtdurchführung der Therapie entstehen.
2. Sicherungsaufklärung: Dadurch soll der Patient über ein therapiegerechtes eigenes Verhalten aufgeklärt werden. Aber auch über etwaige Unverträglichkeitsrisiken im Rahmen der Behandlung soll informiert werden.

Die Abgrenzung zwischen beiden ist in der Praxis häufig schwierig. Bei Fehlen einer Aufklärung besteht zivilrechtliche Haftung.

Prinzipiell muss eine Aufklärung mündlich erfolgen und ausreichend dokumentiert werden. Fehlt die Dokumentation in der Patientenakte wird seitens der Gerichte angenommen, dass eine solche nicht erfolgt ist. Sollte die erfolgte Aufklärung seitens des Patienten bzw. bei Minderjährigen seitens der Erziehungsberechtigten verneint werden ist bis dato die Bestätigung über eine durchgeführte ausreichende Information durch die Sprechstundenhilfe vor Gericht immer akzeptiert worden. Es ist ausreichend einen Erziehungsberechtigten aufzuklären. Bei einer Zweit- oder Auffrischungsimpfung muss die Aufklärung nicht wiederholt werden. Die Aufklärung muss die häufigsten Nebenwirkungen betreffen (sehr seltene im Beipackzettel angeführte müssen nicht eigens erwähnt werden) allerdings auch die Komplikationen bei Verweigerung der Impfung. Eine schriftliche Aufklärung alleine ist nicht ausreichend. Die zu informierenden Personen können allerdings mit schriftlicher Bestätigung (Unterschrift) auf eine mündliche Aufklärung verzichten. Um entsprechende Rechtssicherheit zu schaffen wird derzeit von der Österreichischen Ärztekammer gemeinsam mit dem Justizministerium ein den Erfordernissen gerecht werdender Aufklärungsbogen erarbeitet. In der Zwischenzeit kann ein mit dem Gesundheitsministerium akkordierter Aufklärungsbogen verwendet werden. Dieser kann von der Homepage des Landes Niederösterreich heruntergeladen werden. (www.noel.gv.at)

Durch die entstandene Rechtsunsicherheit sollte es aber keineswegs zu einem Einbruch bei den notwendigen Durchimpfungsraten kommen. Schutzimpfungen sind mit Sicherheit die Erfolgsstory der präventiven Medizin (Eradikation der Pocken, Fasteeradikation der Poliomyelitis, weitgehende Eindämmung der FSME-Erkrankungen in Österreich verglichen etwa mit der annähernd gleich großen Bevölkerungszahl in Mähren) sondern sind natürlich auch evidence based. Die aktuellen Empfehlungen im Österreichischen Impfplan sind demnach verbindlich. Jede abweichende Durchführung von Schutzimpfungen ist demnach im Einzelfall zu begründen.



Dr. Dietmar Baumgartner

Sollten Komplikationen im Rahmen einer korrekt durchgeführten Impfung auftreten wird dies in folgenden Fällen durch das Impfschadensgesetz geregelt:

Impfschadensgesetz

§ 1b

(1) Der Bund hat ferner für Schäden nach Maßgabe dieses Bundesgesetzes Entschädigung zu leisten, die durch eine Impfung verursacht worden sind, die nach einer gemäß Abs. 2 erlassenen Verordnung zur Abwehr einer Gefahr für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung im Interesse der Volksgesundheit empfohlen ist.

(2) Der Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz hat durch Verordnung jene Impfungen zu bezeichnen, die nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft zur Abwehr einer Gefahr für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung im Interesse der Volksgesundheit empfohlen sind.

(3) Nach Maßgabe dieses Bundesgesetzes ist Entschädigung jedenfalls für Schäden zu leisten, die durch im jeweils ausgestellten Mutter-Kind-Pass genannte Impfungen verursacht worden sind.

Abschließend kann festgestellt werden, dass trotz des „Kärntner Impfschadensfalls“ und der danach erfolgten Rechtssprechung Schutzimpfungen weiterhin als enorm wichtige und wirksame präventive Maßnahmen wie bisher durchgeführt werden sollen. Ein Rückgang der Durchimpfungsraten muss unter allen Umständen vermieden werden.

* Dr. Dietmar Baumgartner ist Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde in Wiener Neustadt und leitet in der NÖÄK das Referat für Schulärzte, Vorsorge, Impfwesen und Sportmedizin