

Brief des Präsidenten

Geschätzte Frau Kollegin, geschätzter Herr Kollege!

von Christian Euler



Am 19. September fanden sich in Berlin Bundesdeutsche KollegInnen und PatientInnen zu einer Großdemonstration vor dem Brandenburger Tor ein, um gegen die geplante Gesundheitsreform zu protestieren. Als Gast war der Präsident des Österreichischen Hausärzteverbandes geladen. Er überbrachte folgende Grußadresse.

Ich überbringe Ihnen die solidarischen Grüße des ÖHV, des freien Berufsverbandes niedergelassener Ärztinnen und Ärzte Österreichs. Wir sind in mehreren Bundesländern auch in den Ärztekammern vertreten, als standespolitische Gruppierung, aber vor allem außerhalb der Ärztekammer aktiv. Der ÖHV war von Anfang an und konsequent der elektronischen Gesundheitskarte - in Österreich e-card - gegenüber kritisch eingestellt, was zur Folge hatte, dass wir jahrelang gleichsam ein Monopol auf die ärztliche e-card-Gegnerschaft hatten. Dessen ungeachtet konnten wir uns als das österreichische Gesundheitssystem mittragende Ärzte nicht abkoppeln und so war gerade ich aus geographischen Gründen als einer der ersten österreichischen Ärzte in der Testregion nördliches Burgenland mit der e-card konfrontiert.

In Österreich funktioniert die e-card im Großen und Ganzen, die Einführung dieser elektronischen Infrastruktur in Österreichs kassenärztlichen Ordinationen gestaltete sich reibungslos und mit Hilfe der eigenen Standesvertretung. Die alltäglichen Ärgernisse sind weniger durch technisches Versagen verursacht, als durch die Tatsache, dass die Anforderungen der Gesundheits- und Sozialbürokratie vor den Anforderungen der Ärzte und Patienten Priorität haben. Schon das muss einem zu denken geben!

Bis vor wenigen Monaten übte sich die Österreichische Ärztekammer im Beschwichtigen und trug das Einspinnen des österreichischen Gesundheitssystems in ein elektronisches Netz voll mit. Die 50-Prozent-Beteiligung unserer Standesvertretung am Datenleitungsnetz Peering-point – bezahlt um unsere Beitragsgelder - um damit unsere Benützungsentgelte angeblich zu unserem wirtschaftlichen Vorteil zu verdienen, ist das unrühmliche Denkmal dieser Kooperationsbereitschaft. Dass in der angeblichen Goldgrube bis zum heutigen Tag unser Geld verschwindet, sei der Ordnung halber erwähnt, nicht zuletzt als schmerzliches

Beispiel einer wirtschaftlichen und standespolitischen Fehleinschätzung.

Gerade die e-card nämlich ist die Stelle, an der noch unverdächtig die politische Brechstange angesetzt werden kann, um ein etabliertes Gesundheitssystem auszuhebeln. Auch die Bevölkerung, Karten gewöhnt von der Supermarktstammkundenkarte bis hin zum Bankomaten, verstand unsere kritischen Wortmeldungen nicht und begegnete ihnen oft genug mit dem arglosen und ahnungslosen Standpunkt „ich habe nichts zu verbergen, von mir kann jeder alles wissen“. Was aber macht die Obrigkeit mit diesem Wissen?

Bei der Beantwortung dieser Frage zeigt sich die unerhörte Wichtigkeit deutsch-österreichischer Kontakte. Um das Gesundheitssystem europaweit nach dem gleichen Muster zu reformieren fehlt beiden Ländern die Hälfte. Deutschland fehlt bis dato die flächendeckende elektronische Infrastruktur, Österreich fehlt der politische Mut, die sowohl gesetzlich wie technisch vorhandenen Möglichkeiten mit deutscher Konsequenz, ja Brutalität, zu nützen.

Von individuellen Arzneimittelbudgets des einzelnen Arztes und Rückzahlungsforderungen, die Praxisinhaber in den Konkurs treiben, wissen wir nur vom Hörensagen, Honorarsummenlimitierungen kennen wir auch, nicht aber in der bei Ihnen üblichen Rigidität, exekutiert von der kassenärztlichen Vereinigung.

Diese Ziele zu erreichen, hat die Österreichische Politik seit 2004 Straßen gebaut. Die nach dem so genannten §15A abgeschlossenen Vereinbarungen zwischen Bund und Ländern sichern der Bundesregierung in letzter Konsequenz den Durchgriff bis auf unsere Schreibtische und lassen auch von den unmittelbar Betroffenen keinerlei Mitsprache zu. Durch wohlüberlegte Stimmgewichtungen in den Landesgremien für den niedergelassenen und für den Spitalsbereich ist gesichert, dass jeweils zwei politisch, nicht fachlich legitimierte Personen alles

bestimmen. Die übrigen Mitglieder der Gremien intra- und extramuraler Rat sind zwar durch Ihre Kompetenz und Expertise dort vertreten, haben aber trotz starker Personenmehrheit keine Chance sich bei Abstimmungen durchzusetzen. Es ist somit zulässig zu behaupten, dass die Österreichische Politik im Jahre 2004 die Ärzteschaft, wie auch andere Heilberufe, aus der Entscheidungsfindung und Mitgestaltung eines zukünftigen Gesundheitssystems per Staatsvertrag ausgeschlossen hat.

Das wurde damit begründet, dass die massiven wirtschaftlichen Interessen der Ärzteschaft einen objektiven Beitrag zu dieser Reform verhindern. Dieser Gedanke ist zumindest nachvollziehbar. Als Ausrede wird er spätestens dann entlarvt, wenn wir erkennen, dass genau zur gleichen Zeit der Auftrag des Gesundheitsministeriums die Machbarkeit einer elektronischen Gesundheitsakte ELGA für Österreich zu prüfen an den IBM-Konzern vergeben wurde. Es wundert uns nicht, dass die IBM-Experten zum Schluss kommen: ELGA ist machbar! Noch heute sind sie im „ELGA-Kernteam“ hochoffiziell vertreten.

Das Jahr 2004 zeigt uns deutlich, wer bei Österreichs Politikern Vertrauen genießt, wessen Interessen Berücksichtigung finden: die der Patienten und Ärzte, oder jene der Wirtschaft.

Seit 2004 wird demnach Stein auf Stein gefügt um das Gebäude Gesundheitsreform zu errichten. Unverständlich wie lange unsere Standesvertretung die sich abzeichnenden Gefahren und Belastungen für unseren Berufsstand nicht sehen wollte. Bürokratische Mehrarbeit ohne jede Abgeltung, steigende Betriebskosten zu unseren Lasten, Investitionszwang in ungeliebte elektronische Aufrüstung der eigenen Ordination ermöglichen beträchtliche Einsparungen auf Seiten der Sozialversicherung... Sie kennen das alles selbst. →

Erst als 2007 offen über einen weiteren Reformschritt gesprochen wurde, erkannte unsere Landesvertretung, dass unsere und somit ihre Existenz akut gefährdet ist. Das Recht Honorarverhandlungen zu führen, das Recht die Weiterbildung der Berufsgruppe zu organisieren, das Recht der Qualitätssicherung, das Recht der Mitsprache bei Stellenplänen... alles sollte zu Gunsten der Gesundheitsbürokraten den Händen ärztlicher Selbstverwaltung und Selbstverwaltung entwunden werden. Die Bedrohung den Vertrag mit den Sozialversicherungen nie für länger als fünf Jahre zu bekommen, sollte die Ärzteschaft besonders willfährig gegenüber den ökonomielastigen Forderungen des Vertragspartners machen.

Vertrauen, ärztliche Schweigepflicht, freie Arztwahl, kurz die Basis unseres Selbstverständnisses wurden als anachronistisch und als Vorwand für den Kampf um Privilegien denunziert. „Das Paradigma der besonderen Intimität zwischen Arzt und Patient ist im Zeitalter von e-health zu hinterfragen“ formulierte eines der wesentlichsten Reformhirne, Ministerialrat Dr. Clemens Auer bei einem Referat an der Universität Wien im November 2007 und ließ damit den Geist erkennen, der seit Jahren diese Reform denkt.

Was hat - liebe Kolleginnen und Kollegen - e-health in die Waagschale zu werfen, um die Chance auf eine heilsame Dynamik zwischen Arzt und Patient aufzuwiegen?

Vertrauensverhältnisse lassen Bürokraten offensichtlich misstrauisch zurück. Was ihnen dazu einfällt, sind Diagnosestrassen, Behandlungspfade, über die gesichtslose, durch Versicherungsnummern definierte Menschen möglichst kostengünstig von Billigärzten getrieben werden sollen, wenn sie von im Zentrum ihrer Überlegungen stehenden Krankheiten befallen sind. Das drohende Gesundheitssystem ist streng krankheitszentriert, der Mensch und der Arzt sind hier jeder auf seine Weise Kostenverursacher und diese Kosten zu dämpfen verlangt die Wirtschaft.

Die geplante Reform steht auf dem Boden des Misstrauens der Bürokraten und hat als einziges Ziel Einsparung. Daran hat sich auch in Österreich nichts geändert.

Wenn Sie gehört haben von den Demonstrationen Österreichischer Ärzte vor das Parlament, von Streik und Agitationstagen im Juni 2008, schließlich vom Scheitern der Reform und der Regierung im Juli 2008, dann muss ich schweren Herzens hier vor Ihnen jede Siegerpose unterlassen. Diese Reform ist nicht an unserem entschlossenen Widerstand gescheitert, sondern an der kleinlichen parteipolitischen Auseinandersetzung, ob die der roten Reichshälfte zugehörigen Krankenkassen ebenso kontrolliert werden sollen, wie jene der schwarzen Reichshälfte zugehörigen. Solch elementare Probleme bewegen etwas in der österreichischen Innenpolitik.

Ein abschließender Blick in die Zukunft: Österreich steht vor Neuwahlen, es wird mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit wieder eine Koalitionsregierung werden, die mit ebensolcher Wahrscheinlichkeit sofort den Versuch unternehmen wird, die im Juli schubladisierte Gesundheitsreform als Zeichen ihres entschlossenen Machertums umzusetzen.

Die österreichische Ärzteschaft hat in den vergangenen Monaten einmal mehr ihren Koalitionspartner erkannt. Es ist der Patient, für den mehr am Spiel steht als für uns. Er ist es, der auf den Wert des Vertrauens nicht verzichten will, wenn er leidet, er ist es, der von Rationierungen der Heilmittel empfindlicher getroffen wird als der Arzt von der Rationierung seines Honorars.

Wenn der vertrauensvolle Patient einmal erkennt, wofür die vielen Daten elektronisch verarbeitbar gebraucht werden, die er jetzt so willig zur Verfügung zu stellen bereit ist, weil er nichts zu verbergen hat, wird es zu spät sein. Aufklärungsarbeit ist heute Teil ärztlicher Behandlungspflicht, überregionale Kontakte knüpfen ist heute Teil ärztlicher Fortbildungspflicht. Dass Pflicht auch Freude machen und ehrenvoll sein kann erlebe ich jetzt gerade. Ich danke Ihnen dafür - und für Ihr geduldiges Zuhören.

Dr. Christian Euler

Fax: 02685/607774

E-Mail: ch.euler@aon.at

Citalopram "Interpharm" 10 mg-Filmtabletten, Citalopram "Interpharm" 20 mg-Filmtabletten, Citalopram "Interpharm" 40 mg-Filmtabletten. Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge): 1 Filmtablette enthält 10 mg/20 mg/40 mg Citalopram als Hydrobromid. **Anwendungsgebiete:** Depressive Störungen und Zustände verschiedenen Schweregrades, verschiedener Ätiologie und Symptomatologie auch im höheren Lebensalter (Altersdepression), sowie die Vermeidung von Rückfällen/Rezidiven. Verschiedene Verstimmungen bei dementiellen Störungen. Angst- und Panikstörungen, Phobien, Panikattacken mit oder ohne Agoraphobie. Zwangsstörungen (OCD = Obsessive Compulsive Disorder). **Gegenanzeigen:** • Überempfindlichkeit gegen Citalopram oder einen der Bestandteile. • Gleichzeitige Behandlung mit MAO-Hemmern (siehe Wechselwirkungen mit anderen Mitteln). **Hilfsstoffe:** Kern: Maisstärke, Laktose wasserfrei, mikrokristalline Cellulose, Copovidon, Glycerol 85 %, Croscarmellose Natrium, Magnesiumstearat, Überzug: Opadry (Titandioxid (E 171), Hypromellose, Macrogol 400). **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** Interpharm ProduktionsgmbH, 1160 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Wirkstoffgruppe:** Antidepressiva/Selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer. Die Informationen zu den Abschnitten *Warnhinweise, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen* sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Stand: 1/2006

Mirtaron 30 mg-Filmtabletten. Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge): 1 Filmtablette enthält: Mirtazapin 30 mg. **Anwendungsgebiete:** Depressive Erkrankungen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber Mirtazapin. **Hilfsstoffe:** Laktose-Monohydrat, Maisstärke, Hydroxypropylcellulose, hochdisperses Siliziumdioxid, Magnesiumstearat, Opadry beige (Hydroxypropylmethylcellulose, Titandioxid (E171), Polyethylenglykol 8000, Eisenoxid rot, gelb, schwarz (E172)). **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** Interpharm ProduktionsgmbH, Effingergasse 21, 1160 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Wirkstoffgruppe:** Antidepressiva. Die Informationen zu den Abschnitten *Warnhinweise, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen* sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Stand der Information: 1/2006

Paroxetin "Interpharm" 20 mg-Filmtabletten. Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge): 1 Filmtablette enthält 20 mg Paroxetin als Paroxetinhydrochlorid. **Anwendungsgebiete:** Paroxetin wird eingesetzt zur Behandlung von • Depressiven Erkrankungen • Zwangsstörungen • Panikstörungen mit oder ohne Agoraphobie • Sozialen Angststörungen/ Sozialphobie. **Gegenanzeigen:** Paroxetin darf nicht angewendet werden bei bekannter Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen anderen Bestandteil des Präparates und bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren. Paroxetin darf nicht in Kombination mit MAO-Hemmern oder innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Therapie mit MAO-Hemmern eingenommen werden. Danach sollte die Behandlung mit Paroxetin vorsichtig begonnen und die Dosis stufenweise bis zur optimalen Wirkung eingestellt werden. Eine Therapie mit MAO-Hemmern darf ebenfalls nicht innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Therapie mit Paroxetin begonnen werden, da Berichte über schwerwiegende, zum Teil tödliche Zwischenfälle, wie z.B. Hyperthermie, Myoklonien und psychische Veränderungen, die von extremer Agitiertheit bis hin zum Delirium und Koma reichen, in Zusammenhang mit der kombinierten Gabe von Paroxetin und MAO-Hemmern vorliegen. Auch Serotonin-Präkursoren (L-Tryptophan, Oxitriptan) dürfen nicht gemeinsam mit Paroxetin gegeben werden, da es zum sogenannten Serotonin-Syndrom, mit Agitiertheit, Ruhelosigkeit und gastrointestinalen Symptomen kommen kann. **Hilfsstoffe:** Calciumhydrogenphosphat, Carboxymethylstärke-Natrium, Magnesiumstearat, Hydroxy-propylmethylcellulose, Macrogol, Polysorbat, Titandioxid (E 171). **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** Interpharm ProduktionsgmbH, 1160 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** NR-, apothekenpflichtig. **Wirkstoffgruppe:** Antidepressiva. Die Informationen zu den Abschnitten *Warnhinweise, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen* sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Stand der Information: 5/2003

Sertralin „Interpharm“ 50 mg-Filmtabletten, Sertralin „Interpharm“ 100 mg - Filmtabletten. Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge): 1 Filmtablette enthält 50 mg/100 mg Sertralin (als Sertralinhydrochlorid). **Anwendungsgebiete:** Episoden einer Major-Depression. **Gegenanzeigen:** Sertralin „Interpharm“ 50 mg/100 mg darf nicht bei Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff bzw. die Hilfsstoffe angewendet werden. Sertralin „Interpharm“ 50 mg/100 mg darf nicht zusammen mit MAO-Hemmern, einschließlich Selegilin und Moclobemid eingenommen werden. Sertralin „Interpharm“ 50 mg/100 mg darf nicht zusammen mit Pimozid eingenommen werden. **Hilfsstoffe:** Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Calciumhydrogenphosphat-Dihydrat, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A), Hydroxypropylcellulose, Magnesiumstearat. Tablettenfilm: Hypromellose, Titandioxid (E 171), Macrogol, Talkum. **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** Interpharm ProduktionsgmbH, 1160 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Wirkstoffgruppe:** Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer. Die Informationen zu den Abschnitten *Warnhinweise, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen* sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Stand der Information: 5/2005

Ärzte als Haie und Torpedos

von Wolfgang Geppert

Nach der gescheiterten Gesundheitsreform weinen ÖVP-Granden den für Kassenärzte desaströsen Vorschlägen der Sozialpartner nach. Vergleiche aus der maritimen Welt werden angestellt. Das ist einen Konter wert, denn schließlich ahnen alle, was uns Vertragsärzten droht, wenn die ÖVP nach der NR-Wahl als führende Kraft ans Ruder kommt.

In einer Kolumne der Zeitung „Die Presse“ vom 16. Juli mit dem Titel „Abgenagt bis aufs Skelett“ beklagt Univ.-Prof. Dr. Khol das Scheitern der Gesundheitsreform. Die hinter verschlossenen Türen, ohne Einbindung der Betroffenen, ersonnenen Sparvorschläge der Sozialpartner-Spitzen, Leitl und Hundstorfer, werden vom ehemaligen Präsidenten des Nationalrates als großes Projekt bezeichnet, das unter anderem von den Ärzten zunichte gemacht worden ist. Khol zieht Vergleiche mit dem Hemingway-Klassiker „Der alte Mann und das Meer“. Bei Hemingway wäre das Schicksal der Sozialpartner-Vorschläge, so Khol, präzise beschrieben worden: Nach Monaten glückloser Ausfahrten, macht ein alter, erfahrener Fischer den Fang seines Lebens: Einen Marlin von sechs Metern Länge. Die Fahrt zurück in den Hafen wird zum Desaster. Mehrere Haifische hintereinander zerreißen die Beute in Stücke.

Der Fischer kehrt mit leeren Händen zurück. Dr. Khol vergleicht die gemeinsamen Vorschläge von Gewerkschaft und Wirtschaft mit dem Marlin bei Hemingway: „Ein wirklich großer Fisch, unerwartet weitreichend und schwergewichtig.“ Aber dann wären die Raubfische gekommen, zuerst die Ärzte, dann die regionalen Krankenkassen, dann die Beamtenvertreter und die Bauern. Sie hätten alles zunichte gemacht. Die Ärztekammer als gefährlichen Haifisch darzustellen, gereicht der bisher zurückhaltend agierenden Landesvertretung zur Ehre. Sahen wir Zwangsmitglieder unsere Kammer bis dato eher als einen überfütterten Karpfen, der ständig das Maul offen hat und den Mächtigen aus der Hand frisst. Khol attestiert unserer Vertretung raubfischähnliche Eigenschaften. Hoffentlich bestätigt sich diese Gefährlichkeit auch in der kommenden Regierungsperiode. Der ehemalige NR-Präsident im Originalton: „Einen Fetzen Fleisch nach dem anderen rissen zuerst die Ärzte heraus.“

Keine Quittung für die Patienten über erbrachte Leistungen. Man sagte „ausufernde Bürokratie“ und fürchtete Kontrolle. Ein Knopfdruck mehr am Computer, das wäre es gewesen. Dann fiel die Medikamentenregelung, die in anderen Ländern klaglos gehandelt wird und große Ersparnisse bringt. Man sagte „Patientenwohl“ und bangte um die Wohltaten der Pharmaerzeuger.“ So kompakt und plakativ die komplexe Causa in dieser Darstellung dem Leser nahegebracht werden soll, so wenig zeugt sie von Fachwissen und Detailkenntnis des Autors. Leider ist Dr. Khol unter den ÖVP-Größen in dieser Angelegenheit kein Einzelfall. Auch wenn solche oder ähnliche Gedanken x-mal wiederholt werden, bekommen sie trotzdem nicht mehr Wahrheitsgehalt. Seit Wochen versuchen wir Ärzte Verantwortungsträger wie Khol, Leitl und Kopf (Generalsekretär der WK) zum Zuhören und zum Auffüllen ihrer Wissenslücken zu bewegen. Vergebens! So drehen sich ihre Gedanken weiter im Kreis.

Unbelehrbarkeit am Beispiel der Patientenquittung

Es würde den Rahmen dieser Darstellung sprengen, die negativen Folgen der Reformvorschläge im Einzelnen nochmals darzulegen. Von der Befristung und Zerstückelung unserer Verträge, über die verpflichtende Teilnahme an ELGA (Elektronische Gesundheitsakte) bis zum Aut idem-Diktat. Doch am Beispiel der Patientenquittung kann gut erläutert werden, wie uninformatiert die Reformer an den komplexen Sachverhalt herangegangen sind. Wer die Forderung nach Quittungen besagter Art erhebt, hat keine blasse Ahnung von festgelegten Deckelungen der Kassenleistung und verdächtigt eine ganze Berufsgruppe, die Kassen permanent ums Ohr zu hauen. Gerade Wirtschaftsvertreter müssten wissen, dass Quittungen nur demjenigen auszustellen sind, der für eine Ware oder eine Leistung bezahlt. Kassenpatienten haben uns Vertragsärzten für ärztliche Leistungen nichts zu bezahlen. Die Honorare für unsere diagnostischen und therapeutischen Handlungen übernehmen die zuständigen Krankenversicherungen. Anders verhält es sich bei reinen Privatleistungen. Verlangt der Patient zum Beispiel die Ausstellung eines Attestes, so hat er dafür selbst aufzukommen. Über Barzahlungen dieser Art werden auf Wunsch selbstverständlich Quittungen



Dr. Wolfgang Geppert

ausgehändigt. Ein einziger Kurzbesuch bei einem Hausapotheken führenden Arzt, hier wird die Angelegenheit ein bisschen komplizierter, hätte bei Leitl und Co zur Wahrheitsfindung beitragen können. X-mal am Tag stellen wir Hausapotheker unseren „Kunden“ auf Wunsch Quittungen aus. Genau aufgeschlüsselt sind darauf die Zahl der beglichenen Rezeptgebühren und die der Medikamentenpackungen, welche unter diesem Selbstbehalt liegen.

Den Großteil der abgegebenen Arzneimittel hingegen, stellen wir nicht den Patienten, sondern ihrer zuständigen Kasse in Rechnung. Auch hier wäre es unmöglich, ähnlich wie bei den ärztlichen Leistungen, sofort eine Quittung mit exakten Zahlen auszustellen. Erst nach Wochen erhalten wir Hausapotheker die Korrekturmeldungen der Abrechnungsstellen, aus denen ersichtlich ist, welches Präparat aus der übersandten Aufstellung von der Kasse nicht bezahlt wird. Dafür gibt es mannigfaltige Gründe. Auch der so genannte Taxabschlag ist Änderungen unterworfen, sodass bei Ausfolgung einer Packung nicht exakt bestimmt werden kann, welcher Betrag von der Kasse zurückkommt.

Noch viel krasser stellt sich die Honorierung erbrachter Kassenleistungen dar. Hier kann erst nach Monaten bekannt gegeben werden, wie viele Euro zum Beispiel für eine normale Ordination überwiesen werden. Bei der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse kommt es nach einem vertraglich festgelegten Schlüssel zur Streichung eines gewissen Prozentsatzes der tatsächlich geleisteten Normalordinationen. Der Tarif wird in diesem Fall auf das Niveau „kleiner“ Rezeptordinationen reduziert. Auf den von den uninformatierten Sanierern geforderten Quittungen könnte nur die Art der Leistung aufgedruckt werden. Für das Einfügen der tatsächlichen Beträge müsste der Patient nach mehreren Monaten wiederkommen. →

Am Beginn der über Wochen andauernden Reformdiskussion ist einer couragierten und medial bestens agierenden Kollegin in einer ORF-Konfrontation die Entzauberung dieser Patientenquittungen gelungen. Bei einem Großteil der Bestätigungen von Wiener Vertragsärzten für Allgemeinmedizin würde nachträglich der Betrag von null Euro einzusetzen sein, denn bei diesen Kollegen werden die weiteren Ordinationen entweder ganz gering oder gar nicht honoriert. Dafür gibt es für die Erstordination etwas mehr Honorar als zum Beispiel in Niederösterreich. Millionen Zuseher haben die exakten Erläuterungen der Wiener Kollegin begriffen. Eine Feststellung, die für die Architekten des Sanierungsprogrammes und ihre Bewunderer nicht in Anspruch genommen werden kann. So findet sich Monate nach dieser publikumswirksamen Aufklärung durch eine Kollegin, Mitte Juli 2008, ein Kolumnen-Autor wie Dr. Khol, der in der besagten Presse-Ausgabe die Behauptung aufstellt, derartige Quittungen wären mit einem Knopfdruck zu erstellen. Auch die starken Argumente gegen andere Reformpunkte bewirken bei Dr. Kohl kein Umdenken. Ein großes Vorhaben, so seine Ansicht, wäre verhindert worden: „Vom großen Projekt der Sozialpartner blieb nach den Verhandlungen im Parlament nichts übrig. Abgenagt bis aufs Skelett! Angewidert wandten sich die Autoren des Projekts, die Präsidenten von Wirtschaft und Gewerkschaft ab. Das war nicht mehr ihr Vorschlag.“

Nummer Eins unter den Torpedos

Sind wir Ärzte bei Betrachtungen Khols noch Meerestiere, so mutieren wir beim Präsidenten der Wirtschaftskammer (WK), Dr. Leitl, zu einem alles vernichtenden Kriegsgeschütz. In einem Interview mit „Die Presse“ behauptet der WK-Präsident, die Ärztekammer sei die Nummer Eins unter den Torpedos bei der gescheiterten Kassensanierung gewesen. Warum die selbsternannten Krankenkassenexperten maritime Begriffe für ihre Vergleiche verwenden, kann nicht beantwortet werden. Vielleicht war es die Urlaubsstimmung, die ihre Gedanken ums Meer kreisen ließ. Die Standsvertretung eines Binnenlandes mit der vernichtenden Waffe einer Seemacht zu vergleichen, zeigt von mangelndem Feingefühl. Schlussendlich stellt sich die Frage, ob das vom Ärztekammer-Torpedo vernichtend getroffene Schwimmobjekt „MS Leitl-Hundstorfer“ ein friedliches Verhandlungsschiff auf dem Weg in eine Sanierungsbucht war oder ein gut getarnter Piratenkutter. Mit der Gewissheit, dass derartige Vergleiche immer hinken müssen, soll trotzdem der Versuch gewagt werden, in der maritimen Bildsprache von Khol und Leitl zu kontern.

Vergleich zum Nachdenken

Während Raubfische und Torpedos unter der Wasseroberfläche ihr Unwesen treiben, gibt es im und auf dem Wasser, Schwimmobjekte, die nicht zum Ziel haben, die Menschen in tausend Stücke zu reißen oder in die Luft zu jagen, sondern ganz im Gegenteil, bestmöglich zu betreuen: Die Kreuzfahrtschiffe. Die Qualität derartiger Schiffe steht und fällt mit dem Können, dem Fleiß und dem Einsatzwillen der Besatzung. Das Motorschiff „MS Gesundheit Österreich“ hat sich im Laufe der Jahre den Ruf erworben, das weltbeste zu sein. Die Passagiere wohnen zwar in verschiedenen großen Einheiten, beginnend von der kleinen 2-Bett-Kabine im Unterdeck bis zur weitläufigen Suite am Kapitänsdeck, doch außerhalb dieser Wohneinheiten werden keine Unterschiede gemacht. Alle Mitreisenden genießen eine gleich gute Behandlung, ob in den Restaurants, bei bordeigenen Veranstaltungen oder auf den Landausflügen.

Mit der Zeit der Gewöhnung empfinden die Umsorgten diese Form der klassenlosen Gesellschaft als nahezu selbstverständlich.

Nur nach dem fallweisen Besuch auf einem anderen Schiff, kehren sie wieder reumütig auf die „MS Gesundheit Österreich“ zurück. Im Blickfeld der Passagiere stehen die Leistungen von Kapitän und Offizier, von Kellner und Bordkünstler. Die täglichen Anstrengungen der Besatzungsmitglieder unter Deck werden nicht so stark wahrgenommen. Ein Heer von Leistungserbringern, Ameisen gleich, ist dafür verantwortlich, dass es den Leistungsempfängern an nichts fehlt. Es darf auch nicht unerwähnt bleiben, dass diese Besatzungsmitglieder gut bezahlt werden, doch im Gegenzug haben sie auf viele soziale Errungenschaften zu verzichten. Arbeitszeitbegrenzung ist ihnen ein Fremdwort und die Zahl der Krankenstände geht in ihren Reihen gegen Null.

Trotz all des Einsatzes sind die Schiffseigner unzufrieden. Berater von zweifelhafter Kompetenz und geringem Fachwissen flüstern den Eignern, die am steigenden Betriebsaufwand des Schiffes Anstoß nehmen, ein: „Die Basismannschaft ist zu teuer, hier muss gekürzt werden!“ „Wie soll das gehen?“ kommt die Gegenfrage. „Kürzere Laufzeit der Verträge und Einzelabkommen!“ lautet der Rat. Gesagt, getan! Mittels Einzelverträgen wird die Solidarität der Mannschaft untergraben. Die Kellner werden gegen die Küchenmannschaft, das Kabinenservice gegen die Reinigungskräfte ausgespielt. Lohndumping greift Platz.

Den Maschinisten zum Beispiel wird ausgerichtet, sie sollen nicht aufmüßig sein, denn mit ihrer speziellen Ausbildung könnten sie nirgendwo anders Unterschlupf finden. In weiterer Folge kommt die Order an alle Kellner und Mitglieder des Kabinenpersonals, ab nun jeden Handgriff vom Gast schriftlich zu bestätigen lassen. Sei es nach der Säuberung der Kabine oder der Bedienung im Restaurant. Die Betroffenen beginnen über die neue, zeit- und kräfteraubende Bürokratie zu klagen. Die Reederei bleibt davon unbeeindruckt. Solche Quittungen auszustellen, das sei eine Kleinigkeit und diene nur der exakten Information der Reisenden. Damit könnten unnötige Leistungen verhindert werden. Und überhaupt, so die zweifelhaften Experten und Berater, nur so bleibe der Betrieb des Schiffes finanzierbar.

Der ständige Vergleich mit den Betriebskosten in anderen EU-Ländern wird zur Besessenheit. Deutschland gehe beim Kosten senken seit Jahren als glühendes Beispiel voran. Dort hätten die Arbeitgebervertreter schon viel früher den Weg vorgegeben. Lettland und Litauen bekommen in der Branche Vorbildwirkung. Sie seien die Kostengünstigsten beim Betrieb eines Schiffes. Doch schon bald kommt Wahrheit ans Licht. Die Schiffseigner müssen schnell erfahren, wie sich die Versprechungen der Berater, Gäste würden von all dem nichts bemerken, in Nichts auflösen. Die Reisenden verspüren die Überlastung der Bedienenden, den ständigen Wechsel des gewohnten Personals.

Für alle Dienstleistungen entstehen Wartezeiten. Schnell macht es unter den Passagieren die Runde: Das Verbot, auf diesem Schiff Trinkgelder anzunehmen, bestehe nur am Papier. Selbst in der Reederei wird das Einreißen dieser Unsitte akzeptiert: „Was unsere Gäste der Mannschaft zustecken, das brauchen wir den Leute nicht aufs Lohnkonto zu überweisen.“ Die aus der Urzeit der Schifffahrt sattam bekannte Zwei- und Mehrklassenbehandlung feiert fröhliche Urstände. Den Passagieren vom Oberdeck mit ihren dicken Geldbörsen wird der Hof gemacht. Schnell verkommt die „MS Gesundheit Österreich“ zu einem Schiff wie viele andere auch. Die Gäste wenden sich enttäuscht ab und die Schiffseigner müssen leidvoll erkennen: „Wer solchen Beratern Folge leistet, der ist verloren!“

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

Primarius Dr. Günter Ranftl voll rehabilitiert.

von Christian Euler

Der Arbeitskonflikt um den Oberwarter Primararzt Günther Ranftl endete nach vielen Monaten der Inaktivität mit einem Vergleich. Glaubt man den kargen Pressemeldungen mussten alle Beschuldigungen gegen den am 30. März 2007 in einer Aufsehen erregenden Aktion aus dem Oberwarter Krankenhaus gewiesenen zurückgenommen werden. Keine der in die Öffentlichkeit getragenen Anschuldigungen, von Dienstpflichtverletzung bis Urlauberschleichen für die Angestellten ist aufrecht. In den offiziellen Mitteilungen der Ärztekammer für Burgenland schreibt Vizepräsident Dr. Reinhold Renner, Primarius Ranftl sei vollkommen rehabilitiert. Da die Streitparteien das bei Vergleichen offensichtliche unverzichtbare Stillschweigen vereinbart haben bleibt zu resümieren:

Die Manager der Krages haben unter den Augen des letzt verantwortlichen Landesrates und des Landeshauptmannes gegenüber einem Abteilungsleiter ihrer Unternehmensgruppe zumindest überschießend gehandelt. Der Auftritt des Kragesmanagers Mag. Frech, den damals gerade in der Kurie der angestellten Ärzte erfolgreich aus den Kammerwahlen hervorgegangenen Primar vor den Augen versammelter Dienstnehmer des Hauses zu verweisen, konnte vor Gericht offensichtlich nicht ausreichend gerechtfertigt werden.

Die Ärztekammer für Burgenland kann sich in ihrer Entscheidung, mit der Einberufung einer außerordentlichen Vollversammlung den deutlichsten Protest gegen dieses Vorgehen gewählt zu haben, bestätigt fühlen.

Das Schweigen, das sich die politisch Verantwortlichen mit Hinweis auf ein schwebendes Verfahren auferlegten, hält an. Eine Entschuldigung oder zumindest klärende Worte würden sicher nicht gegen das vereinbarte Stillschweigen verstoßen. Wie zum Hohn erhielten wir im Juli ein Schreiben des schweigsamen Landesrates Dr. Rezar in dem er seine Initiative: „Seelische Gesundheit am Arbeitsplatz“, Gesundheitspreis Burgenland 2008, vorstellt.

Dr. Günter Ranftl, der wenige Wochen nach seiner Absetzung als Primar für Anästhesie und Intensivmedizin eine Stelle als Oberarzt der entsprechenden Abteilung im Krankenhaus Mödling annahm, formuliert in einer Stellungnahme an die Kollegenschaft, veröffentlicht in den Mitteilungen der Ärztekammer für Burgenland, folgende offenen Fragen:

„Mein Arbeitsvertrag im Krankenhaus Oberwart war befristet und wäre am 31. Juli 2008 ohne Angabe von Gründen lösbar gewesen. War es nötig mich persönlich zu desavouieren, meine Leistungen öffentlich zu entwerten, mein berufliches und fachliches Renommee durch den Dreck zu ziehen und mich und meine Familie der gesellschaftlichen Ächtung preis zu geben? Wem hat diese sinnlose Aktion eigentlich genützt und warum musste sie in einer derartigen Weise durchgezogen werden?“

Wem steht es zu die Solidaritätsbekundungen der Oberwarter Ärzte, die einstimmigen Beschlüsse von Betriebsrat, Gewerkschaft und Ärztekammer regelrecht vom Tisch zu wischen und sinngemäß als „Ausdruck der Willensbildung von Unwissenden“ abzutun?

Wie sieht angesichts dieser Vorgangsweise generell die Zukunft medizinischer Führungskräfte im Burgenland aus?“

Entsprechend der §15A-Vereinbarung ist Landesrat Dr. Peter Rezar zusammen mit einem ihm unterstellten Beamten der Landesregierung die alles bestimmende Kraft für den intramuralen Bereich des Burgenlandes.

Dr. Christian Euler

Bezeichnung des Arzneimittels: Atacand 4 mg – Tabletten, Atacand 8 mg – Tabletten, Atacand 16 mg – Tabletten, Atacand 32 mg – Tabletten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Angiotensin II-Antagonist, rein (Candesartan). **ATC-Code:** C09CA06. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Tablette enthält 4 mg, 8 mg, 16 mg oder 32 mg Candesartan Cilexetil. Jede 4 mg Tablette enthält 93,4 mg Lactose-Monohydrat. Jede 8 mg Tablette enthält 89,4 mg Lactose-Monohydrat. Jede 16 mg Tablette enthält 81,4 mg Lactose-Monohydrat. Jede 32 mg Tablette enthält 163 mg Lactose-Monohydrat. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Carmellose-Calcium, Hydroxypropylcellulose, Eisenoxid rot (E172) (nur 8 mg, 16 mg und 32 mg – Tabletten), Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, Maisstärke, Macrogol. **Anwendungsgebiete:** • Essentielle Hypertonie. • Behandlung von Patienten mit Herzinsuffizienz und eingeschränkter linker Ventrikelfunktion (linksventrikuläre Auswurf-Fraktion $\leq 40\%$) als Zusatztherapie zu ACE-Hemmern oder wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden (siehe Abschnitt 5.1 Pharmakodynamische Eigenschaften). **Gegenanzeigen:** • Überempfindlichkeit gegen Candesartan Cilexetil oder einen der sonstigen Bestandteile. • Schwangerschaft und Stillzeit (siehe Abschnitt 4.6 Schwangerschaft und Stillzeit). • schwere Leberschädigung und/oder Cholestase. **Inhaber der Zulassung:** AstraZeneca Österreich GmbH., Schwarzenbergplatz 7, 1037 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Informationen zu den Abschnitten „Nebenwirkungen“, „Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen“ und „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“ sind der veröffentlichten Fachinformation (z.B. Austria Codex) zu entnehmen.**

Bezeichnung des Arzneimittels: Atacand Plus - Tabletten, Atacand Plus mite - Tabletten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Angiotensin II-Antagonisten und Diuretika, **ATC-Code:** C09DA. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Eine Atacand Plus - Tablette enthält 16 mg Candesartan Cilexetil und 12,5 mg Hydrochlorothiazid. Jede Tablette enthält 68 mg Lactose-Monohydrat. Eine Atacand Plus mite - Tablette enthält 8 mg Candesartan Cilexetil und 12,5 mg Hydrochlorothiazid. Jede Tablette enthält 77 mg Lactose-Monohydrat. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Carmellose-Calcium, Hydroxypropylcellulose, **Nur Atacand plus:** rotes Eisenoxid E172, **Nur Atacand plus:** gelbes Eisenoxid E172, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, Maisstärke, Macrogol. **Anwendungsgebiete:** Essentielle Hypertonie, wenn eine Monotherapie mit Candesartan Cilexetil oder Hydrochlorothiazid nicht ausreichend ist. **Gegenanzeigen:** • Überempfindlichkeit gegenüber den Wirkstoffen oder einen der sonstigen Bestandteile oder gegenüber Sulfonamidderivaten (Hydrochlorothiazid ist ein Sulfonamidderivat). • Schwangerschaft und Stillzeit • Schwere Nierenschädigung (Kreatininclearance <30 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche) • Schwere Leberschädigung und/oder Cholestase • Refraktäre Hypokaliämie und Hyperkalzämie • Gicht. **Inhaber der Zulassung:** AstraZeneca Österreich GmbH., Schwarzenbergplatz 7, A-1037 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Informationen zu den Abschnitten „Nebenwirkungen“, „Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen“ und „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“ sind der veröffentlichten Fachinformation (z.B. Austria Codex) zu entnehmen.**

Kaloba® – Tropfen zum Einnehmen: REGISTRIERUNGSINHABER: Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Willmar-Schwabe-Str. 4, 76227 Karlsruhe, Deutschland. Vertrieb in Österreich: Austroplant Arzneimittel GmbH, Wien. **ZUSAMMENSETZUNG:** Wirkstoff: 10 g (=9,75 ml) Flüssigkeit enthalten 8,0 g Auszug aus Pelargonium sidoides-Wurzeln (1:8–10) (EPs® 7630). **Auszugsmittel:** Ethanol 11 % (m/m). 1 ml entspricht 21 Tropfen. **HILFSSTOFFE:** Glycerol 85 %, Ethanol. **ANWENDUNGSGEBIETE:** Traditionelles pflanzliches Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten. Die Anwendung dieses traditionell pflanzlichen Arzneimittels in den genannten Anwendungsgebieten beruht ausschließlich auf langjähriger Tradition. **GEGENANZEIGEN:** Kaloba Lösung darf nicht eingenommen werden bei Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile des Arzneimittels. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Alle übrigen therapeutischen Mittel. **ABGABE:** Rpfrei, apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Dosierung, Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen, Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen und Haltbarkeit sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Schutz von Hausapotheken in Einarzt-Gemeinden gegenüber öffentlichen Apotheken wohl verfassungskonform

von Markus Lechner

§ 28 Abs 2 Apothekengesetz legt fest, dass die Arzneimittelversorgung in Gemeinden, in denen weniger als zwei Vertragsstellen im Sinne des § 342 Abs 1 ASVG von Ärzten für Allgemeinmedizin besetzt sind, zur Sicherung der ärztlichen Versorgung in der Regel durch ärztliche Hausapotheken erfolgt. Die Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke ist einem Arzt für Allgemeinmedizin, der in einem Vertragsverhältnis nach § 342 Abs 1 ASVG steht, gemäß § 29 Abs 1 Apothekengesetz (neben anderen Voraussetzungen) zu erteilen, wenn sich in der Gemeinde, in welcher der Arzt seinen Berufssitz hat, keine öffentliche Apotheke befindet.

Ist hingegen in Gemeinden mit weniger als zwei Vertragsstellen im Sinne des § 342 Abs 1 ASVG eine Konzession für eine öffentliche Apotheke bereits rechtskräftig erteilt worden, kann eine ärztliche Hausapotheke nicht bewilligt werden (§ 28 Abs 3 Apothekengesetz).

Damit wollte der Gesetzgeber – nachdem der Verfassungsgerichtshof Vorgängerbestimmungen des Apothekengesetzes, die ebenfalls einen Schutz von Hausapotheken gegenüber öffentlichen Apotheken (Versorgungspotential) als verfassungswidrig aufgehoben hatte – den Vorrang von Hausapotheken in so genannten Einarzt-Gemeinden vor öffentlichen Apotheken statuieren (Ausnahme: eine öffentliche Apotheke besteht bereits).

Gegen eine Übergangsregelung, die ebenfalls darauf abstellt, wie viele Vertragsstellen in der betreffenden Gemeinde und in einem Umkreis von 4 km um die beabsichtigte Betriebsstätte der neu zu errichtenden öffentlichen Apotheke bestehen, hegte der Unabhängige Verwaltungssenat Niederösterreich verfassungsrechtliche Bedenken und stellte beim Verfassungsgerichtshof den Antrag, die entsprechenden, Hausapotheken in Einarzt-Gemeinden schützenden Bestimmungen als verfassungswidrig aufzuheben.

Mit Erkenntnis G 12/08 hat der Verfassungsgerichtshof die Anträge abgewiesen und ausgesprochen, dass die Übergangsbestimmung des § 62a Abs 4 Apothekengesetz verfassungskonform sei.

Begründend führt das Höchstgericht aus:

„Auch mit der nunmehrigen Neu-Ausrichtung des im Apothekengesetz verankerten Systems der Arzneimittelversorgung sollte dem Gedanken Rechnung getragen werden, dass eine Trennung von ärztlicher Tätigkeit und Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln in bestimmten ländlichen Gebieten aus ökonomischen Gründen nicht sinnvoll und gesundheitspolitischen Zielsetzungen abträglich ist.

Im Unterschied zu der vom Verfassungsgerichtshof beanstandeten Vorgängerregelung sucht der Gesetzgeber den verfolgten Zielsetzungen mit der Neuregelung jedoch nicht (mehr) durch die - starre - zahlenmäßige Festsetzung eines Mindestversorgungspotentials gerecht zu werden. Er knüpft für die Abgrenzung der Zuständigkeiten von öffentlichen Apotheken und ärztlichen Hausapotheken vielmehr an dem im ASVG verankerten System der Vergabe von Kassenplanstellen an, indem er darauf abstellt, ob in der Gemeinde (bzw. im Umkreis von vier Straßenkilometern um die in Aussicht genommene Betriebsstätte der öffentlichen Apotheke) weniger als zwei Kassenvertragsstellen im Sinne des § 342 Abs 1 ASVG von Ärzten für Allgemeinmedizin besetzt sind; anhand dieses Kriteriums werden jene Gebiete definiert, in denen die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln durch ärztliche Hausapotheken erfolgen soll.

Gemäß § 342 Abs 1 ASVG haben die zwischen dem Hauptverband und den Ärztekammern abzuschließenden Gesamtverträge die Zahl und die örtliche



Mag. Markus Lechner

Verteilung der Vertragsärzte und Vertrags-Gruppenpraxen mit dem Ziel festzusetzen, dass unter Berücksichtigung der örtlichen und Verkehrsverhältnisse sowie der Bevölkerungsdichte und -struktur eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten und ihren Angehörigen gesichert ist; in der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertrags-ärzten oder einem Vertragsarzt und einer Vertrags-Gruppenpraxis freigestellt sein.

Der Verfassungsgerichtshof kann die Behauptung des UVS, dass der Gesetzgeber mit der dargestellten Regelung des Apothekengesetz - nicht anders als in der beanstandeten Vorgängerregelung - wiederum darauf Bezug nehme, ob eine bestimmte Mindestzahl von mit Heilmitteln zu versorgenden Personen erreicht wird, nicht teilen. Allein der Umstand, dass im Rahmen des ärztlichen Gesamtvertragssystems gemäß § 342 Abs 1 ASVG auch auf die - zahlenmäßig nicht festgelegte - Bevölkerungsdichte und -struktur des jeweiligen Gebietes Bedacht zu nehmen ist, kann nicht dartun, dass damit bereits ein unverhältnismäßiger Eingriff in die Erwerbsfreiheit bewirkt würde. Daran ändert auch der vom UVS zur Untermauerung seiner Bedenken ins Treffen geführte Hinweis auf die Praxis der NÖ Gebietskrankenkasse bei der Vergabe von Kassenarzt-Planstellen nichts. Der Verfassungsgerichtshof hat bei der Beurteilung der hier bekämpften apothekengesetzlichen Regelungen nämlich davon auszugehen, dass sich die Vollziehung des § 342 Abs 1 ASVG allein an den dort genannten Zielen orientiert.

Der Verfassungsgerichtshof ist der Auffassung, dass die angefochtenen Regelungen, die die Erteilung einer Konzession für eine neu zu errichtende öffentliche Apotheke (auch) davon abhängig machen, wie viele Vertragsstellen im Sinne des § 342 Abs 1 ASVG von Ärzten mit Allgemeinmedizin besetzt sind, im öffentlichen Interesse liegen, zur Zielerreichung - nämlich der Sicherung einer bestmöglichen Heilmittelversorgung

einerseits und der Sicherung der ärztlichen Versorgung der ländlichen Bevölkerung andererseits - geeignet sind und für sich nicht unverhältnismäßig in die Erwerbsfreiheit eingreifen.“

Wenngleich diese Judikatur nur die Übergangsbestimmung des § 62a Abs 4 Apothekengesetz betrifft, ist die Begründung des Verfassungsgerichtshofes wohl auch

auf die derzeitige Rechtslage zu übertragen: In Einarzt-Gemeinden haben daher Hausapotheken Vorrang vor öffentlichen Apotheken, es sei denn, eine öffentliche Apotheke besteht bereits.

Nach wie vor ungelöst ist die Frage nach der Übergabe von Hausapotheken an den Nachfolger. Hier sind die Landespolitik und der Gesetzgeber gefordert.

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

Offener Brief von Dr. Christoph Reisner

Antwort auf den anonymen Leserbrief im Hausarzt 7-8/08

Zunächst möchte ich ausdrücken, dass es meiner Vorstellung von Spielregeln in einem demokratischen System widerspricht, mittels anonymer Leserbriefe andere Personen anzugreifen oder zu kritisieren. Wenn ich der verantwortliche Chefredakteur wäre, hätte ich mich gegen eine Veröffentlichung ohne Namensnennung entschieden. Da ich aber dennoch zur Stellungnahme aufgefordert bin, werde ich auch Punkt für Punkt antworten:

Apothekensterben: Der Wohlstand in den Industrieländern beruht ausschließlich auf den Kräften des freien Marktes. Der Konsument kann sich entscheiden, wann und wo er die Dinge für seinen persönlichen Bedarf erwirbt. Mit wenigen Ausnahmen. Während es bei der Ärzteschaft als selbstverständlich angesehen wird, sich im freien Markt bewegen zu müssen, beharrt der Leserbriefschreiber auf einem System, welches an den Ostblock der 50er Jahre erinnert. Ich hingegen sehe es nur als Vorteil an, wenn ein Konsument entscheiden kann, wann und wo er etwas erwirbt. Die für die Existenz der Bevölkerung zweifelsfrei wichtigere Versorgung mit Lebensmitteln ist auch nicht auf wenige Monopolbetriebe beschränkt, sondern auf das Prinzip der Marktwirtschaft aufgebaut. Ich fühle mich daher in Österreich auch besser versorgt als beispielsweise in Nordkorea. Nach Angaben der Apothekerkammer ist das Geschäft mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln bereits defizitär. Ich kann daher den zwangsläufigen Zusammenhang zwischen einem dualen System und einem Apothekensterben nicht

nachvollziehen. Der Apotheker würde sich mehr anstrengen und mehr dem Wettbewerb stellen müssen. Das hat den Verbrauchern jedoch noch nie Schaden zugefügt.

Öffnungszeiten: Dem Leserbriefschreiber scheint entgangen zu sein, dass sich meine Gedanken ausschließlich auf rezeptpflichtige Arzneimittel beziehen. Rezeptpflicht bedeutet zwangsläufig, vor Medikamentenabgabe eine Ärztin/einen Arzt aufgesucht zu haben. Daher kann ich auch diesen Gedanken nicht nachvollziehen. Eine Apotheke, die nicht rund um die Uhr offen hat (was meistens der Fall ist), kann also den Bedarf nicht so gut abdecken wie eine Arztpraxis, die zu hundert Prozent ihrer Öffnungszeiten unmittelbar nach der Behandlung/Untersuchung Medikamente abgeben kann.

Verfügbarkeit/Lagerung: Ausreichende Lagermöglichkeiten sind in den meisten Ordinationen ohnehin vorhanden. Es dürfte dem Autor auch entgangen sein, dass die wenigsten Ärzte heute noch in feuchten Kellerlöchern hausen. Gesundheitlich problematisch ist jedoch die Tatsache, dass bei Impfstoffen häufig die Kühlkette unterbrochen wird, was eindeutig durch das Apothekenmonopol verursacht wird. In Sachen Lagerung sind aus meiner Sicht daher nur Argumente für ein duales System zu finden. Sollte ein Arzt über keinerlei Lagermöglichkeiten verfügen, ist er ja nicht verpflichtet, Medikamente abzugeben. Das duale System beruht auf Freiwilligkeit.

Logistik: Wer heutzutage noch ein Logistikproblem bei Kleinlieferungen von Medikamenten ortet, kann sich

gedanklich nur im Ostblock befinden. Am freien Markt wird uns gezeigt, dass alles machbar ist und durch clevere Logistik mit Kleinpäckungen sogar preisliche Vorteile für den Konsumenten möglich sind.

Abrechnung: Alles ist machbar, entweder mit neuen Modellen oder dem bewährten System der ärztlichen Hausapotheken. Wer das rätselhaft findet, zeigt eine grobe Unkenntnis der Materie.

Individuelle Sonderanfertigungen: Diese nehmen heutzutage nur noch einen Bruchteil des Apothekenverkaufs ein und lassen sich auch am Markt erwerben und rasch per Lieferservice zustellen. Der Konsument würde mittels seiner Kaufentscheidung deutlich machen, was die bessere Alternative ist.

Kosten: Die Aussage, dass dispensierende Ärzte ihre medizinischen Leistungen kostenlos erbringen sollten, zeigt deutlich die Gesinnung des Autors. Wer diese Gedanken ausführt, kann sich nicht auskennen und kann sich auch nicht mit der Materie beschäftigen haben. Meine Berechnungen ergeben ein Einsparpotenzial durch ein duales System von einem zigfachen des Einsparpotenzials etwa durch aut idem. Die umfassende ärztliche Leistung die zur Medikation führt ist jedenfalls deutlich höher zu bewerten als das Herausnehmen einer Schachtel aus dem Regal.

Zusammenfassung: Gier macht blind und verhindert logisches Denken! Diesen vom anonymen Autor geäußerten Gedanken kann ich nur bestätigen. Ich bin nun der Aufforderung nach-

gekommen und habe alle erwähnten Punkte beantwortet. Nun entgegne ich dem Vorwurf, ich würde nur zerstören wollen ohne praktische und realistische Alternativen aufzuzeigen:

Auf www.wahlarzt.at steht ein ganzheitliches Konzept zum download zur Verfügung, welches bereits seit 2006 existiert und dessen Fakten bis dato nicht widerlegt sind.

Zum Abschluss einige Worte von mir an den anonymen Autor des Leserbriefs: Die Bevölkerung will ein duales System haben, das ist durch unzählige Umfragen zu belegen. Selbst in einer Großstadt wie Wien, wo die Erreichbarkeit durch öffentliche Verkehrsmittel extrem gut ist und die Apothekendichte sehr hoch ist wünschen sich mehr als 50 Prozent der Bevölkerung eine Medikamentenabgabe bei ihrem verschreibenden Arzt. Bei einer freieren Abgabemöglichkeit von Medikamenten würde der Konsument dort kaufen, wo er für sich das beste Preis-/Leistungsverhältnis sieht. Freiere Anbieter müssten sich mehr dem Wettbewerb stellen und sich um ihre Kunden bemühen. Das hat noch in keiner Branche der Qualität von Service und Dienstleistung geschadet. Wieso ist es dann nicht möglich, eine offene und faire Diskussion zu führen? Ihre Polemik und auch Ihre Anonymität bestätigen aus meiner Sicht daher keine Feigheit, sondern einfach die Tatsache, dass Ihnen für eine seriöse Auseinandersetzung mit dem Thema die notwendigen echten Argumente fehlen.

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

Leserbrief an die Redaktion HAUSARZT

Weissenstein, 26.8.2008

Es drängt mich einfach, auf das Schreiben Dr. Fragners und das anonyme Mail zum Thema „Dispensierrecht für alle“ zu antworten. Zu allererst halte ich die Veröffentlichung von anonymen Äußerungen für sehr problematisch.

Sachlicherweise spricht eigentlich nichts gegen ein derartiges „duales“ System mit einem Nebeneinander von selbst dispensierenden niedergelassenen ÄrztInnen und öffentlichen Apotheken, wie es z. B. in Teilen der Schweiz zu finden ist.

Ich glaube, dass es nicht unbequem für PatientInnen sein kann, wenn man das passende und notwendige Medikament gleich beim behandelnden Arzt erhält, den ich noch dazu für besser qualifiziert halte, Arzneimittel abzugeben, als Drogeriemärkte oder Internet-Apotheken.

Worin Dr. Fragner hier ein klassisches Fettnäpfchen (gelobt sei der, der noch nie eines unter seiner Sohle gehabt hat), bzw. einen Fehltritt der ÄK sieht, ist mir schleierhaft. Wenn er blauäugig vorschlägt, man solle sich gemeinsam mit den Apothekern und ihrer Kammer um die Versorgung v. a. der ländlichen Bevölkerung kümmern, so ist er entweder tatsächlich nicht informiert über die Ereignisse um die Apothekengesetzgebung in letzter Zeit, oder er spielt absichtlich den Ahnungslosen, um seine üblichen Polemiken gegen die Kammer und ihre Funktionäre mit deren „katastrophalem Image“ begründen zu können.

Mein bester Freund ist Apotheker, doch glaube ich, dass eine Diskussion und/oder Streit mit den pharmazeutischen KollegInnen sehr wohl angebracht ist: Ob ihres Verhaltens bei der Apothekengesetzgebung, wo mit größtem Einsatz gegen die Hausapotheker vorgegangen wird, oder wenn zur Ausweitung ihres Berufsbildes plötzlich Vorsorgeuntersuchungen mit eigenartigen Therapieempfehlungen durchgeführt werden, oder zu Kontrollen der Medikamentenverschreibung der niedergelassene Ärzteschaft aufgerufen wird. Da muss es als Kammer wohl erlaubt sein, dagegen zu halten, oder?

Es wundert mich daher auch nicht, dass Dr. Fragner das Bild der Ärzte als Blockierer und notorische Neinsager, wie es unsere Vertragspartner und die Parteien hegen und pflegen, ungefragt weiter trägt und ausbaut. Kritisches Hinterfragen, aber auch Ablehnung von für uns ÄrztInnen schädlichen Vorhaben, durch wen auch immer, muss wohl erlaubt sein, und ist wohl Verpflichtung und Aufgabe einer Standesvertretung. Und er sieht es leider auch nicht, wenn Vorschläge der ÄK, wie z. B. zu den Gruppenpraxen oder zur VU oder neue Leistungen der SV usw. nicht gehört und abgelehnt werden.

Wenn er - Dr. Fragner - bessere und besser zum Ziel führende Methoden kennt, außer Streik, Blockade und Aufruf zur - von ihm lächerlich gemachten - Solidarität, in einer extremen Kampfsituation mit völlig unklarer, feindlicher politischer Umgebung, in der man nicht einmal mit uns spricht, dann ersuche ich ihn, dies endlich produktiv in die Standespolitik einzubringen, anstatt besserwischerisch hinterher zu meckern.

Die knapp 1.000 HausapothekerInnen erbringen die Arzneimittelversorgung tagtäglich in bester Qualität, und liefern Kranken und Bettlägerigen sogar ins Haus, wenn es nicht anders geht. Auch sie werden - man staune und siehe - zumindest 1x täglich von ihrer Lieferapotheke beliefert

Eben diese HausapothekerInnen haben entsprechend der gesetzlichen Betriebsordnung die vorgeschriebenen Einrichtungen zur Arzneimittelabgabe und haben - man siehe und staune - bereits seit langem ein bestens funktionierendes Abrechnungsmodell mit den Kassen.

Ich bin Hausapotheker und ich kenne viele KollegInnen, die ebenfalls diese patientenorientierte Dienstleistung der Medikamentenabgabe anbieten möchten.

Die Mär von der flächendeckenden Versorgung durch öffentliche Apotheken ist durch zahllose Ausnahmen von der Betriebsverpflichtung, zumindest in vielen ländlichen Bereichen nachweisbar zu widerlegen - wenn auch die Apothekerkammer großflächig und ebenso großmundig inseriert: „Wir sind 24 Stunden für sie da - und das ohne Krankenschein“.

Im Sinne einer offenen Diskussion ersuche ich um Veröffentlichung.

Dr. Gert Wiegele
9721 Weissenstein, Parkstr.6
gertwiegele@kaerngesund.at

Mitglied des Hausärzterverbandes
KO/ng. Kurie d. ÄK/Kärnten, stv. KO der ng. BK d. ÖÄK



„Medikamentenbudget: 11 Euro pro Patient und Quartal“

Christian Euler spricht mit dem Finanzfachmann Hans Schaffer (Rinner & Partner)

Euler: Herr Schaffer, wir kennen uns seit mehr als zwei Jahrzehnten, Ihr Dreikontenmodell ist in Ärztekreisen legendär. Sie sind ein profunder Kenner der österreichischen Gesamtvertragslandschaft und deren Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation der Vertragsärzte. Woher stammt Ihre Kenntnis der Bundesdeutschen Verhältnisse?

Schaffer: Unser Unternehmen Dr. Rinner & Partner ist seit 2002 mit einer Niederlassung in München angesiedelt. Wir unterhalten umfangreiche Kontakte zu über 40 berufsständischen Verbänden und deren Vorständen im Bereich Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten. Wir „exportieren“ die österreichische Betriebsunterbrechungsversicherung für freiberuflich Tätige über Berufsverbände nach Deutschland. Mehrere tausend Kunden erzählen unseren Beratern über das Jahr von den sich verändernden Umständen für medizinische Berufe in Deutschland. Davon nichts Gutes.

Der Besuch verschiedener Fortbildungsveranstaltungen und Berufsverbandstagungen bringt uns einen fundierten Einblick in das deutsche Gesundheitswesen. So z. B. in den berufspolitischen Befreiungsversuch des bayerischen Hausärzterverbandes, das derzeitige KV-System (Kassenärztliche Vereinigung) generell zu verlassen.

Euler: Sie erinnern sich vielleicht noch an Ihr Referat bei einer burgenländischen Sektionssitzung der Allgemeinmediziner, vor ungefähr zwei Jahren, in der Sie die österreichischen Verhältnisse im Vergleich zu den deutschen als „paradiesisch“ bezeichnet haben. Was war der Grund dieser Einschätzung.

Schaffer: Deutschland hat über 300 gesetzlich zugelassene Krankenkassen! Diese Kassen bilden durch Vertreter gemeinsam mit den Ärzten die so genannte Kassenärztliche Vereinigung. Dies ist im Empfinden vieler deutscher Kassenärzte ein Verwaltungsmoloch, der zwischen 13 und 20 Prozent der Kassenbeitragseinnahmen für die Selbstverwaltung des ambulanten Versorgungsbereiches verbraucht. Wie viel das genau ist, weiß niemand. Dazu kommen noch die Kosten für die Krankenkassen selbst und übergeordnete Kosten für die Bundesverwaltung der jeweiligen Krankenkassenverbände und der kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Diese Körperschaften öffentlichen Rechts produzieren einen unvorstellbaren Verwaltungs-, Kontroll- und Regelungsapparat, welche den niedergelassenen Kassenärzten das Leben bis zur Existenzbedrohung schwer machen.

Im Vergleich dazu ist das österreichische Gesundheitswesen schlank und effizient organisiert, auch wenn man das im täglichen Leben



als niedergelassener Arzt in Österreich nicht so empfinden mag. Empfehlung: machen Sie einmal Urlaub bei einem deutschen Arzt auf dem Lande. Lassen Sie sich am Abend bei einem Glas Pils den Tagesablauf eines Hausarztes erzählen, seinen letzten Jahresabschluss zeigen und rechnen Sie mit ihm seinen Stundenlohn aus. Viele Hausärzte verdienen auf Grund der sich ändernden Honorarsituation weniger als die bestbezahlte Praxishelferin.

Euler: Seit zwei Jahren bin ich persönlich mit den e-card-Skeptikern in unserem Nachbarland vernetzt, war wiederholt persönlich eingeladen, kann wesentliche Teile des E-mail-Verkehrs mitlesen, kurz ich mache mir folgendes vergleichende Bild. Österreich hat die funktionierende elektronische und auch die gültige gesetzliche Infrastruktur um eine Gesundheitsreform nach den Vorstellungen der Ökonomen gegen Patienten- und Ärzteinteressen durchzudrücken, was fehlt ist der politische Wille, oder auch der Mut.

Schaffer: Ich denke, dass es nicht am politischen Willen oder Mut des Hauptverbandes oder Gesundheitsministeriums fehlt, sondern dass die verantwortlichen Personen und Betreiber dieser Projekte laufend erfahren, wie komplex und schwierig diese umzusetzen sind. Erschwerend kommt hinzu, dass die politische Seite die e-card haben, aber nicht bezahlen will. Die Ärzte brauchen sie nicht, weder für sich noch für ihre Patienten, schon gar nicht dringend. Sie sollen aber die Arbeit machen und die e-card idealer Weise auch noch selbst bezahlen. So läuft es doch in Österreich – oder?

Euler: Um den Vergleich zu Ende zu führen. Bei unserem Nachbarn ist es umgekehrt. Es hat noch kein einziger e-card-Feldversuch funktioniert, die

technischen Voraussetzungen für Datensicherheit fehlen. Im Juni 2008 hat die Ärzteschaft erneut – übrigens gegen die Intentionen ihrer eigenen Spitzenrepräsentanten – die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte abgelehnt.

Schaffer: Ja das ist richtig. Bis jetzt haben verschiedene regionale Feldversuche in Deutschland zur e-card stattgefunden. Allen ist gemeinsam, dass die Ergebnisse von der gesundheitspolitischen Seite hoch geredet, von ärztlicher Seite bis zu tiefst verächtlich abgelehnt werden. Man schätzt die Kosten für die Einführung des flächendeckenden e-card Systems von Seiten der Gesundheitspolitik mit 1,4 bis 3, 2 Milliarden Euro! Unabhängige Institute von Universitäten und anderen Einrichtungen schätzen die Kosten bis 8 Milliarden.

Man kann sich ausdenken, wie es Ärzten geht, die seit Jahren unter sinkenden Honoraren leiden, wenn sie solche Projekte mittragen sollen! Abgesehen davon weist die Ärzteschaft auf die Zerstörung des auf Verschwiegenheit basierenden Vertrauensverhältnisses hin. Auch ich glaube nicht an die Patienten-Datensicherheit. Es sind bereits erste Fälle an der Öffentlichkeit, wo Krankenkassen sensible Patientendaten an US-Gesundheitsdienstleistungsunternehmen weiter gegeben haben. Ziel ist es, chronisch kranken Patienten über das Telefon eine Verhaltensberatung – Healthways – zu bieten. Hintergrund: Wie kann man Arzthonorare vermeiden.

In Bezug auf Österreich:

Niemand konnte sich vorstellen, dass einer Liechtensteiner Bank, trotz Bankgeheimnis, Kundendaten abhandeln kommen. So geschehen im so genannten „Stiftungsskandal“ 2008, wo Kundendaten an die deutschen und österreichischen Finanzbehörden verraten wurden. Nur ein Schelm glaubt, dass die gesundheitsrelevanten Patientendaten über die österreichische e-card in einem Tresor sind und niemand darauf Zugriff haben wird. Ich denke es ist hier nicht notwendig auf die Überwachungsmöglichkeit des Hauptverbandes und der Kassen einzugehen, die eine vollständige Arbeitszeitkontrolle von Vertragsarztpraxen in Österreich ermöglichen.

Euler: Trotz vieler Parallelen ist der persönliche und auch wirtschaftliche Leidensdruck der deutschen Kolleginnen und Kollegen unter den bereits etablierten Reformschritten unvergleichlich größer als hier im Land. Ist es richtig, dass bei unseren Nachbarn auch Konkurse von Arztpraxen zum Alltag gehören?

Schaffer: Ja auch in dieser Fragen haben Sie leider recht. Konkurse von Arztpraxen in Deutschland passieren häufig in Folge von Regressan- →



sprüchen der kassenärztlichen Vereinigung gegen ihre Vertragsärzte. Grund ist, dass es für jede Kassenarztpraxis ein exaktes Medikamentenbudget pro Quartal gibt. Dieses ist in ein Verhältnis zum Honorarbudget gesetzt. Überschreitet nun ein Arzt die ihm vorgegebenen Medikamentenkosten, so kann die KV die Überschreitung vom Arzt zurückverlangen. Dies ist in Deutschland Gesetz!

Mir ist konkret das Medikamentenbudget eines in Hessen niedergelassenen Urologen bekannt, der pro Quartal/Patient 11,- Euro zur Verfügung hat. Die Rückforderungen an Praxen gehen durchaus in fünfstelligen Bereiche. Wenn ich also seinerzeit im Burgenland über die österreichischen Verhältnisse im Spiegel gesprochen habe, wird man einsehen, dass bei uns noch vieles besser ist.

Euler: Österreich und Deutschland sind fester Teil eines EU-Kernlandes, das in gesellschaftspolitischen Bereichen mehr und mehr gleichgeschaltet ist. Wo sehen Sie die brisanteste Reformabsicht, bei deren Realisierung kein Stein mehr auf dem anderen bleibt?

Schaffer: Das Kassenreformpaket, welches die österreichische Gesundheitspolitik zurzeit für die ambulante Versorgung in Österreich schnürt, geht überwiegend zu Lasten der Behandler. Ein viel größeres Bedrohungspotential sehe ich jedoch in der geplanten Einführung der ambulanten Versorgungszentren. In Deutschland gibt es dasselbe unter etwas anderen Voraussetzungen und der Wortmarke MVZ - Medizinisches Versorgungszentrum.

Hier übernehmen Kapitalgesellschaften wirtschaftliche Macht über die Ärzte. Ebenso drängen die Kliniken in den niedergelassenen Bereich. Die Entwicklung kann als dramatisch gesehen werden. In der Kürze ist dies nicht wieder zu geben. Sollten die AVZs in Österreich in gleicher Weise kommen wie in Deutschland, wird dies den niedergelassenen Bereich revolutionieren. Ich denke nicht zum Besten für Ärzte und Patienten!

Vor kurzem habe ich dazu einen Vortrag in Graz vor Gynäkologen gehalten, die waren entsetzt, ob der Szenarien.

Euler: Es ist immer wieder unverständlich, dass unsere Spitzen-Interessensvertreter einen ruinösen Kompromisswillen zeigen. Erinnern wir uns

an die peeringpoint-Beteiligung, die ein wirtschaftlicher Misserfolg und eine unabschätzbare Schwächung unserer standespolitischen Position ist, denken wir an die fast euphorische Kooperation beim „roll-out“ der e-card, die ja schließlich der Ansatzpunkt für den Hebel ist, mit dem die Politik das etablierte System aus den Angeln heben kann. Denken wir an die akzeptierten finanziellen Dauerbelastungen für Wartung, updates, Verbrauchsmaterial etc., denken wir an die festgeschriebene grundsätzliche Bereitschaft an ELGA mitzuwirken. Das gleiche Unverständnis zwischen Basis und Spitzenstandsvertretern ist in Deutschland zu beklagen. Haben Sie den Eindruck, dass sich nach den „heißen Frühsommertagen“ der kritische Blick der ÖÄK-Spitze nachhaltig geschärft hat?

Schaffer: Gestatten Sie mir Herr Dr. Euler keinen berufspolitischen Kommentar zu geben.

Euler: Akzeptiert. Abschließend, zusammenfassend, ganz konkret: was von unserem derzeitigen System muss bleiben, damit es sich weiterentwickeln kann, ohne seine Fundamente zu verlieren, und dementsprechend: was darf auf keinen Fall kommen, weil uns sonst die Basis unseres Berufsverständnisses abhanden käme?

Schaffer: Ich wäre ein Guru, diese Fragen beantworten zu können. Sieht man das Wohl der Patienten im Vordergrund, müsste man von Seiten der Gesundheitspolitik wesentlich mehr Präventivmaßnahmen finanzieren, und die Selbstverantwortung bei der Gesunderhaltung massiv fördern.

Von Seiten der Ärzte ist es bedauerlich, dass viele vorhandene Ausbildungen und Therapiemöglichkeiten nicht immer für Patienten genutzt werden können, weil die Kassen ihre Leistungen beschränken. Dies jedoch bei Ihrer Öffentlichkeitsarbeit verschweigen, die den Eindruck vermitteln soll, in Österreich zahlt alles die Kasse.

Sollten die ambulanten Versorgungszentren Gesetz werden, brauchen wir über Ihre Frage nicht mehr diskutieren. Die niedergelassenen Ärzte werden große Teile ihres Selbstverständnisses und ihrer gewohnten Berufsordnung neu schreiben müssen. Bei allem, was es schon jetzt zu bejammern gibt, wird man dann sagen, wie gut war die vergangene Zeit 2008!

Euler: Ich danke Ihnen für das Gespräch.

Offener Brief an Präsident Dr. Walter Dorner

Sehr geehrter Herr Präsident Dr. Walter Dorner

Es herrscht Wahlkampf im Lande Österreich. Dies ist jene Zeit, die vom Wiener Bürgermeister Michael Häupl einmal mit dem Attribut „fokussierte Unintelligenz“ bedacht worden ist.

Vorwahlzeiten veranlassen prominente Landsbürger ihre Wahlempfehlung in Form von Prominentenkomitees abzugeben. Auch Sie, Herr Präsident, haben sich ins schwere Joch, vor den parteipolitischen Karren, einspannen lassen.

Sie setzten sich für die Wahl der ÖVP zur stärksten Partei in den Nationalrat ein.

Jene mächtige Partei, die uns Ärzte in den vergangenen Monaten in die bedrohlichste Krise seit vielen Jahrzehnten geführt hat. Jene Partei, die den freien Ärztestand abschaffen wollte und uns - heute noch freien Ärzte - wissend zu

Dependenten im Staatsgefüge ver-gattert hätte.

Nun belohnen Sie diese Strategie mit Ihrem Namen im Personenkomitee des Wilhelm Molterer.

Als oberster Ärztekämmerer sind Sie noch vor wenigen Wochen an der Spitze der Proteste gegen eine Gesundheitsreform gestanden, die zu einer Verschlechterung in der Gesundheitsversorgung Österreichs geführt hätte und unseren freien Berufsstand als solchen vernichten sollte. Dieser Gesetzesentwurf wurde von Funktionären der SPÖ und der ÖVP und von GesundheitsökonomInnen ausgehandelt. Ärzte sind in die Gesetzesfindung zu keiner Zeit eingebunden gewesen. Mit niemand aus der Ärzteschaft ist primär verhandelt oder gesprochen worden. Sie erinnern sich, dies hat der

Gesundheitssprecher der ÖVP, Dr. E. Rasinger, anlässlich der großen Protestversammlung der Ärzteschaft im Austria Center öffentlich bestätigt. Die Sozialpartner hatten Sie und unseren ganzen Berufsstand eiskalt ignoriert.

Nun sehen Sie sich unnotwendigerweise gemüßigt, für die ÖVP in den Wahlkampfing zu steigen.

Sie torpedieren damit unsere Anstrengungen um den Erhalt einer freien Ärzteschaft. Denn eines muss schon gesagt sein: Die Pläne von Wirtschafts- und Gewerkschaftsbund sind nur schubladisiert aber keinesfalls vergessen! Diese werden bei sich nächst bietender Gelegenheit uns allen wieder Sorge, Ängste und Kummer bereiten. Dann wird sich neuerlich Protest formieren müssen. Dies wird dann auch in Ihrem Namen geschehen.

Wie glaubwürdig können dann Ihre Stimme und Ihre Worte im aufgenötigten Streit klingen lassen? Werden unsere Gegenüber nach diesem Kniefall diese dann überhaupt noch ernst nehmen oder nur von Theaterdonner (-dorner) sprechen?

Als mächtiger Mann dieser Republik Österreich haben Sie sich so - sehr zum Leidwesen von uns Ärzten - mundtot machen lassen. Wahlkampf ist tatsächlich eine Zeit fokussierter Unintelligenz.

Mit kollegialer Hochachtung

LaaDoc

Dr. Wolfgang R. Wiesinger
Bezirksärztervertreter Mistelbach
Marktplatz 23
2136 Laa an der Thaya
Tel.: 02522 23 45-0
www.laadoc.at



Atemwegsantibiotika richtig einsetzen!

Antibiotika haben sich in der Therapie von Atemwegserkrankungen etabliert. Neben chronischer Bronchitis und Pneumonie ist auch die akute bakterielle Sinusitis eine typische Erkrankung, für die eine Behandlung mit Antibiotika indiziert ist. Wichtig ist es, Antibiotika verantwortungsvoll einzusetzen und besonders auf die Verträglichkeit Rücksicht zu nehmen. Die EMA hat vor kurzem das Antibiotikum Moxifloxacin bezüglich seines Nutzen-Risikoprofils bei Atemwegsindikationen neu bewertet. Der Hausarzt sprach darüber mit Univ.-Prof. DDr. Wolfgang Graninger, Leiter der Klinischen Abteilung für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin am Wiener AKH.

Hausarzt: Welche Rolle spielen Antibiotika in der Behandlung von Atemwegserkrankungen?

Prof. Graninger: Bei der Bronchitis spielen sie keine, bei der Pneumonie eine große. Immerhin ist die Pneumonie der Killer Nummer 1 bei älteren Patienten.

Hausarzt: Wie sehen Sie das Problem mit bereits bestehenden Resistenzen und der Resistenzentwicklung?

Prof. Graninger: Wenn schon, dann existieren Probleme mit Makroliden, die unkritisch und in niedriger Dosierung eingesetzt wurden.

Hausarzt: Wo sehen Sie bei der Initialbehandlung Kriterien, die die Wahl eines Antibiotikums ungeeignet erscheinen lassen?

Prof. Graninger: Für die Wahl eines Antibiotikums sind folgende Kriterien entscheidend: die Compliance, die durch die einmalige Verabreichung pro Tag gefördert wird, eine gute Konzentration am Ort der Infektion und eine entsprechende antimikrobielle Aktivität.

Hausarzt: Gibt es Unterschiede im Hinblick auf die Verträglichkeit?

Prof. Graninger: Es gibt große individuelle Unterschiede, Spitzenreiter der gastrointestinalen Unverträglichkeit sind Amoxicillin/Clavulansäure und Azithromycin.

Hausarzt: Vor kurzem wurde Moxifloxacin als Antibiotikum von der EMA hinsichtlich des Nutzen-Risikos bei Atemwegsindikationen analysiert und neu bewertet. Was sagen Sie dazu?

Prof. Graninger: Ausgehend vom Bestreben sich die wertvolle Klasse der Chinolone für schwere Atemwegsinfekte zu erhalten, wird die Anwendung von Moxifloxacin empfohlen, wenn andere Antibiotika als nicht ausreichend erachtet werden.

Hausarzt: Wo sehen Sie den Stellenwert von Moxifloxacin in der AECB?



Prof. Graninger: Patienten mit AECB verlangen oft ein Antibiotikum, wenn Sekretmenge und Dyspnoe zunehmen. Meist erhalten sie eine ganze Reihe von Antibiotika und eben auch Moxifloxacin.

Der Stellenwert der Steroidtherapie ist jedoch höher als jener der Antibiotikatherapie. Wenn zusätzlich Fieber auftritt und der Verdacht auf eine Pneumonie besteht, dann ist Moxifloxacin sicher ein Mittel der Wahl.

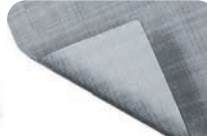
Hausarzt: Wir danken für das Gespräch.

SIFROL 0,088 mg Tabletten, SIFROL 0,18 mg Tabletten, SIFROL 0,35 mg Tabletten, SIFROL 0,7 mg Tabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: SIFROL 0,088 mg Tabletten enthalten 0,088 mg Pramipexol-Base (als 0,125 mg Pramipexoldihydrochlorid 1 H₂O), SIFROL 0,18 mg Tabletten enthalten 0,18 mg Pramipexol-Base (als 0,25 mg Pramipexoldihydrochlorid 1 H₂O), SIFROL 0,35 mg Tabletten enthalten 0,35 mg Pramipexol-Base (als 0,5 mg Pramipexoldihydrochlorid 1 H₂O), SIFROL 0,7 mg Tabletten enthalten 0,7 mg Pramipexol-Base (als 1,0 mg Pramipexoldihydrochlorid 1 H₂O). Bitte beachten: Die in der Literatur veröffentlichten Dosierungen von Pramipexol beziehen sich auf die Salzform. Deshalb werden Dosierungen sowohl als Pramipexol-Base und Pramipexol-Salz (in Klammern) angegeben. Pramipexol ist ein Dopaminagonist, der mit hoher Selektivität und Spezifität an Dopaminrezeptoren der D2-Subfamilie, hier bevorzugt an die D₂-Rezeptoren, bindet. Pramipexol besitzt eine volle intrinsische Wirksamkeit. **Hilfsstoffe:** Mannitol, Maisstärke, wasserfreies hochdisperses Siliziumdioxid, Povidon, Magnesiumstearat. **Anwendungsgebiete:** SIFROL ist angezeigt zur symptomatischen Behandlung des idiopathischen Morbus Parkinson, allein (ohne Levodopa) oder in Kombination mit Levodopa, d.h. während des gesamten Krankheitsverlaufs bis hin zum fortgeschrittenen Stadium, in dem die Wirkung von Levodopa nachlässt oder unregelmäßig wird und Schwankungen der therapeutischen Wirkung auftreten (sog. end-of-dose- oder on-off-Phänomene). SIFROL ist angezeigt zur symptomatischen Behandlung des mittelgradigen bis schweren idiopathischen Restless Legs Syndroms in Dosierungen bis zu 0,54 mg der Base (0,75 mg der Salzform). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** Boehringer Ingelheim International GmbH, 55216 Ingelheim am Rhein, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rp, apothekenpflichtig. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

¹P2205, Oertel et al., 9th Congress of EFNS, 17.-20. Sept. 2005, Athen, ²P2207, Leissner et al., 9th Int. Congress of EFNS, 17.-20. Sept. 2005, Athen, ³P196, Högl et al., 9th Int. Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders, 5.-8. März 2005, New Orleans, ⁴Abstr P195, Stiasny-Kolster et al., Mov Disord 2005, 20 (Suppl 10), S 59, ⁵Abstr P1236, Hirvonen et al., Mov Disord 2004, 19 (Suppl 9), S 421, ⁶P193, Högl et al., 9th Int. Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders, 5.-8. März 2005, New Orleans ⁷Fachinformation Sifrol

Das HARTMANN Therapiekonzept – Wundbehandlung mit System

 **wunderbar** reinigen!



Tender Wet® active
Das superabsorbierende Wundkissen mit einzigartiger Saug-Spülwirkung

Atrauman® Ag
Die intelligente antibakterielle Therapie mit metallischem Silber

PermaFoam®
Der Schaumverband für ein hervorragendes Exsudatmanagement

Sorbalgon®
Die Kalziumalginat Kompressen für tiefe und zerklüftete Wunden

Hydrosorb Gel®
Das amorphe Hydrogel erleichtert die Ablösung von Nekrosen