

Präsidentenbrief

Geschätzte Kolleginnen! Geschätzte Kollegen!

Ich begleite derzeit wieder eine Familie beim Abschiednehmen. Der Großvater, 89jährig, geistig frisch und verständig, stirbt nach guten Jahren trotz chronischer Niereninsuffizienz an der unaufhaltsamen Urämie. Seine Frau, selbst hoch betagt, geistig und körperlich in bewundernswerter Weise belastbar, seine drei Töchter, seine zwei Enkelsöhne sind seit Tagen um den Patriarchen versammelt, leisten ihm Gesellschaft, betreuen ihn, geben ihm in jeder denkbaren Weise das Gefühl der Geborgenheit.

Ich selbst mache täglich meine Visite, bestärke alle Betroffenen so gut ich kann und erlebe die berührende Kraft des natürlichen Todes. Ich habe mich mit dem behandelnden Nephrologen besprochen, der Weg, den wir alle gemeinsam gehen - jeder auf seinem Platz - ist wissenschaftlich argumentierbar und menschlich wünschenswert. Keine Ampulle Tranquillizer, kein Schmerzpflaster, nichts habe ich bisher gebraucht. Pflegerische Handgriffe vorzuzeigen war im gegebenen Fall ärztlicher gehandelt, als pharmakologische Therapien anzuwenden.

Es gibt einen natürlichen Tod, es gibt den Menschen, der mehrere Tage, ohne einen Tropfen Harn zu produzieren, ohne einen Schluck Wasser zu trinken, entschläft, Wenige und verblüffend passende Worte findet, wenn er kurz aus dem Schlaf auftaucht und vertraute Gesichter um sich wahrnimmt, der offensichtlich wissend und bereit ist und seine schwindenden Kräfte an die ihn umsorgenden weitergibt.

Im Sterben wird der Kranke wieder gesund.

Just während dieser Tage thematisiert die ÄrzteWoche wieder einmal die Kontroverse rund um den Kaiserschnitt.

Im Entstehen und auf die Welt Kommen wird der Gesunde krank.

Der Gestationsdiabetes, der heutzutage nicht nur behandelt, sondern herbeidiagnostiziert wird. Absurde Grenzwerte des Glukosetoleranztestes geben den wissenschaftshörigen Ärzten Gelegenheit das Vertrauen schwangerer Frauen in ihre Reproduktionskraft zu erschüttern. Der Herr Professor „wird unser Kind am so und so vielen holen“ berichtet mir eine Patientin in der 14 Schwangerschaftswoche. Nach jeder Kontrolluntersuchung etwas mehr Unsicherheit. Zu klein für das Alter, zu groß für das Becken, ich rede mir den Mund fusselig um dem „Risikofaktor Geburtshilfe“ die Stirn zu bieten und die Schwangere zu bestärken.

Was ist das für eine Medizin, die weder das Ende, noch den Anfang des Lebens in ihrer reinen natürlichen Form erträgt? Die Grenzen zwischen absichern und verunsichern nicht mehr kennt, die Bedarf weckt, statt Bedarf deckt, die nicht bereit ist dem Menschen zu dienen, sich auf ihn einzulassen, sondern vom Menschen ablässt und von ihm verlangt einer statistisch fundierten Wissenschaftlichkeit sich unterordnend dienlich zu sein.

Die Kultur des Misstrauens überschreitet alle Grenzen. Zunächst aus den Ufern einer unzweifelhaften Kontrollnotwendigkeit getreten, angeschwollen zur kollektiven Verdächtigung ergreift sie unter den täuschenden Namen Transparenz, Standardisierung und Dokumentation das Schicksal des einzelnen Individuums ob hilfsbedürftig oder helfend,

Statt Vertrauen in die Motivierbarkeit Hilfsbedürftiger zu setzen und sie zu bestärken, setzt man von Misstrauen getrieben die Helfer mit Vorgaben aller Art unter Druck. Wer sich diesem Druck entgegenstellt wird abgewertet, wer diese bedrängende Administration zu exekutieren bereit ist, wird aufgewertet. Die nichtärztlichen medizinischen Berufe, denen die Bürokraten eine große Zukunft in Aussicht stellen, sind gefährdet als Exekutoren der Gesundheitsbürokratie ihren eigenen Stellenwert zu verkennen. Volkshochschulmedizin, zielorientiert, standardisiert, effektiv.



Dr. Christian Euler

Vertrauen ist bei solchen Herangehensweisen keine relevante Größe mehr, das macht sie für misstrauische Bürokraten so attraktiv.

„Die besondere Intimität zwischen Arzt und Patient ist im Zeitalter von e-health zu hinterfragen“. Gut eingeschulte nicht-ärztliche Gesundheitsdienstleistungsanbieter exekutieren eine elektronisch gestützte Krankheitsverwaltung. Das ist eine willkommene Antwort für alle, denen die wirklichen Fragen rund um erkrankte Menschen unbekannt geblieben sind.

Diese Ignoranz ist in Politikerhirnen seit Jahren geradezu Teil des Anforderungsprofils. Die Wirklichkeit wird über statistisches Material wahrgenommen und mit Zahlenspielen beantwortet. Wenn aber Selbstüberschätzung und mangelnde Selbstkritik Ausbildungsergebnis medizinischer Lehrgänge werden sollte, wird dieser Ungeist den Patientinnen und Patienten zur zusätzlichen Belastung gereichen. „Ich weiß, dass ich nichts weiß“ stand nicht am Anfang, sondern am Ende eines lebenslangen Lernprozesses

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

Wem nützt das Hausarztsterben?

Vor mehr als elf Jahren, am 10. Juni 2000, referierte Dr. Günther Nennung bei tropischen Temperaturen im gepresst vollen Vortragssaal des heute nicht mehr vorhandenen Kurhauses in Bad Gleichenberg als Festredner unseres Hausärztekongresses zum Thema: **der Mensch als Hausarzt seiner selbst.**

Das Referat ist im Buch „anders gesehen“ erschienen, 2002 im Ueberreuter Verlag nachzulesen, und endet mit prophetischen Sätzen:

„Das derzeit triumphierende Global- und Brutalkapital will das öffentliche Gesundheitswesen geschrumpfen, den Sozialstaat privatisieren, was identisch ist mit Abschaffung...“ Und Nennung fragt: „Wie gelangen wir von der verwalteten Gesundheit, die krank macht, zu einer Gesundheit, die beim Krankenhaus- und Medizin-Monopol so schlecht aufgehoben ist?“ Der Vortrag endet mit einem Wunsch: „... ich wäre schon sehr froh, wenn zunächst einmal der Rückschritt durchgeboxt wird vom Brutal- zum Sozialkapital. Nur so kann das Gesundheitswesen gesunden“.

Es ist eine durch die rollende Reform stark getrübt - aber es bleibt eine Freude - als ÖHV Gastgeber gewesen zu sein mit einem sehr offenen und zur Selbstkritik bereiten Kongress. Wir haben uns den Gedanken eines erfahrenen Kenners der österreichischen Innenpolitik, nicht minder der internationalen Gesellschaftspolitik gestellt, seine Rede als pointiert genossen und nicht geahnt, wie schnell seine Ahnungen Bestätigung finden werden. Wenn wir am 15. November 2011 Herrn Prof. Ernst Gehmacher im Radiokulturhaus zu Gast haben werden, können wir hoffen, dass nach so vielen Jahren der Faden wieder aufgenommen wird und Nennings Gedanken zum Sozialkapital weiter gesponnen werden.

Die Verwaltung der Krankheiten und der programmierte Tod der Hausärzte schreiten indes voran. In der Notrufzentrale des Burgenlandes ist die hausarztfreie Zeit schon angekommen. „Wir haben den Auftrag wenn möglich den örtlichen Allgemeinmediziner mit zu verständigen.“ erklärte mir ein Herr Einsatzleiter auf meine Frage, wie es möglich ist, dass ich dreizehn Minuten nach meiner telefonischen Berufung am Ort des Geschehens dem Notarztwagen in den Auspuff schaue, der mindestens zwanzig Minuten Fahrzeit zum Einsatzort hatte.

Es war nicht das erste Mal. Von Angehörigen direkt verständigt, eilte ich zu einer bewusstlosen Frau. Gut zehn Minuten später, ich war mitten in der Behandlung, erreichte mich der Notruf, aus der Zentrale. Der first responder, Mitglied der örtlichen Rot-Kreuz-Gruppe, der Einsatzwagen - mit oder ohne Arzt - werden vor dem ortsansässigen Arzt

verständigt. Die Zahl der Fehleinschätzungen ist groß. Hubschrauber, für die es keine Indikation gibt, landen. Notarztwagen, die auf Telefonisten-Indikation los geschickt werden, transportieren Banalitäten. „Wo ist das Problem?“ fragte auf meine ärgerliche Nachfrage, der Herr Einsatzleiter kraft seines Fragebogen-gestützten Amtes mit demonstrativem Unverständnis.

Durch die von Seiten der Landesregierung verordnete Rationierung und Effektivitätssteigerung ist die Zahl der Einsatzfahrzeuge empfindlich zurückgegangen. Schon aus diesem Grund wäre ein gezielter Einsatz der knappen Mittel angezeigt. Die noch flächendeckend vorhandenen Mediziner der ersten Linie werden jedenfalls als Einsatzleiter nicht beansprucht. Die Landesfunkzentrale ist bereits auf die Hausärzte-lose Zeit eingestellt, modern, fortschrittlich den politischen Willen umsetzend.

Der politische Wille darf kosten! Nicht Geld sparen steht im Vordergrund, sondern bis ins letzte Detail Diskussionen sparen mit jenen, die der politische Wille von allen Diskussionen und Entscheidungen ausgeschlossen hat.

„Wem nützt das Hausarztsterben?“ An zwei Abenden im Oktober und November werden wir im Radiokulturhaus versuchen Antwort auf diese Frage zu geben.

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

Termin·Termin·Termin·Termin·Termin·Termin·Termin·Termin·Termin·Termin·Termin·Termin·Termin

Wem nützt das Hausarztsterben? Zwei Diskussionsbeiträge zur Gesundheitsreform



Wann: 18. Oktober 2011 und 15. November 2011

Jeweils um 19 Uhr im RadioKulturhaus-ORF KulturCafe, 1040 Wien, Argentinierstraße 30a

Dienstag, 18. Oktober 2011, Die verachtete Heilkunst

Referenten:

Univ. Prof. Dr. Frank Mader

Facharzt für Allgemeinmedizin in einer Gemeinschaftspraxis in Nittendorf/Bayern, Proktologe, Honorarprofessor für Allgemeinmedizin an der Technischen Universität München, Vorsitzender für sämtliche Fortbildungsfächer der Facharztprüfung der Bayerischen Landesärztekammer, Medizinjournalist

Dr. Michael Wendler

Allgemeinmediziner, Lehrpraxisleiter

Dr. Sabine Eder:

Ärztin im letzten Jahr des KAGES-Turnus in der Steiermark

Moderation:

Dr. Christian Euler

Präsident des Österreichischen Hausärzteverbandes



Versteckt im Wartezimmer-TV von A1

Mittels Vita TV kommen die Apotheker klammheimlich in unsere Wartezimmer. Mit Österreich weiter Ausrollung der e-Medikation geht es dann in unsere Behandlungsräume. Damit greift die Apothekerkammer direkt in unseren Arbeitsablauf ein. Warum diese Berührungsängste? Solange Pharmazeuten gezielt Hausapothekenstandorte ausradieren, kann es kein harmonisches Miteinander von Ärzten und Apothekern geben.

Jede Neueröffnung einer Apotheke, die einen oder gar mehrere Hausapothekenstandorte ausradiiert, ist Beweis dafür, dass die Apothekerschaft mit uns Ärzten nicht zimperlich umgeht. Die Apothekengesetznovelle aus dem Jahr 2006 gibt ihnen dazu die Möglichkeit. Öffentliche Apotheken werden oft weit außerhalb des Ortskernes oder des Stadtzentrums platziert, nur um damit einer ärztlichen Apotheke die Existenzberechtigung zu nehmen.

Leuchtendes Beispiel dafür ist die Further Apotheke unter dem Stift Göttweig. Die ausgefallene Lage am Göttweig hatte nur einen Grund: Durch extremes Naherücken an die Paudorfer Hausapotheke, deren Zwangsschließung zu bewirken. Unter den Expansionsbestrebungen der Pharmazeuten leidet vor allem die Landärzteschaft. Das gezielte Auslöschen von Hausapothekenstandorten entwickelt sich für uns Allgemeinmediziner auf dem Land zur Überlebensfrage. Es wäre daher verlogen, den beiden Berufsgruppen ein harmonisches Verhältnis nachzusagen.

Ob Österreichs Ärzte und Apotheker eines Tages zu einem friedlichen Nebeneinander finden werden, das steht in den Sternen. Für uns Niedergelassene heißt es jetzt, jeder weiteren Expansionsbestrebung der Pharmazeuten kritisch gegenüber zu stehen. Aufmerksamem Zeitungslesern braucht nicht extra erklärt zu werden, dass wir KassenärztInnen mit der e-Medikation unfreiwilliger Weise weit in das Dickicht der Apotheker-Branche hineingezogen werden. Die Tageszeitung „Die Presse“ deckte am 16. Juli dieses Jahres die engen Verflechtungen zwischen der Medikamentendatenbank, der Apothekerkammer, der Pharmazeutischen Gehaltskasse und dem Apothekerverlag auf. Auch die Firma Herba Chemosan ist in diesem Netzwerk satt eingebettet. Wer sich für Details interessiert, der tut gut daran, den besagten Presse-Beitrag von Thomas Prior „E-Medikation: Auftrag unter Freunden“ im Internet abzurufen. Der Untertitel der Recherche lautet: „Medikamentendatenbank. Führende Köpfe der Apotheker-Branche stehen im Verdacht, ihnen nahestehende Unternehmen bei Aufträgen bevorzugt zu haben. Beim Handelsgericht ist seit Freitag eine neue Klage anhängig.“

Aus Telekom Austria wird A1

Die weit gefächerten Dienste von A1 werden derzeit an allen Ecken und Enden beworben. In U-Bahn Stationen oder auf Baugerüstverkleidungen. Um von den Unzulänglichkeiten der „alten“ Telekom Austria abzulenken, wird der Firmenname entsorgt. Telekom Austria wird zu A1. Uns Ärztinnen und Ärzten interessieren vor allem die Details von A1 Healthcare. Wir besuchen zu diesem Zweck die A1 Homepage. Dabei tauchen wir in eine heile Welt ein. Die abgebildeten Personen lächeln glücklich. Unsere täglichen Wegbegleiter, wie e-card und DaMe, werden von der Butterseite her betrachtet. Vergessen sind die Troubles, die wir tagtäglich mit unseren vorsintflutlichen Kartenlesern und lahmen GINA-Boxen erleben.

Tatsachenberichte wie etwa im Hausarzt 3/11 „Bei e-card-Störung: Runter zum Bodenschlur“ werden verdrängt. Originaltext der Jubelseite: „Das System der e-card erleichtert das Arbeiten in der Praxis.“ Eine Wahlärztin aus Wolkersdorf im Weinviertel muss für die Beurteilung des digitalen Krankenscheines herhalten. Das kommt mir so vor, wie wenn ein Hobbyschweißer die Belastungen eines Hochofenarbeiters beurteilt. Die Kollegin schwärmt: „Mit einem Komplettpaket aus Festnetz, Internet und e-card hat mir A1 eine maßgeschneiderte Lösung ausgearbeitet, die alle meine Kommunikationsbedürfnisse in der Praxis bestens erfüllt. Die administrative Arbeit wurde mir damit wesentlich erleichtert. Wichtig war für mich auch eine persönliche und professionelle Betreuung. Bei A1 sind hier kompetente Profis am Werk, die ich nur weiterempfehlen kann.“ Da muss ein Blutaustausch stattgefunden haben. Bei den Unzulänglichkeiten, die ich einige wenige Kilometer von Wolkersdorf entfernt, mit dem Telekom-Service im Frühjahr erlebt habe, war von Kompetenz weit und breit keine Spur. Eher von chaotischem Auftritt. Der Fairness halber muss ich erwähnen, dass sich die Telekom dafür entschuldigt hat. Auch die e-Medikation hat bei dem besagten Internet-Auftritt von A1 ihren Platz. Bei der Aufschlüsselung der angeblichen Vorteile finden sich zwei Textblöcke: „Nutzen für den Apotheker“ und „Nutzen für den Patienten“. Einen Block „Nutzen für den Arzt“ suchen wir vergeblich. Kein Wunder!



Dr. Wolfgang Geppert

Vita TV gehört dem Apothekerverlag

Unser besonderes Interesse gilt aber dem Wartezimmer-TV von A1. Genau werden alle technischen Details dargelegt. Unter anderem heißt es: „Das digitale Wartezimmerfernsehen Vita TV ist eine neue Form audiovisueller Übertragung in Wartezimmern und Spitälern.“ Ein Allgemeinmediziner aus Mauthausen wird zitiert: „Vita TV kommt bei den Patientinnen und Patienten sehr gut an. Sie werden durch das abwechslungsreiche Programm von ihrer persönlichen Befindlichkeit abgelenkt und die Stimmung im Wartezimmer bessert sich erheblich. So macht Warten Sinn!“ Wer sich hinter dem Vita Wartezimmerfernsehen versteckt, wird mit keinem Wort erwähnt. Das österreichische Justiz-Firmenbuch jedoch gibt Auskunft. Die Österreichische Apotheker-Verlagsgesellschaft m.b.H. hält 100 Prozent an Vita TV. Der Verlag gilt zwar als eigenständiges Unternehmen, ist aber mit der Apothekerkammer und der Pharmazeutischen Gehaltskasse eng verquickt.

Nicht nachtragend

Ein besonders pikantes Detail habe ich am Ende meiner Recherche in Erfahrung gebracht: Bei einem oberösterreichischen Kollegen, dem erst kürzlich die Hausapotheke weggenommen worden ist, flimmert jetzt über dem Bildschirm im Wartezimmer das Programm von Vita TV. Großmut oder Unwissenheit? Für alle Kolleginnen und Kollegen, die für die Hausapotheken verschlingenden Gesundheitsdienstleister weniger Sympathien zeigen, gibt es eine echte Alternative. Sie entscheiden sich für ein Wartezimmer-TV frei von Apothekeinfluss.

Dr. Wolfgang Geppert, 2193 Wilfersdorf,

E-Mail: geppert@aon.at

Über die Evidenz von e-Health.

Zitiert aus : Arzneimittelbrief Jahrgang 45, Nr. 7

In unserem Hausarzttelegramm zitierten wir Dr. Franz Schramm, den e-Health Beauftragten der ÖGAM, mit seiner Forderung, die er auch im Rahmen unserer „Online-Wahnsinn-Veranstaltung“ heuer im Frühjahr im Wiener Radiokulturhaus äußerte. „Man fordert für unser hausärztliches Handeln Evidenz ein. Wo ist die Evidenz für die e-Health Anwendungen, die man uns zumutet?“

Was zunächst eine treffliche rhetorische Frage war, wurde jetzt in der aktuellen Ausgabe des Arzneimittelbriefes beantwortet. Eine Forschergruppe aus London ging nach den Regeln der Cochrane-Collaboration folgenden Fragen nach: Nutzen und Risiko für Patienten, Zeitaufwand und Nutzen für die Anwender (ÄrztInnen, Pflegepersonal), Kosten-Nutzen-Analyse für die betreibenden Organisationen (z. B. Krankenhäuser). Von 46.000 Publikationen waren letztlich nur 53 qualitativ ausreichend. Generell beklagten die Autoren einen Begriffswirrwarr, mangelhafte Darstellung der Studienstandards (Fragestellung, Methodik, Definition von Eckpunkten). Den meisten Reviews der „klinischen Informatik“ fehlen fundamentale Qualitätskriterien, ein starker Publikations-Bias ist in der engen Interaktion vieler Arbeitsgruppen mit den Providern der e-Health-Systeme begründet.



Dr. Christian Euler

Zusammenfassung: Die Evidenz für den klinischen Nutzen ist überwiegend schwach und inkonsistent. Über Risiken wird zu wenig berichtet. Darüber hinaus fehlt der Nachweis der Kosteneffizienz von e-Health. Ein blindes Vertrauen in die positive Wirkung elektronischer Systeme per se ist nicht gerechtfertigt (Originalzitate).

Detailergebnisse: für die Kosten-Nutzen-Relation gibt es lediglich eine moderate Evidenz.

- Die e-Medikation (e-Prescribing) ist die meist untersuchte Anwendung. Die Autoren fanden für die Verbesserung der organisatorischen Effektivität lediglich eine moderate Evidenz. Die Evidenz für eine höhere Verschreibungsqualität und weniger Medikationsfehler wird als schwach bewertet. Für ein besseres Therapieergebnis besteht keine Evidenz.
- Komplizierte und träge Anwendung, schlechte Datenbanken mit zu vielen Fehlermeldungen werden bemängelt.
- Kritische Stimmen zu e-Health-Projekten werden nicht selten als rückwärtsgewandt abqualifiziert.

Aber sind all die Versprechungen von Anbietern und Planern von Gesundheitssystemen tatsächlich realistisch? Werden die Prioritäten richtig gesetzt oder behindert e-Health

sogar andere, möglicherweise effektivere Maßnahmen zur Verbesserung von Qualität und Sicherheit im Gesundheitswesen (Originalzitate)? Und in einem Hinweis auf das österreichische e-Medikations-Pilotprojekt heißt es: Allein die Machbarkeit und der Druck der IT-Lobbyisten kann am Ende nicht ausschlaggebend dafür sein, e-Medikation ohne kritische Analysen über ganz Österreich zu verbreiten.

Originaltext auf www.hausarztverband.at Archiv Hausarzt 9/2011

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.hausarzteverband.at



Name

Adresse

Telefon

e-Mail

Unterschrift

STAMPGLIE

Hausarzt vor dem Aus?

Die Zukunft der medizinischen Nahversorgung in Niederösterreich

Von vielen als Schwarzmalerei bezeichnet, nehme ich mein Amt als Präsident der NÖ Ärztekammer ernst und versuche in meinen Veröffentlichungen gesundheitspolitische Fehlentwicklungen aufzuzeigen. Eine ganz gravierende Fehlentwicklung aus meiner Sicht steht unmittelbar vor der Tür: Nämlich die Bedrohung der medizinischen Nahversorgung in Niederösterreich durch bevorstehende Besetzungsprobleme im hausärztlichen Bereich. Wie kommt das?

Wir stehen vor einer enormen Pensionierungswelle, sowohl im niedergelassenen als auch im angestellten Bereich, und zwar in allen medizinischen Fächern. In den kommenden zehn Jahren werden mehr als die Hälfte unserer Ärztinnen und Ärzte statistisch gesehen in Pension gehen. Die frei werdenden Stellen wollen nachbesetzt werden. Welche Überlegungen stellen nun Jungärztinnen und Jungärzte an, wenn sie ihre Möglichkeiten der ärztlichen Tätigkeit gegeneinander abwägen?

Niedergelassene sind Unternehmer mit allen Verpflichtungen

Zunächst muss die medizinische Tätigkeit einmal reizvoll sein. Hier sind wir schon bei einem der Probleme im Allgemeinmedizinischen Bereich. Immer weniger ärztliche Tätigkeit scheint von Nöten zu sein, stattdessen hat man mit einem mehr und mehr überbordenden Bürokratieaufwand zu leben. Dies betrifft jedoch alle Bereiche im Öffentlichen Gesundheitssystem, kann also alleine noch nicht entscheidend sein.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte müssen im Vergleich zu ihren Kolleginnen und Kollegen im Angestelltenbereich anders rechnen: Auf ihnen lastet die Bürde der Verantwortung über einen Betrieb. Investitionen - leicht einmal im sechsstelligen Eurobereich - müssen getätigt und fremdfinanziert werden, es entsteht Verantwortung für Personal, alle Betriebskosten, Steuern und Sozialabgaben müssen abgeführt werden. Hier stellt sich für immer mehr Interessentinnen und Interessenten die Frage nach dem Verhältnis zwischen einerseits Verantwortung und Risiko im Vergleich zum erwirtschaftbaren Einkommen.

Patientinnen und Patienten denken serviceorientiert

Die nächste Fragestellung betrifft die Lebensbedingungen. Jungärztinnen und Jungärzte werden sich überlegen, ob sich ein Umzug, möglicherweise mit Lebenspartner und/oder Kindern so einfach machen lässt. Hier sind auch die Landgebiete benachteiligt, die zwar einerseits durchaus Lebensqualität bieten, aber in Bezug auf die vorhandene Infrastruktur oft gravierende Mängel aufweisen.

Der Verlust einer ärztlichen Hausapotheke bei Praxisübernahme wird das Problem erzeugen, dass mit der Hausapotheke auch zahlreiche mobile Patientinnen und Patienten den Arzt wechseln. Sie werden nämlich einen serviceorientierteren Weg wählen wenn sie können: Nämlich zur Kollegin bzw. zum Kollegen mit Hausapotheke oder zur nächsten Ordination, in deren Nähe sich eine öffentliche Apotheke befindet. Dies wird daher genau die Regionen besonders schmerzhaft treffen, die ohnehin schon eine besonders schwache Infrastruktur haben.

Ärztinnen und Ärzte haben Anwendungskompetenz

Die Politik ist jedenfalls gefordert, ein bevorstehendes Besetzungsproblem von Hausarztstellen vermeiden zu helfen. Das kann einerseits durch eine adäquate Anpassung des Honorargefüges geschehen. Dies ist aber bei weitem nicht der einzige Lösungsansatz. Ich möchte abschließend meinen Ansatz zu einer Art „Dispensierrecht light“, also der Möglichkeit zur Anwendung



Foto: Tschank - Wiener Neustadt

Dr. Christoph Reisner

von Medikamenten in Ordinationen zum wiederholten Mal vorstellen: Es geht dabei ausschließlich um die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten.

Nachdem Ärztinnen und Ärzte die Kompetenz haben, Medikamente zu verordnen, ist es logisch, die Anwendungskompetenz beim behandelnden Arzt zu vereinen und dem Patienten Wege zu ersparen.

Verrechnungsabkommen mit den Sozialversicherungsträgern wäre notwendig

Die bestehenden Hausapotheken bestätigen die Funktionsfähigkeit dieses Systems. Laut Arzneimittelgesetz, Apothekengesetz und Ärztegesetz gibt es keinen Vorbehalt gegen eine Direktbelieferung von Ordinationen mit Medikamenten, die vor Ort durch die Ärztin/den Arzt an den Patientinnen und Patienten angewendet werden.

In einem nächsten Schritt wäre es notwendig, einen gangbaren Weg der Belieferung durch öffentliche Apotheken sowie ein Verrechnungsabkommen mit den Sozialversicherungsträgern zu erarbeiten. So ließe sich der Beruf Hausärztin/Hausarzt wieder wesentlich attraktiver ausführen und wir könnten alleine durch diese Möglichkeit, davon bin ich überzeugt, unzählige in den kommenden Jahren frei werdende Stellen wesentlich leichter nachbesetzen.

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

Ganz Niederösterreich steuert auf Nachbesetzungsprobleme bei der Vergabe von Kassenordinationen zu, ganz besonders im hausärztlichen Bereich. Die Situation wird ländliche Gebiete als erste treffen, und so gehört sicherlich das Waldviertel zu den besonders gefährdeten Regionen. Die Stadtgemeinde Raabs an der Thaya könnte von dieser unangenehmen Situation in absehbarer Zeit betroffen sein, nämlich wenn die beiden derzeit tätigen Hausärzte in den kommenden Jahren in Pension gehen möchten. Um die Bevölkerung auf die Situation aufmerksam zu machen und zu informieren, findet **am Dienstag, den 4. Oktober ab 19.30 Uhr in Oberndorf bei Raabs** eine Informationsveranstaltung statt. Eingeladen sind alle betroffenen Bürger der Stadtgemeinde Raabs an der Thaya, Bürgermeister und Gemeindevertreter aller anderen betroffenen Gemeinden in Niederösterreich, interessierte Ärztinnen und Ärzte sowie die interessierte Landbevölkerung aus anderen Gemeinden.

Dienstag, 4. Oktober 2011, 19.30 Uhr, Schüttkasten Lindenhof, 3820 Oberndorf bei Raabs Nr. 7

Am Podium: Dr. Wolfgang Geppert (Kammerrat der NÖ Ärztekammer), Mag. Hans-Georg Goertz (Steuerberater und Wirtschaftsexperte), Anna Höllerer (Abgeordnete zum Nationalrat), Mag. Rudolf Mayer (Bürgermeister der Stadtgemeinde Raabs), Dr. Christoph Reisner (Präsident der NÖ Ärztekammer), Mag. Klaudia Tanner (Direktorin des NÖ Bauernbundes),

Eine Veranstaltung der NÖ Ärztekammer, des Forum Land und der Stadtgemeinde Raabs an der Thaya

Vorläufige Untersagung der Berufsausübung

Kein Grund für Auflösung des kurativen Einzelvertrages

Zwischen einem Vertragsarzt und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse (VGKK) bestand bis 30. Juli 2008 ein Vertragsverhältnis im Sinne des § 343 ASVG, nämlich ein kurativer Einzelvertrag sowie ein Einzelvertrag zur Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen.

Am 5. Dezember 2007 wurden am Landesgericht Feldkirch Vorerhebungen gegen den Vertragsarzt wegen § 88 Abs 1 und 4 iVm § 81 Z 1 StGB betreffend einen Vorfall in seiner Ordination zum Nachteil einer Patientin eingeleitet. Diese Patientin musste nach einem medizinischen Eingriff in der Ordination des Vertragsarztes mit einem schweren septischen Schock ins Landeskrankenhaus Bregenz eingeliefert und intensivmedizinisch behandelt werden. Das Strafverfahren wurde in weiterer Folge laut Mitteilung der Staatsanwaltschaft Feldkirch vom 6. August 2008 eingestellt.

Mit Bescheid vom 30. Mai 2008 des Landeshauptmannes von Vorarlberg war dem Vertragsarzt die Ausübung des ärztlichen Berufes vorläufig untersagt worden.

Mit Schreiben vom 22. Juli 2008 der VGKK wurde dem Vertragsarzt mitgeteilt, dass die beiden Einzelverträge mit sofortiger Wirkung aufgelöst seien.

Nachdem das gerichtliche Strafverfahren beim Landesgericht Feldkirch eingestellt wurde, hob der Landeshauptmann seinen Bescheid vom 30. Mai 2008, mit dem die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit vorläufig untersagt wurde, mit Vorstellungsbescheid vom 29. August 2008 auf.

Mit Bescheid der Paritätischen Schiedskommission für Vorarlberg vom 1. Dezember 2008 wurde der Antrag des Vertragsarztes, die Auflösung der beiden Einzelverträge rückgängig zu machen und ihm diese Einzelverträge wieder zuzuerkennen, abgewiesen, dies im Wesentlichen mit dem Argument, § 343 Abs 3 ASVG verpflichte den Träger der Krankenversicherung zur Auflösung des Vertragsverhältnisses mit einem Vertragsarzt, wenn der Arzt die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes verliere, unabhängig davon, ob dies dauerhaft oder vorübergehend der Fall sei.

Der Berufung gegen diesen Bescheid gab die Landesberufungskommission für Vorarlberg keine Folge.

Recht erhielt der Vertragsarzt erst vor dem Verfassungsgerichtshof (B 721/09 vom 3.12.2010). Dieser begründete seine Entscheidung, warum die vorläufige Untersagung der Berufsausübung gemäß § 62 Abs 1 Ärztegesetz 1998 nicht zur Auflösung des kurativen Einzelvertrages berechtige, (auszugsweise) wie folgt:

„Eine Verletzung des verfassungsgesetzlich gewährleisteten Rechtes auf Gleichheit aller Staatsbürger vor dem Gesetz kann nach der ständigen Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes ... nur vorliegen, wenn der angefochtene Bescheid auf einer dem Gleichheitsgebot widersprechenden Rechtsgrundlage beruht, wenn die Behörde der angewendeten Rechtsvorschrift fälschlicherweise einen gleichheitswidrigen Inhalt unterstellt oder wenn sie bei Erlassung des Bescheides Willkür geübt hat.

Ein willkürliches Verhalten kann der Behörde unter anderem dann vorgeworfen werden, wenn sie den Beschwerdeführer aus unsachlichen Gründen benachteiligt hat oder aber, wenn der angefochtene Bescheid wegen gehäuften Verkennens der Rechtslage in einem besonderen Maße mit den Rechtsvorschriften in Widerspruch steht ...

Die vorläufige Untersagung der Berufsausübung gemäß § 62 Abs 1 Ärztegesetz 1998 kann auch eine nur kurzfristige sein, wenn sich schon bald herausstellt, dass der Arzt - wie im vorliegenden Fall - im Ergebnis zu Unrecht im Verdacht einer gerichtlich strafbaren Handlung gestanden ist ...

Die belangte Behörde hat aber auch in einer den Vorwurf der Willkür durch denkmögliche Gesetzesauslegung begründenden Weise die Systematik des § 343 ASVG verkannt.



Foto: Clemens Lechner

Mag. Markus Lechner

Der Gesetzgeber hat durch § 343 Abs 2 Z 5 ASVG im Falle einer strafbaren Handlung wegen grober Verfehlungen bei Ausübung des ärztlichen Berufes das Erlöschen eines Kassenvertrages erst mit Rechtskraft der Verurteilung angeordnet.

Wollte der Gesetzgeber also im Falle des Vorwurfs grober Verfehlungen bei Ausübung des ärztlichen Berufes das Vertragsverhältnis erst mit rechtskräftiger Verurteilung erlöschen lassen, dann ist es denkmöglich, § 343 Abs 3 ASVG so auszulegen, dass schon die bei Einleitung des Strafverfahrens aus einem solchen Grund zwingend auszusprechende vorläufige Untersagung der Berufsausübung gemäß § 62 Abs 1 Ärztegesetz 1998 für sich genommen zwingend zur Auflösung des Vertrages führt ...

§ 343 Abs 3 ASVG ist daher dahingehend auszulegen, dass die vorläufige Untersagung der Ausübung des ärztlichen Berufes gemäß § 62 Ärztegesetz 1998 nicht zur sofortigen Auflösung des Kassenvertrages berechtigt.

Dem ist vollinhaltlich zuzustimmen. Als Fazit bleibt: Der Kassenvertragsarzt bekam zwar letztlich Recht; sein Vertrag war aber über einen langen Zeitraum – nämlich bis zur Entscheidung des Verfassungsgerichtshofes – aufgelöst; er konnte in diesem Zeitraum nicht mit der VGKK abrechnen.