

Präsidentenbrief

Geschätzte Kolleginnen, geschätzte Kollegen!

Wenn auch noch Sand im Getriebe, oder besser: Ebbe in der Kasse ist, die e-Medikation kommt und das ABS ist ein kleiner Vorgeschmack darauf.

Wiederholte Male habe ich schon darauf hingewiesen, dass das elektronische Arzneimittelbewilligungssystem ein virtuelles Denkmal des Misstrauens der Bürokraten gegenüber der Ärzteschaft ist. Anders lässt sich nicht erklären, warum ein Mitglied des Chefärztee pools eine Verschreibung nach vorgegebenen Kriterien kontrollieren muss, die von einem Verschreiber kommt, dem nicht nur genau diese Kriterien bekannt sind, sondern auch die betroffenen Patientinnen und Patienten.

Die medienwirksame Ansage der damaligen Ministerin „nicht der Patient läuft, sondern das Rezept“ verschweigt nicht nur, dass den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten Ärger und Zeitaufwand zugemutet werden, sondern auch die Kontrollabsichten gegenüber der Patientenschaft. Besonders deutlich erkennbar bei Langzeitbewilligungen. Wer vor den Weihnachtstagen sein langzeitbewilligtes Arzneimittel von der e-card abbuchen lassen wollte, wurde fallweise mitsamt seinem Hausarzt belehrt, dass noch genügend Tabletten vorrätig sein müssen und die nächste Verschreibung demnach erst am Soundsovielten möglich sei. Als alternder ehemaliger Ministrant ist man an die vorkonziliare Zeit erinnert, als der Hochwürdige Herr den andächtigen Gläubigen die Hostien einzeln auf die Zunge legte. Profaner ausgedrückt: wir sind dabei den Weg zur elektronischen

Nachtkastlladenkontrolle mit forciertem Tempo zurückzulegen.

Dass ABS nichts mit einem modernen Kommunikationsmedium zu tun hat, konnte ich schon in der zweiten Woche des neuen Jahres erleben:

Ich suchte für einen Patienten mit Lebermetastasen nach malignem Primärtumor der Niere um ein injizierbares Mistelpräparat an und erhielt durch Chefarzt Dr. W. K. um 11:21 Uhr eine Ablehnung mit der Begründung, dieses „No-box“-Medikament werde nur als ultima ratio, nach Versagen schulmedizinischer Therapien bewilligt, es fehle die Evidenz der Wirksamkeit. Um 12:14 besserte ich meinen Antrag mit dem Argument nach, dass dies die erste Ablehnung dieses Arzneimittels seit dreißig Jahren sei, in denen ich gute Erfahrungen mit diesem Medikament machen konnte, dass ein Preisargument wohl nicht der Grund sein könne, dass ich betreffend der Wirksamkeit gängiger Onkologika das Buch „Zahlenspiele in der Medizin“ empfehle, und diese Ablehnung in geeigneter Form zur Diskussion stellen werde. Fünfzehn Minuten später, es war Mittwoch 12:29 Uhr, antwortete mir Frau Chefärztin Dr. I. K. ich möge mich zur „Kernarbeitszeit an den zuständigen Versicherungsträger wenden“. Da sich dieser ABS-Meinungsaustausch bei laufender und voller Ordination abspielte, kam ich erst um 13:00 dazu nochmals zu antworten. Ich wies darauf hin, dass ich die gemachte Empfehlung nicht akzeptiere, dass uns mit diesem unsinnigen System auch eine bundesweit einheitliche Bewilligungspraxis in Aussicht gestellt wurde, dass die BGKK



Dr. Christian Euler

Freitag keine Kernarbeitszeit hat, Donnerstag Dreikönigstag sei, ich um Verständnis und um Bearbeitung des Antrags bitte, die Entscheidung gegebenenfalls ohne Zeitdruck zu diskutieren sein werde.

Ich bekam keine Antwort mehr. Um 14:55 rezeptierte ich das Medikament, die verpflichtende Antwortfrist war um ein Vielfaches verstrichen.

Ist die e-medikation in Betrieb, steht zwischen jeder Rezeptur und dem Patienten ein Zentralrechner. Damit er seinem automatisierten Rationierungsauftrag nachkommen kann, wird man von uns bei jeder Verschreibung standardisierte Dokumentationsleistungen verlangen. Einmal mehr wird man uns Zeit stehlen und Ärger bereiten, einmal mehr wird man uns als Zuarbeiter der Gesundheitsbürokratie missbrauchen. „Die Ärzte werden erstmals perfekt verschreiben können“ frohlockt sinngemäß der Patientenanwalt. Was also kann da noch schief gehen?

Am 8. 3. veranstalten wir unseren zweiten Abend zum Thema „Online-Wahnsinn“ Wir präsentieren: „Hausärztliche Kommunikation als Spitzenmedizin“. Widerrede muss sein!

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

Bezeichnung des Arzneimittels: Olmetec Plus 40 mg/12,5 mg Filmtabletten bzw. Olmetec Plus 40 mg/25 mg Filmtabletten. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Eine Filmtablette enthält 40 mg Olmesartanmedoxomil und 12,5 mg bzw. 25 mg Hydrochlorothiazid. **Liste der sonstigen Bestandteile:** **Tablettenkern:** Mikrokristalline Cellulose, Lactose-Monohydrat, Hydroxypropylcellulose (niedrig substituiert), Hydroxypropylcellulose, Magnesiumstearat. **Film-Überzug:** Talkum, Hypromellose, Titandioxid (E 171), Eisen(III)oxid gelb (E 172), Eisen(III)oxid rot (E 172). **Anwendungsgebiete:** Behandlung essentieller Hypertonie. Die fixen Kombinationen Olmetec Plus 40 mg/12,5 mg und 40 mg/25 mg sind bei Patienten indiziert, deren Blutdruck mit 40 mg Olmesartanmedoxomil allein nicht ausreichend kontrolliert werden kann. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile oder gegen andere Sulfonamid-Derivate (da Hydrochlorothiazid ein Sulfonamid-Derivat ist); eingeschränkte Nierenfunktion; therapiereisistente Hypokaliämie, Hyperkalzämie, Hyponatriämie und symptomatische Hyperurikämie; mittelschwer und stark eingeschränkte Leberfunktion, Cholestase und Gallenwegsobstruktionen; zweites und drittes Schwangerschaftstrimenon. **Inhaber der Zulassung:** DAIICHI SANKYO AUSTRIA GmbH, Effingergasse 21, 1160 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Angiotensin-II-Antagonisten und Diuretika, ATC-Code C09DA08. Die Informationen zu den Abschnitten Dosierung, Warnhinweise, Vorsichtsmaßnahmen, Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Fachkurzinformation: Foster® 100/6 Mikrogramm/Sprühstoß, Druckgasinhalation, Lösung. **Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge):** Jeder Sprühstoß (aus dem Dosierventil) enthält 100 Mikrogramm Beclometasondipropionat und 6 Mikrogramm Formoterolfumarat-Dihydrat. Dies entspricht einer über das Mundstück abgegebenen Dosis von 84,6 Mikrogramm Beclometasondipropionat und 5,0 Mikrogramm Formoterolfumarat-Dihydrat. **Wirkstoffgruppe:** ATC-Code R03AK07. **Anwendungsgebiete:** Foster ist indiziert für die regelmäßige Behandlung von Asthma, bei der die Anwendung eines Kombinationsprodukts (inhalatives Kortikosteroid und lang wirkender Beta-2-Agonist) angezeigt ist: • Patienten, die mit inhalativen Kortikosteroiden und inhalativen kurz wirkenden Beta-2-Agonisten zur bedarfsweisen Inhalation nicht ausreichend eingestellt sind, oder • Patienten, die mit inhalativen Kortikosteroiden und lang wirkenden Beta-2-Agonisten in Kombination bereits ausreichend eingestellt sind. Hinweis: Foster ist nicht geeignet für die Behandlung von akuten Asthmaanfällen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Beclometasondipropionat, Formoterolfumarat-Dihydrat und/oder einen der sonstigen Bestandteile des Arzneimittels. **Hilfsstoffe:** Norfluran (HFA-134a), Ethanol wasserfrei, Salzsäure. **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** Torrex Chiesi Pharma GmbH, Gonzagagasse 16/16, A-1010 Wien, Österreich. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Abgabe:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Erstellungsdatum/Änderungsdatum:** 15.12.2010.

Vom Hausarzt zum Gesundheitsbürokraten?

ÖHV veranstaltete Diskussionsabend über den „Online-Wahnsinn“

Regen Meinungsaustausch brachte der Auftakt zur Diskussionsrunde des Österreichischen Hausärzterverbandes über den jüngsten Plan der Gesundheitsreformer, die Online-e-Medikation. Und zeigte damit, dass das Thema EDV-Bürokratie in Praxen wie Spitälern gleichermaßen zur mühsamen Plage geworden ist. Als bessere Alternative stünden, so der Tenor des Abends, längst hervorragende Offline-Konzepte zur Verfügung, die die Hausärzte bei ihrer Arbeit sinnvoll unterstützen.



Zum Start der Diskussion zeichnete Hausärzterverbands-Vizepräsident **Dr. Wolfgang Geppert**, der als Moderator durch den Abend führte, ein ebenso realistisches wie unerfreuliches Zukunftsszenario. Jedes verordnete Medikament werde demnach künftig über einen zentralen Rechner laufen müssen, ehe es als Rezept ausgehändigt werden kann. Dem Patienten dient diese Maßnahme kaum, umso mehr den Controllern des staatlichen Gesundheitssystems, die mit den gespeicherten Daten bereits die Basis für künftige Medikamenten-Rationierungen legen. Dabei könne ein Großteil aller Fälle von Unverträglichkeiten und unerwünschten Nebenwirkungen ausschließlich durch hausärztliche Kompetenz verhindert werden und nicht durch einen anonymen Datenspeicher. Kosten und Nutzen der geplanten Online-e-Medikation stünden somit in einem krassen Missverhältnis, so Geppert.



Dass die EDV-Bürokratie auch in Spitälern mittlerweile überbietet, zeigte **Dr. Stefan Halper**, Sprecher der niederösterreichischen Turnusärzte, eindrucksvoll auf. Bei kleineren Operationen dauert die Dokumentation inzwischen drei Mal so lang wie die Operation selbst. Allein die verpflichtenden Seitenangaben in den EDV-Dokumenten einzugeben, brauche rund 5 Minuten. „Niemand würde von einem Chirurgen erwarten, in einer halben

Stunde vier Gallenblasen-Operationen statt einer durchzuführen“, so Halper. Bei der Computer-Administration sei dies mittlerweile aber geradezu selbstverständlich. „In Ordinationen und Spitalsambulanzen erfährt der Computerbildschirm deshalb häufig genauso viel Zuwendung wie der kranke Mensch, der Hilfe sucht, und mehr als der Jungarzt, der vom erfahrenen Kollegen lernen möchte“, so Halper.

Der Spitalsarzt habe zudem so gut wie keinen Einfluss auf die Arbeitsorganisation. Systeme werden von den Controllern implementiert, ohne dass die Rücksprache mit dem medizinischen Personal gesucht wird, der Arzt werde gewissermaßen zum „Betatester“. Halper schloss mit einem einfachen Wunsch: „Der Risiko-Nutzen-Aspekt sollte künftig nicht nur für uns Ärzte gelten, sondern auch für die Dokumentationssysteme, mit denen wir arbeiten müssen.“

Gegen eine ausufernde Datengenerierung sprechen aber noch zahlreiche weitere Argumente, wie **Dr. Hans Zeger**, Obmann der ARGE Daten und Mitglied des Datenschutzes im Bundeskanzleramt, erörterte. ELGA, die elektronische Gesundheitsakte, könnte – technisch gesehen – allenfalls in einer perfekten Welt funktionieren, von der wir aber weit entfernt sind. In Wahrheit haben 80 Prozent aller Gesundheitseinrichtungen schon einmal einen massiven Datenverlust erlebt, wie Untersuchungen belegen. Ärzte würden, so Zeger, in eine bürokratische Präventions- und Absicherungsmedizin hineingetrieben. Im Endeffekt werde es einen zentral verwalteten „Fleckerlteppich“ an Informationen über Patienten geben, teils überflüssig, teils lückenhaft. Dass Gesundheitsdaten besonders sensibel sind und höchstwahrscheinlich Begehrlichkeiten bei Arbeitgebern, Versicherungen und vielen weiteren wecken werden, verschärfe die Situation noch zusätzlich.



„Patienten sind aber weder Klienten noch Geschäftsfälle, sondern Hilfesuchende, und unser Gesundheitssystem muss danach organisiert werden“, betonte der Datenschutz-Experte. „Dazu brauchen wir insbesondere eine Vielzahl von Menschen mit Sachverstand und nicht unbedingt mehr Daten, mehr Produkte oder mehr Geräte.“

„Der Computer sollte dafür da sein, dass ich mehr Zeit für meine Patienten habe und nicht weniger“, stellte **Univ. Prof. Dr. Andreas Sönnichsen**, Vorstand des Instituts für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg, klar. Grundsätzlich seien seine Patienten begeistert davon, dass er EDV zur Unterstützung nutze, mit Eingaben in einen zentralen Online-Server würde man sich aber äußerst unwohl fühlen. Und wozu auch?



Alle für die Behandlung relevanten Faktoren wie Diagnosen, Dauer- und Bedarfsmedikationen, Allergien und Unverträglichkeiten könnte problemlos auch auf der e-card gespeichert werden, die Datenhoheit bleibe damit beim Patienten.

Beim „Electronic Decision Support“, der in vielen Ländern bereits fester Bestandteil der ärztlichen Behandlung ist, dient der Computer primär als Gedächtnisstütze für den Arzt – auf Basis der kompletten Patientendaten und individuell sinnvoller Behandlungsleitlinien. Dadurch werde der Arzt entlastet, und es entstehen Freiräume für das Gespräch mit dem Patienten und partizipative Entscheidungsfindung. Selbstverständlich können solche Systeme auch elektronische Rezepte erstellen und Daten bei Bedarf auf einem portablen Datenträger weiterreichen. Online-Verbindungen wären, so Sönnichsen, allenfalls für die Aktualisierung anerkannter Richtlinien oder anonymisierte epidemiologische Auswertungen sinnvoll. „Wir brauchen eine Software von Ärzten für Ärzte“, fasste Professor Sönnichsen zusammen. Am besten entwickelt durch eine Non-Profit-Organisation und nicht durch Softwarefirmen, die auf Kosten der Ärzteschaft Geld verdienen wollen.

Fotos: © Katharina Schiff



Die abschließende Diskussionsrunde brachte eine Vielzahl pointierter Wortmeldungen und zahlreiche interessierte Anregungen und bewies damit, dass das Thema „Online-Wahn“ von höchster Brisanz ist. Vielleicht sollte man, so Dr. Franz Schramm, Repräsentant der ÖGAM, den Spieß umdrehen und endlich eine „evidenzbasierte IT“ einfördern. Denn „EDV muss uns dienen, damit sie auch unseren

Patienten dient“. Und: „Wir müssen aufwachen und dürfen uns künftig nicht mehr alles auf’s Auge drücken lassen“. Es gelte, rasch die Handlungsautonomie zurückzugewinnen. Von manchen wurde das geplante zentrale Online-System geradezu als „unheimlich“ empfunden und in seinen unübersehbaren Auswirkungen sogar mit der Atomkraft verglichen.

Moderator Dr. Geppert schloss mit einem Ausblick in eine problematische Zukunft: „Gibt es unter diesen Umständen überhaupt noch genug Nachwuchs für die Tätigkeit des Allgemeinmediziners? Irgendwann werden die Bürokraten, Controller und Reformer dann vielleicht alleine dastehen. Denn eines können sie nicht: die Menschen behandeln.“

**Die nächste Veranstaltung des ÖHV
„Hausärztliche Kommunikation
als Spitzenmedizin“**

**Dienstag, 8. März, 19 Uhr, RadioKulturhaus,
Argentinierstraße 30a, 1040 Wien**

Referenten:

Prof. Dr. Dr. Fred Harms

Vize-Präsident European Health Care Foundation/Schweiz, Deans Professor University of the Sciences, Philadelphia/USA, Scientific Chairman Health Care Business Management Donau-Universität, Krems/Österreich

Dr. Dietmar Kleinbichler

Arzt für Allgemeinmedizin

Priv. Doz. Dr. Claudia Wild

Sozialwissenschaftlerin und habilitiert in Sozialmedizin, Leiterin des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment

Moderation:

Dr. Christian Euler

Präsident des Österreichischen Hausärzteverbandes

Beitrittserklärung:

Ja, ich trete dem ÖHV bei:

- als ordentliches Mitglied (Arzt/Ärztin f. Allgemeinmedizin, in Ausbildung) Jahresbeitrag: € 90,-
Mitglieder der ÖGAM: € 80,- PensionistInnen: € 30,-
- als außerordentliches Mitglied (FachärztInnen)
Jahresbeitrag: € 90,-
- als förderndes Mitglied (z. B.: Firmen oder Körperschaften)
Anstelle eines Mitgliedsbeitrages tritt eine jährliche Spende
- Ich möchte aktiv an der Vereinsgestaltung mitwirken

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



Name

Adresse

Telefon

e-Mail

Unterschrift

Stampiglie

Der Menschheit Würde ist in Eure Hand gegeben

von Peter Pözlbauer

Zwei gealterte Schauspieler schminken sich in der Garderobe eines Provinztheaters ab. Das Leben ist vorübergegangen, die großen Erfolge sind ausgeblieben. So bleibt ihnen nur, miteinander streitend, einander kleinlich belehrend, die große Zeit nachzuzeichnen, die doch nur Schmierenkomödie war. Qualtingers großartiger Sketch endet versöhnlich, weil die Schauspieler miteinander voll resignierter Nachsicht umgehen.

Wenn Österreichs ÄrztInnen miteinander streiten, ist ein solches Ende von vorne herein ausgeschlossen.

Der geheime Rat

ist in nichtdemokratischen Regierungsformen das Äquivalent zu unseren Ministerien. In der Österreichischen Ärztekammer gibt es Ähnliches. Von den vielen hohen Funktionären, die in der zweiten Republik die ÄrztInnen vertraten, haben nur wenige Ehre und Ansehen des Standes gemehrt, von den Honoraren ganz zu schweigen. Viele aber haben nach ihrer offiziellen Funktionsperiode in diversen Referaten der ÖÄK Brot und Auskommen gefunden, ohne vom Wähler dorthin berufen worden zu sein.

Umso bedeutender sollten die demokratischen Einrichtungen unserer Kammer sein. Alle ihre Mitglieder, nämlich neun, die Länderkammern, entsenden Funktionäre in unser höchstes Gremium. Aber diese haben dort jede Freiheit der Rede und der Abstimmung, sind also keineswegs Delegierte der Bundesländer. Daher ist die Meinung der Mitglieder im Abstimmungsergebnis des Gremiums oft nicht wieder zu finden.

Der Kaiser schickt Soldaten aus

Und wie sieht der Beamtenapparat eines solchen Operettenstaates aus? Erraten! Was an unseren leitenden Kammerangestellten wahrlich groß ist, ist deren Einkommen. Wäre dieses öffentlich bekannt, viele ÄrztInnen wären blass vor ohnmächtigem Zorn, vor allem wenn sie Kassenverträge haben. Denn Einkommen und Leistung sollten einander entsprechen. Wenigstens theoretisch. Die Praxis sieht oft anders aus. Einige Beispiele:

Die ÖÄK war auf einem regelrechten Werbefeldzug für den Peering Point unterwegs. Die Begeisterung des Funktionärs wurde vom Fachwissen eines Wirtschaftsfachmannes untermauert, der versicherte, die PeeringPointGesellschaft werde in zwei Jahren schwarze Zahlen schreiben. Das war 2006.

Dieses Jahr war auch in anderer Hinsicht für uns kein gutes. Das Apothekengesetz wurde geändert, mit ihm fiel unter anderem auch die Möglichkeit, ärztliche Hausapotheken unter der Sechs-Kilometer-Schutzgrenze weiterzugeben. Dem Funktionär der ÖÄK ist das nicht aufgefallen. Freilich war er nicht allein: ein Kammerjurist hat ihn begleitet.



Dr. Peter Pözlbauer

Die ÄrzteGmbH entzweit die ÄrztInnen, ehe noch zwei zueinander gefunden haben. Während Wirtschaftler und Juristen eindringlich davor warnen, haben Kammerjuristen weit weniger Bedenken.

Mittlerweile ging die wilde verwegene Jagd der Kurien aufeinander munter weiter. Die Ärztekammern, ÖÄK und Länderkammern, schaffen den Ausgleich zwischen ihren auseinanderdriftenden Mitgliedern nicht mehr. Das ist beunruhigend, scheint aber niemanden wirklich zu stören.

His masters voice

Als wieder einmal der Streit um des Lebens Wert ausbrach, losgetreten von der Ärztekammer Niederösterreichs, hätte unser aller Präsident Dr. Dorner die günstige Gelegenheit nutzen können, um auf demokratischem Wege für Recht in Rede und Gegenrede zu sorgen. Eine der letzten Möglichkeiten des Ausgleichs wurde somit nicht wahrgenommen.

Denn ganz im Stil orientalischer Herrscher wurde der Großvezir ausgesandt, der in einem Rundumschlag alles auf Augenhöhe Befindliche nieder machte, um dann noch über einige seiner Dienstgeber moralisch den Stab zu brechen: „... im Stil dem eines Akademikers nicht würdig“?

Bezeichnung des Arzneimittels Suboxone 8 mg/2 mg Sublingualtabletten **Qualitative und Quantitative Zusammensetzung** 1 Sublingualtablette enthält: Buprenorphin 8 mg (als Buprenorphinhydrochlorid) und Naloxon 2 mg (als Naloxonhydrochlorid-Dihydrat). Sonstige Bestandteile: 168 mg Lactose **Anwendungsgebiete** Suboxone Sublingualtabletten sind zur Substitutionstherapie bei Opioidabhängigkeit im Rahmen medizinischer, sozialer und psychotherapeutischer Maßnahmen bestimmt. Mit dem Naloxon-Bestandteil soll ein intravenöser Missbrauch verhindert werden. Die Substitutionstherapie ist zur Behandlung von Erwachsenen und Jugendlichen über 15 Jahren bestimmt, die einer Suchtbehandlung zugestimmt haben. **Gegenanzeigen** Suboxone darf in den folgenden Fällen nicht angewendet werden: Überempfindlichkeit gegen Buprenorphin, Naloxon oder einen der sonstigen Bestandteile, schwere respiratorische Insuffizienz, schwere Leberinsuffizienz, akuter Alkoholismus oder Delirium tremens **Pharmakodynamische Eigenschaften** Pharmakotherapeutische Gruppe: Mittel zur Behandlung der Opioidabhängigkeit, ATC-Code: N07B C51. **Liste der sonstigen Bestandteile** Lactose-Monohydrat, Mannitol (Ph.Eur.), Maisstärke, Povidon K 30, Citronensäure, Natriumcitrat 2H₂O, Magnesiumstearat (Ph.Eur.), Acesulfam-Kalium, Natürliches Zitronen- und Limonen-Aroma. **Inhaber der Zulassung** RB Pharmaceuticals Limited 103-105 Bath Road, Slough, Berkshire, SL1 3UH, Vereinigtes Königreich. Stand d. Info.: August 2010.

rezept- und apothekenpflichtig

Suchtgift

Suboxone unterliegt den Vorschriften über Suchtmittel.

Informationen zu den Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie den Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekten entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation, verfügbar auf der Website der Europäischen Arzneimittel-Agentur, <http://www.ema.europa.eu>.



BUNDESMINISTERIUM
FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GENERATIONEN

Ärztelkammer für Niederösterreich
Wipplingerstraße 2
1010 Wien

ÄRZTEKAMMER FÜR NIEDERÖSTERREICH	
EING. - 8. AUG. 2002	
Nr.: 13147	
Abt.	SN/SA
Bearb.	Mag. DV
Z. K.	UN/Mag. GN
	Mag. KO/KAD

GZ: 21.101/19-VI/C/14/02

Wien, 2. August 2002

Betrifft: § 51 Abs. 4 Ärztegesetz 1998

Sehr geehrte Damen und Herren!

Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen bezieht sich auf Ihr Schreiben vom 24. Mai 2002 und erlaubt sich, Ihnen dazu Folgendes mitzutellen:

Nach § 51 Abs. 4 Ärztegesetz 1998, BGBl. I Nr. 169, in der Fassung der 2. Ärztegesetz-Novelle, BGBl. I Nr. 110/2001, ist der Kassenplanstellennachfolger bzw. der Ordinationsstättennachfolger verpflichtet, die Dokumentation seines Vorgängers zu übernehmen und für die der Aufbewahrungspflicht entsprechende Dauer aufzubewahren.

Das bedeutet, dass es eine Übergabepflicht an den Nachfolger gibt. Der bisherige Ordinationsstätteninhaber hat somit kein Wahlrecht, wonach er allenfalls auch selbst die Dokumentation weiter aufbewahren möchte.

Dies ergibt sich daraus, dass der Gesetzgeber in diesem Punkt eine sogenannte „Mussbestimmung“ (arg.: „hat ... zu übernehmen“) formuliert hat.

Nur wenn es bei Auflösung der Ordinationsstätte keinen ärztlichen Nachfolger geben sollte, ist der bisherige Ordinationsstätteninhaber selbst verpflichtet, die Dokumentation für die der Aufbewahrungspflicht entsprechende Dauer aufzubewahren. Gleiches gilt für die Tätigkeit als Wohnsitzarzt.

Mit freundlichen Grüßen
Für den Bundesminister
AIGNER



Für die Richtigkeit
der Ausfertigung

Abteilung VI/C/14, Sachbearbeiterin: Cornelia Franta, DW 4207
A-1030 Wien, Radetzkystraße 2, Tel: +43 1 71100, Fax +43 1 7187183, DVR:0017001

Was ist eine Ordination wert?

von Gottfried Wurst



Der Kassenvertrag ist keine Handelsware. Klar. Nicht klar erscheinen mir die Argumentationslinien beim Thema „Was ist eine Ordination wert?“.

1983 habe ich im Weinviertel eine Allgemeinpraxis von meinem Vorgänger übernommen. Er hat keine Ablöse verlangt. Das Haus gehört der Gemeinde, er war alleinstehend, asketisch wie ein Eremit, die Ordinationseinrichtung hatte er um den symbolischen Betrag von **einem Schilling** bei einer Inventur im AKH gekauft. Der Schreibtisch, aus Vollholz zusammengezimmert, beherbergte die Kartei. Diese, etwa 500 Stück Zettel zumeist auf A5 Format gerissene Kalenderblätter, enthielt Namen, Geburtstag, Adresse und lediglich die Daten, wann der Patient/die Patientin da gewesen waren. Keine Diagnosen, keine Medikation, keine Dokumentation. Makulatur.

Die Einrichtung glich einem kleinen Museum für Folterwerkzeug. Injektionsnadeln schärfte er auf einem Wetzstein für Sensen, die Glasspritzen wurden im Kochtopf sterilisiert. Blutzucker bestimmte er durch Aufkochen von Reagenzien Fehling I und II, Hämoglobin im Spektrometer, gegen Tageslicht gehalten. Gearbeitet hat er allein, er war ständig da...

Die Entsorgung des musealen Gerümpels war nicht teuer, denn bei der Sperrmüllabfuhr waren die Glaskästen und das Streckbett begehrte Objekte der ungarischen und slowakischen Roma.

Die Neu-Einrichtung der Ordination im Standard des ausgehenden 20. Jhdts kostete ein Vermögen, die Erstellung einer brauchbaren Kartei daneben enorm viel Zeit. Dann kamen jede Menge Vorgaben. AUVA-Prüfungen, Qualitätssicherung, Elektrogeräte-Überprüfungen, usw...

Dann die ASVG Novelle, die dem ganzen Berufsstand vorschrieb, per Androhung der Exkommunikation Abrechnungen ausschließlich per EDV erstellen zu müssen. Dass dies rechtlich bedenklich war, hat zwei Jahre später sogar die Justiz zugegeben.

Für die Umstellung der über 10.000 Karteien von Papier auf EDV habe ich meinen jüngsten Sohn angestellt. 4 Monate Arbeit, sehr viel Geld...

Heute muss ich beinahe so viel Zeit für Administration, Dokumentation aufbringen, wie für meine erlernte berufliche Tätigkeit. Zeit und viel Geld investieren, um nach Programm Updates alles wieder ins Lot bringen zu lassen. Und diese Begleitmusik tönt so schauerhaft, dass sie zeitweise die Freude am Beruf auf eine arge Probe stellt.

Das Haus, in dem ich arbeite, ist nach heutigen Kriterien für einen Ordinationsbetrieb zukünftig nicht mehr geeignet und auch nicht zu adaptieren. Ein neuer Standort ist bereits gefunden. Alles, was ich investiert habe, ist somit so gut wie wertlos.

Was aber seinen Wert behält, ist eine lückenlose Datei mit der sofort weiter gearbeitet werden kann, wenn ich in Pension gehe. Dass ich meinem Nachfolger/meiner Nachfolgerin diese Datei überlassen werde bzw. überlassen **muss**, ist einzusehen. Schließlich gibt es ja noch die Dokumentationspflicht für 7 Jahre.

Dass die Informationen „eigentlich dem Patienten gehören“ finde ich schon recht spitzfindig. Dennoch steckt **meine Arbeit** da drin, finanziert mit **meinem Geld!** Dass ich sie **kostenlos** übergeben soll, also herschenken, kann ich beim besten Willen nicht verstehen. Die Datei ist nicht der Vertrag. Möbel und Geräte kann man brauchen oder nicht und unterliegen natürlich dem Zeitwert. Die Datei ist zeitlos wertvoll. Jede/jeder der sie nach mir besitzt, kann sie sofort mit einem Tastendruck, mit einem Mausklick aufrufen und damit arbeiten.

Von selber sind die Informationen nicht auf die Festplatte geflogen und auch das Christkind hat sie nicht gebracht. Das ist Ergebnis zahlloser Stunden Arbeit, Arbeit auch ungezählter Stunden der so genannten Freizeit. Und es steckt – das Äquivalent der Arbeitszeit noch gar nicht eingerechnet – sehr viel Geld darin.

Wenn ein Nachfolger/eine Nachfolgerin die vorhandenen Daten ohnehin nicht nützt (Urteil wegen ungerechtfertigter Bereicherung, Consillium 12/10 Seite 14) wozu muss ich sie dann übergeben?

Bloß weil ich gezwungen bin, eine Datei und Dokumentationen zu führen, kann doch nicht zur Folge haben, dass ich sie kostenlos übergeben muss?

Seltsam: geredet, gestritten, verhandelt wird darüber seit Jahrzehnten. Dass sich hier keine brauchbare Lösung finden lassen will, find ich – ja, eben – seltsam...

Dr. Gottfried Wurst.

Dr. Arnold Fragner

Arzt f. Allgemeinmedizin

Notarzt, ÖÄK-Diplom Umweltschutzarzt, GUM-Ultraschalldiplom

2292 Engelhartstetten, Haydngasse 1

www.medworks.at



An

Hrn. Präs. Dr. Christoph Reisner

ÄK f. NÖ

Wippligerstr.2

1010 Wien

Betrifft: Leserbrief NÖ Consilium und Hausarzt

S.g. Herr Präsident !

Die Praxisablöse war im letzten „Consilium“ (10/2010) wieder einmal breites Thema. Und wieder einmal wurde das Thema von Ihnen, s. g. Herr Präsident, glatt verfehlt.

Ich erlebe diese leidige Debatte nunmehr bereits seit Jahrzehnten als standespolitisches Desaster, das offenbar niemand, und das gilt auch für Sie, befriedigend lösen kann oder will. Ihre bisherigen Beiträge dazu sind jedenfalls keineswegs dazu angetan, einen Konsens zwischen den divergierenden Ansichten der verschiedenen Interessensgruppen herbei zu führen. Im Gegenteil: Sie polemisieren unterschwellig und einseitig gegen eine Ärztegruppe, die allerdings auch ihre berechtigten Interessen hat und bedienen sich dafür auch einer falschen Argumentation.

Stimmt: Sie haben es im Wort nicht so geschrieben, aber man kann es lesen!

Genau so haben Sie bei Ihrem Amtsantritt vollmundig bekundet, ein Präsident für alle Ärzt/innen sein zu wollen. Angesichts dieses Themas und Ihrer Art, dieses aufzubereiten, scheint es an der Zeit, Sie daran zu erinnern.

Mag sein, dass in Ihrem medizinischen Berufsleben, geprägt von einem offenbar klinisch-wahlärztlichem Denkmuster, der/die Kassenarzt/ärztin keinen Platz mehr hat, ja sogar anachronistisch erscheint. Sie sind allerdings auch Präsident aller NÖ Ärzt/innen. Gerade deshalb fordere ich von Ihnen einen weiteren Horizont ein. Diesen bieten Sie mit Ihren jüngsten Aussagen zum Thema Ablöse (wie leider auch zu diversen vorhergehenden Themen) nicht.

Nehmen Sie daher bitte zur Kenntnis:

- Kassenärzt/innen sind in diesem Land kein Anachronismus, sondern Realität.
- Tausende Kassenärzt/innen leisten hierzulande tagtäglich - zu eher bescheidenem Honorar - beste Arbeit.
- Sie haben zu diesem bescheidenen Honorar nicht nur die Aufgabe, durchschnittlich pro Tag 80-100 Patienten nach dem jeweils besten ärztlichen Gewissen und Wissenstand zu behandeln und gehen somit nicht nur täglich an ihre persönlichen physischen und psychischen Grenzen, sondern erfüllen – ungewollt – auch noch geschätzte 80 % des administrativen Aufwandes für die Krankenkassen.
- Dies bedeutet einen enormen organisatorischen Aufwand hinter dem eine ausgeklügelte Logistik stehen muss.
- Diese Logistik ist nicht ohne weiteres von heute auf morgen aufzubauen. Sie erfordert vielmehr ein profundes Know-How, das im Laufe der kassenärztlichen Praxis über viele Jahre mühsam erworben werden und – siehe Vertrags/Gesetzes- und sonstige Änderungen - auch laufend angepasst werden muss.
- Dieses Know-How kann an den/die Nachfolger/in natürlich weiter gegeben werden, ebenso wie eine intakte Infrastruktur der Praxis inklusive erfahrenem Personal und standortbezogenem Patienten- (oder sagt man in Ihrem Sinne bereits Kunden/ Klienten -?) Stamm. KANN!
- Eine reibungslose Übergabe erspart dem/der Nachfolger/in mit hoher Wahrscheinlichkeit zahllose mühsame Tage und ebenso viele schlaflose Nächte – wie sie ein Großteil von uns Kassenärzt/innen wohl in bitterer Eigenerfahrung (oft mangels ausreichender Vorkenntnisse) schon durchgemacht haben, meist gemeinsam mit ihren Partner/innen und Familien (siehe NÖ Burn-Out-Studien 1995 und 1997 gemeinsam mit Dr. med. Rudolf Karazman und Univ.-Prof. Dr. med. Gert Sonnek, lange vor Ihrer Zeit, Herr Präsident...)
- Ein/e Wahlarzt/ärztin bedient sich üblicherweise (Widerspruch wird hier zwar gerne geduldet, aber – vereinzelte Ausnahmen sind möglich - nicht wirklich ernst genommen) einer eher geringen bis sehr geringfügigen Praxisinfrastruktur – und einer umso

größeren Infrastruktur außerhalb seiner/ihrer Praxis. Diese ist aber praktisch immer fremdfinanziert, also meist nicht unmittelbar das eigene Budget belastend, aber trotzdem höchst effektiv für den Erfolg!

- Dies trifft für Kassenpraxen in keiner Weise zu. Jede Investition schlägt direkt auf das persönliche Budget durch und muss erst einmal – bei bekannt geringen Kassentarifen – erarbeitet werden, samt Re-Finanzierung der Neuanschaffung.
- Eine Praxisübergabe/nahme, wie Sie sich das vorstellen, funktioniert also nicht. Es gibt zwar keine unüberwindbaren juristischen oder administrativen Hürden (die sind mitunter zwar hoch, aber in der Regel zu managen). Der unbestreitbare Vorteil für den/die Newcomer/in ist hingegen, ein bereits vorhandenes Gefüge, einen Standort, eine Betriebsinfrastruktur und ein ebenso vorhandenes Stamm-Klientel nutzen zu können. Jeder andere Berufsstand in diesem Land weiß bei Vakanz eines einschlägigen Betriebes diesen unschätzbaren Vorteil zu nutzen. (Die WKO kann Sie, Herr Präsident, bestimmt darüber aufklären...). Standort-sicherheit eben. Dies gilt insbesondere für Praxen mit ärztlicher Hausapotheke.
- Das spart sinnlose Kilometer. Und nicht wenige! (siehe oben, Burn-Out...).
- Dieses Know-How ist NICHT kostenlos!

Ich fordere daher nach Jahrzehnten einer unsäglichen und zuletzt unerträglichen Debatte endlich einen korrekten Übergabemodus für Kassenpraxen – insbesondere von meiner so genannten Standesvertretung.

Dieser muss transparent, korrekt, für Jedermann/frau nachvollziehbar und vor allem gerecht sein! Niemand soll über den Tisch gezogen werden (können). Weder der/die Übergeber/in, noch der/die Übernehmer/in. Als Nettozahler dieser Kammer haben wir alle ein Recht darauf!

Dazu wird es wohl nötig sein, unvoreingenommene Menschen zunächst innerhalb der Kammer, in der Folge auch von Seiten der Krankenkassen an einen Tisch zu bringen. Meinetwegen unter Zuhilfenahme eines/r Mediators/in.

Wenn Sie, sehr geehrter Herr Präsident, ein solcher aller Ärzt/innen sein wollen, dann leiten Sie diesen Prozess der Vernunft endlich ein!

Ansonsten bleibt es nämlich beim gegenwärtigen Zustand. Der bedeutet derzeit allerdings in den meisten Fällen, dass von einer über Jahrzehnte aufgebauten Kassenpraxis für den/die Nachfolger/in nichts mehr übrig bleibt. Im besten Falle noch verstaubtes Gerät, im schlechtesten nur noch Scherben. Der/die Nachfolger/in kann diese dann ja über die nächsten Jahre kitten...

Ein Wort zum Abschluss: Ersparen Sie mir bitte, Herr Präsident, in der nächsten Ausgabe des „NÖ Consilium“ eine episch breite Replik Ihrerseits. Handeln Sie!

Mit den Umständen entsprechenden
kollegialen Grüßen

Antwort von Dr. Christoph Reiser

Lieber Kollege Dr. Fagner, lieber Kollege Dr. Wurst!

Ihre Leserbriefे sprechen mir in vielen Bereichen wirklich aus der Seele. Auch ich empfehle jungen Kollegen, die eine Kassenordination übernehmen, die Räumlichkeiten und Struktur zu übernehmen, da man in diesem Fall eben auf die Jahrelang erarbeitete Logistik zugreifen kann. Das sagen auch namhafte Steuerberater. Man muss aber auch zur Kenntnis nehmen, dass die „goldenen 70er und 80er“ Jahre vorbei sind. Kassenverträge erhalten heute viele, die bereits über 40 sind, daher keine 25 Jahre Zeit mehr haben allfällige Ablösen wieder zu erwirtschaften. Weiters ist die Zukunft der Kassenordinationen im derzeitigen politischen Umfeld langfristig möglicherweise gefährdet.

Nur gibt es eben auch „junge Sturköpfe“ oder solche, die bereits als Wahlärzte genau diese Infrastruktur haben und vom Vorgänger nichts brauchen. Und diese Gruppe noch in Kombination mit einem „alten Sturkopf“ wird man einfach nie zu einer Einigung bringen. Und rechtlich auch nicht zwingen können. Denken Sie an die Kassenärzte mit Ordination im Wohnhaus, die Ihre Ordination gar nicht weiter zur Verfügung stellen wollen. Mit einer verpflichtenden Ablöse müssten diese die Ordination genauso unter Zwang weitergeben. Ich bin also definitiv gegen Verpflichtungen in diesem Bereich.



Die Kammer kann Hilfsmittel (wie ja auch in der Vergangenheit) zur Verfügung stellen, die Kollegen (Übergeber und Übernehmer) können sich dieser bedienen oder auch nicht. Das muss ihnen überlassen sein. Weiters versichere ich Ihnen, dass ich die Ärzte mit Kassenvertrag sehr schätze und auch bewundere. Ich kenne die Tarife der Kassenmedizin und muss sagen, dass ich mir in meinem Fach nicht vorstellen könnte, zu diesen Tarifen meine Ordination wirtschaftlich und medizinisch sinnvoll zu betreiben.

Präsident für alle heißt aber auch, gerade in der Frage der Ordinationsübergabe, alle Gruppen zu hören. Das Thema ist eindeutig kurienübergreifend und es wurde in der Vollversammlung am 1. 12. 2010 beschlossen, einen kurienübergreifenden Arbeitskreis einzusetzen, der sich mit der Thematik der Übergabe beschäftigen wird. Zusammenfassend glaube ich, dass Sie meine Artikel teilweise missverstanden haben, ich werde versuchen in Zukunft klarer zu formulieren.

Weiters fehlt mir in Ihren Leserbriefen ein Lösungsansatz oder ein Gedanke, wie man sich eine Übergaberegung vorstellen kann. Der fettgedruckte Satz im Leserbrief von Dr. Fragner „Dieses Know-How ist NICHT kostenlos!“ macht aus meiner Sicht die ganze Problematik deutlich: Wenn „Know-How“ verkauft werden soll, ist es für mich unverständlich, dieses an der Bewertung und verpflichtenden Ablöse von Ordinationen aufzuziehen. Lösungsansätze, bei denen „Know-How“ verkauft wird sind für mich denkbar, allerdings auch in keinem Falle mit Verpflichtung.

Zu guter Letzt möchte ich betonen, dass ich zwar Präsident der NÖ Ärztekammer bin, aber bei weitem nicht allmächtig. Wir diskutieren über die Meinung der Bundeskurien und eine Gesetzeslage, gegen die wir uns kurzfristig nicht wehren können. Bei meinen Äußerungen handelt es sich um meine Privatmeinung. Für mich haben Zwangsverpflichtungen wie etwa zur Ordinationsübernahme und Ordinationsübergabe bei freien Berufen nichts verloren.

Dr. Christoph Reisner

Expedition über den Semmering

von Peter Pözlbauer

Am 15. Jänner bestiegen zu nachtschlafender Zeit die Repräsentanten des Burgenländischen, Wiener und Niederösterreichischen Hausärzterverbandes in Wiener Neustadt den Zug nach Graz, um den Österreichischen Hausärzterverband um eine aktive Landesgruppe zu erweitern.

Schon seit Jahren pflegen wir Kontakt mit steirischen Kollegen. Wir veranstalteten einen Hausärztetag für Studierende an der Universität Graz, bei dem von Prof. Johannes Bonelli und Prof. Enrique Prat de la Riba das Lesen wissenschaftlicher Studien und das Nebeneinander von Wirtschaft und Wissenschaft kritisch beleuchtet wurden.

An diesem Tag kam auch die Lehrpraxis als hochwertige Ausbildungsform zur Sprache. 2007 fanden wir uns zur kick off- Veranstaltung der Pflichtfamulatur Allgemeinmedizin im Hörsaalzentrum Graz ein. Das Lehrpraxisengagement steirischer Kolleginnen und Kollegen hat seither auch seinen festen Platz auf unserer Homepage.

Es passt genau in die Strategie des Österreichischen Hausärzterverbandes, neben den tagesaktuellen standespolitischen Arbeiten der Länderfunktionäre, die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit den entscheidenden Fundamenten unseres Berufslebens zuzuwenden: den gesellschaftspolitischen Auswirkungen der Gesundheitsreform, der Destruktion eines solidarischen Systems durch Misstrauen und Kontrollwahn, der Aus- und Weiterbildung als Basis einer selbstbewussten und kritischen Kollegenschaft.

Den gerade in diesen Fragen engagierten steirischen Kollegen, die durch Dr. Michael Wendler vertreten waren, wollen wir mit der funktionierenden Infrastruktur unseres freien Berufsverbandes den Rücken stärken. Auch stehen wir als standespolitische Gruppierung bereit, jungen, an der Allgemeinmedizin interessierten Kolleginnen und Kollegen Unterstützung in ihrer Arbeit zu bieten. In diesem Sinne war die Begegnung mit Dres. Sandra Schmidt und Florian Stigler ein sehr erfreuliches Signal. Die beiden haben durch Publikationen bereits auf sich aufmerksam gemacht, die wir in den nächsten Ausgaben des Hausarzt publizieren werden.



Arzt oder Apotheker

von Peter Pözlbauer

**Österreich weit hat seit der Apothekengesetz-
novelle des Jahres 2006 ein Hausapothekensterben
eingesetzt, das von der Apothekerkammer als
Triumph des Fortschritts bejubelt wurde. Die Re-
aktionen der Länderärztekammern waren unterschiedlich,
nur Niederösterreich hat energisch Widerstand geleistet.**

Es war einer stillen, über die Kuriengrenzen hinaus gehenden Zusammenarbeit zu danken, angeführt von Präs. Dr. Reisner, dem Hausapothekenreferenten Dr. Imb und dem Medikamentenreferenten Dr. Geppert, dass das Schiffelein der Hausapotheker, obschon von Wogen geschüttelt nicht unterging.

Natürlich traten sofort Kritiker auf den Plan die meinten, hier werde wohl mit Kanonen auf Spatzen geschossen. Ihnen kann man getrost entgegen, dass, würden alle Belange der Kammer mit solchem Engagement vertreten, die Zukunft der ArztInnen sicher wäre.

Unsere Gegner haben das schon lange erkannt. So hat Mag. pharm. Luks, Präsident der Landesgeschäftsstelle Niederösterreich der Österreichischen Apothekerkammer, einen Rundbrief an alle Bürgermeister, in deren Gemeinden eine Hausapotheke besteht, gesandt. Er reagiert damit auf ein Schreiben der Niederösterreichischen Ärztekammer, in dem auf die Gefährdung derselben hingewiesen wird. **Natürgemäß sind die Apotheker anderer Meinung, übertiteln dies aber als *Richtigstellung*.** (Siehe Facsimile rechts)

Auch sonst sind sie nicht von Selbstkritik angekränkt, sondern schreiben forsch drauf los: *Wenn Sie dem Schreiben zu Recht keine weitere Beachtung geschenkt haben, dann begnügen wir uns damit, Ihnen mitzuteilen, dass das Schreiben einige Unwahrheiten enthält und die **ärztliche Hausapotheke in Ihrem Ort bestehen bleibt.***

Ein großes Wort, gelassen ausgesprochen! Damit war jedoch noch lange nicht genug, hurtig geht es weiter über Stock und Stein, aufglockert durch dezentes Eigenlob: *Im Übrigen stellt jede **Apothekeneröffnung einen großen Gewinn für eine Gemeinde** dar; vor allem im Hinblick auf die im Vergleich zu einer ärztlichen Hausapotheke kundenfreundlicheren Öffnungszeiten, die Bereitschaftsdienste, die Produktvielfalt, die unabhängige fachliche Beratung und die sonstigen Gesundheitsdienstleistungen einer Apotheke.*

In diesem Ton geht es weiter, bis dann der Boden dafür bereitet scheint, das Problem klein zu reden: ***Die Apotheke in Ihrer Gemeinde ist davon jedenfalls in den nächsten Jahren nicht betroffen.***

Der darauf folgende Seitenhieb muss sitzen: *Wir dürfen Sie somit abschließend bitten, die Aussagen der Ärztevertreter objektiv als das zu sehen, was sie sind: **Als Panikmache!***

Als Panikmache einiger Ärztevertreter, die vor allem daran interessiert sind, eine lukrative Verdienstmöglichkeit in jedem Fall aufrecht zu erhalten.

Und dann der Weisheit letzter Schluss: *Es besteht kein Handlungsbedarf für den Gesetzgeber.*

Unerwünschte Nebenwirkungen

Dieses Schreiben rief einige Bürgermeister auf den Plan. Es hat sich langsam aber sicher herumgesprochen, dass der Gesetzgeber nicht die reichen Pfeffersäcke, als die Hausapotheken führende ArztInnen nun einmal gelten, sondern die Ärmsten der Armen, so diese auf dem Land leben, getroffen hat.

In der Folge drucken wir zwei Briefe ab, die in der Schärfe der Argumentation stellvertretend für viele betroffene Gemeindehüpter Niederösterreichs stehen:

E-MAIL

Landesgeschäftsstelle Niederösterreich



Österreichische
Apothekerkammer

ÖAK - Spitalgasse 31 - A-1091 Wien - DVR: 24635
Herrn Bürgermeister

vorab via E-Mail

Wien,
10. Jänner 2010
Zl. III-5/2/201-202/11
St/La/Bu
Sachbearbeiter:
Dr. Steindl

Betreff:
Ärztliche Hausapotheken - Richtigstellung

Sehr geehrter Herr Bürgermeister!

Vor den Feiertagen haben Sie ein Schreiben der Ärztekammer für Niederösterreich erhalten, dem eine Resolution beigelegt war. Wenn Sie dem Schreiben zu Recht keine weitere Beachtung geschenkt haben, dann begnügen wir uns damit, Ihnen mitzuteilen, dass das Schreiben einige Unwahrheiten enthält und die **ärztliche Hausapotheke in Ihrem Ort bestehen bleibt.**

Ansonsten erlauben Sie uns, eine Richtigstellung der in dem genannten Schreiben vom 13.12.2010 aufgestellten Behauptungen vorzunehmen:

Ganz offensichtlich erzeugen die Ärztevertreter immer wieder ein falsches Bild, um einen Handlungsbedarf für die Politik zu suggerieren.

1. Die - entsprechend dem Prinzip der Trennung zwischen verschreibendem Arzt und abgebendem Apotheker - gesundheitspolitisch sinnvolle Reduktion ärztlicher Hausapotheken durch die **Eröffnung neuer Apotheken** betrifft nur **größere** Landgemeinden: In einer Gemeinde mit weniger als zwei Kassenvertragsärzten ist bei vorhandener ärztlicher Hausapotheke eine öffentliche Apotheke weiterhin ausgeschlossen. Diese Regelung hat der Verfassungsgerichtshof auch bereits als verfassungskonform beurteilt.

Dies bedeutet: In einer **Gemeinde**, in der nur **ein** Arzt für Allgemeinmedizin mit ärztlicher Hausapotheke ordiniert, kann **keine neue Apotheke** eröffnet werden! Dies war Gegenstand des Kompromisses im Rahmen der Apothekengesetznovelle 2006. Und dazu stehen wir auch.



Spitalgasse 31
A-1091 Wien
DVR: 24635

Telefon:
+43-1-404 14/162
Telefax:
+43-1-408 88 18

E-Mail:
aac@apotheker.or.at
Homepage:
www.apotheker.or.at/noc

In Gemeinden mit **zwei praktischen Ärzten** mit Kassenvertrag kann eine Apotheke bewilligt werden. Die Ärzte können in so einem Fall die Hausapotheke aufgrund einer bis zu zehnjährigen Übergangsfrist allerdings noch lange weiterführen.

Im Übrigen stellt jede **Apothekeneröffnung einen großen Gewinn für eine Gemeinde** dar; vor allem im Hinblick auf die im Vergleich zu einer ärztlichen Hausapotheke kundenfreundlicheren Öffnungszeiten, die Bereitschaftsdienste, die Produktvielfalt, die unabhängige fachliche Beratung und die sonstigen Gesundheitsdienstleistungen einer Apotheke.

So belegen auch immer wieder Umfragen in Gemeinden, die anstelle der ärztlichen Hausapotheken eine öffentliche Apotheke erhalten haben, die Verbesserung der Gesundheitsversorgung; ganz abgesehen von den zusätzlichen Arbeitsplätzen in der Gemeinde und den höheren Kommunalabgaben durch die öffentliche Apotheke.

2. Der **vereinzelte Wegfall** einer ärztlichen Hausapotheke durch das Auslaufen der Bewilligung mit der Pensionierung des Arztes als Folge der Streichung der „Nachfolgerregelung“ durch die Apothekengesetznovelle 2006 für Ordinationen in einer Entfernung von 4 bis 6 Straßenkilometern zu einer Apotheke betrifft insgesamt in **ganz Österreich** maximal ca. 100 ärztliche Hausapotheken - verteilt auf einen **Zeitraum von 30 bis 35 Jahren** (sofern der Nachfolger nicht ohnehin die Ordination verlegt). Dies bedeutet, dass im Schnitt **in ganz Österreich nur ca. 3 ärztliche Hausapotheken pro Jahr** betroffen sein können.

Die Hausapotheke in Ihrer Gemeinde ist davon jedenfalls in den nächsten Jahren nicht betroffen.

In den wenigen bisherigen Fälle des Auslaufens der Hausapothekenbewilligung wurde eine Lösung für die Versorgung der Bevölkerung gefunden (etwa Filialapotheke, Arzneimittelzustellung). So wird es auch in Zukunft sein.

3. Erst recht unzutreffend ist die Aussage der Ärztevertreter, in Landgemeinden könnten Ordinationen ohne ärztliche Hausapotheke nicht mehr nachbesetzt werden.

Es ist uns in Niederösterreich **kein einziger Fall, dass eine Planstelle nicht nachbesetzt** werden konnte, bekannt.

Es ist sogar davon auszugehen, dass Ärzte in ländlichen Gemeinden auch ohne Hausapotheke ein höheres Einkommen erzielen als Allgemeinmediziner mit einer durchschnittlichen „Stadtordeination.“

Wir dürfen Sie somit abschließend bitten, die Aussagen der Ärztevertreter objektiv als das zu sehen, was sie sind: **Als Panikmache!**

Als Panikmache einiger Ärztevertreter, die vor allem daran interessiert sind, eine lukrative Verdienstmöglichkeit in jedem Fall aufrecht zu halten.

Es besteht kein Handlungsbedarf für den Gesetzgeber.

Seite 2



Als Ansprechpartner für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Der Präsident
der Landesgeschäftsstelle Niederösterreich
der Österreichischen Apothekerkammer:



(Mag. pharm. Werner Luks)

Klimabündnis-Marktgemeinde
Rabenstein an der Pielach
A-3090 Rabenstein an der Pielach, Marktgemeinde
Bach 26, Pöchlarn, Niederösterreich
Mail: gemeinde@rabenstein.gv.at
Homepage: www.rabenstein.gv.at
Telefon: +43(0)27433290
Telefax: 02743 3290
E-Mail: g.auer@rabenstein.gv.at
UID-Nr.: ATU 97326893

Mag. pharm. Werner Luks
Präsident NÖ Landesgeschäftsstelle der
Österreichischen Apothekerkammer
Spitalgasse 31
1091 Wien

Rabenstein an der Pielach, am 17. Jänner 2011

Zahl:
Bezug:
Bearbeiter: Gottfried Auer DW 15
E-Mail: g.auer@rabenstein.gv.at

**Betrifft: Ihr Schreiben vom 10. Jänner 2010 betreffend ärztliche Hausapotheken;
Richtigstellung**

Sehr geehrter Herr Präsident Mag. Luks!

Sie berichten in Ihrem Schreiben über Unwahrheiten, senden diese an alle
Gemeinden und stellen darin leider selber ein falsches Bild dar.

Wie gehässig ihre Einstellung gegenüber der österreichischen Bevölkerung ist
streichen Sie darin ganz klar hervor. Einerseits bestätigen Sie, dass in kleinen
Gemeinden keine öffentlichen Apotheken angesiedelt werden, um danach zu
berichten, dass jedes Jahr in 3 Gemeinden auch noch die Hausapotheke gestrichen
wird. Nämlich bei einem Arztwechsel.

Sie nehmen also ganz einfach bewusst hin, dass jedes Jahr 3 Gemeinden die
Apothekenversorgung verlieren.

Menschenverachtender kann man ja nicht mehr unterwegs sein. 3 Gemeinden, das
sind dann zwischen 3000-7000 Personen, denen Sie verweigern, mit Medikamenten
so versorgt zu werden, wie andere 8 Mio. Menschen in Österreich. Um es anders
auszudrücken, Mitmenschen am Land sind Ihnen nichts wert.

Wenn Ihnen das alles ohnehin egal ist, dann verstehe ich nicht, warum Sie sich
weigern, dass in - nach Ihrer Aussage nur so wenigen - Gemeinden auch weiterhin
die Hausapotheke aufrecht bleibt. Auch wenn die Entfernung geringer als 6 km ist.

Perfekteverkehr: Montag, Dienstag, Freitag 8 bis 12 Uhr, Mittwoch 8 bis 12 und 13 bis 20 Uhr
Dienstag kein Perfekteverkehr
Telefonisch erreichbar: Montag, Dienstag, Donnerstag, Freitag 8 bis 12 und 13 bis 15 Uhr, Mittwoch 8 bis 12 und 13 bis 20 Uhr



Ich erkenne aus Ihrem Schreiben, dass es Ihnen bzw. den von Ihnen vertretenen
Stand, lediglich um Ihr finanzielles Wohlergehen geht. Ob und wie die Menschen mit
Arzneien versorgt werden und ob eine Arzt für die Menschen da sein kann, ist Ihnen
scheinbar egal.

Ich bitte Sie, Ihre Einstellung rasch zu überdenken und aktiv an einer Änderung im
Apothekengesetz zu Wohle der Menschen mitzuarbeiten.

Ich werde jedenfalls mit meinen Bürgermeister-Kolleginnen und -Kollegen weiter um
unsere Hausapotheken und deren nachhaltige Bestandsicherung kämpfen.

Mit freundlichen Grüßen
aus der Gemeinde im „Tal der Dorendal“
Der Bürgermeister:

Mag. Kurt Wälzlmann



WWW.KLEINPOEHLARN.AT

MARKTGEMEINDE
KLEIN-POEHLARN

Artstettner Straße 7, A-3660 Klein-Pöchlarn
Tel. +43/7413/8300, Kanzlei DW 10, Bürgermeister DW 11, Kassa DW 13,
DVR-Nr. 00870681 Fax: 8300-20, e-mail: gemeindeamt@klein-poechlarn.gv.at

Klein-Pöchlarn, 13. Jänner 2011

An den Präsidenten
der Landesgeschäftsstelle NÖ
der Österreichischen Apothekerkammer
Herrn Mag. pharm. Werner Luks
Spitalgasse 31
1091 WIEN

Betr.: Ihr Schreiben vom 10. Jänner 2011

Sehr geehrter Herr Magister!

Herzlichen Dank für Ihr Schreiben bezüglich „Ärztliche Hausapotheken –
Richtigstellung“. Wenn Sie aber in Ihrem Schreiben ausdrücklich festhalten „*und
die ärztliche Hausapotheke in Ihrem Ort bestehen bleibt!*“, dann ist dies genau jene
Unwahrheit, die Sie der Ärztekammer vorwerfen.

Sie wissen genauso gut wie ich, dass bei einer Ordinationsübergabe die
Genehmigung zur Führung einer Hausapotheke in Klein-Pöchlarn aufgrund der
Gesetzesänderung von 2006 nicht mehr besteht. Was dies für unsere Bevölkerung
bedeutet, möchte ich Ihnen nur kurz verdeutlichen. Das öffentliche Verkehrsnetz zur
nächsten öffentlichen Apotheke in Pöchlarn ist mehr als dürrig. In den Ferien
sozusagen fast nicht vorhanden. Wenn man in den Ferien vormittags zum Hausarzt
in Klein-Pöchlarn geht, dann hat man vormittags zwei Möglichkeiten nach Pöchlarn
zu kommen: einmal über Emmersdorf und Melk und ein zweites Mal über Pöggstall
und Melk. Abgesehen von Fahrzeiten von mindestens 2 Stunden für 5 Kilometer
stellt sich die Frage wer für die Mehrkosten des Fahrpreises aufkommt. Hat man
aber das Pech erst nach 10 Uhr vormittags beim Arzt sein Rezept zu bekommen, so
besteht die nächste Möglichkeit erst um 17.30 Uhr nach Pöchlarn zu fahren.

Dies bedeutet vor allem für Patienten, die nicht mehr so mobil sind, dass sie ihr
Medikament unter Umständen erst am nächsten Tag bekommen und dafür auch
wieder einige Stunden in Kauf nehmen müssen. Dass dies eine eklatante
Verschlechterung der Gesundheitsversorgung darstellt müsste auch Ihnen klar sein.

Auf Seite 2 Ihres Schreibens lese ich dann: „Die Hausapotheke in Ihrer Gemeinde ist
davor jedenfalls in den nächsten Jahren nicht betroffen.“ Sie müssen ein Heilseher
sein, wenn Sie jetzt schon wissen, wann unser Arzt in der Gemeinde sein



Gemeindepartnerschaft mit:
Comune di Monsano, Provincia di Ancona, Italia



!:\Dateien\BRIEF\Antwort Apothekerkammer.doc

Ordination übergibt, oder sollte dies eine absichtliche Fehlinformation Ihrerseits sein.
Da ich dies nicht annehme gehe ich davon aus, dass Ihnen die Folgen der
Gesetzesänderung von 2006 nur zum Teil bewusst sind.

Ich sehe in diesem Zusammenhang sehr wohl die Möglichkeit, dass sich kein
Nachfolger für unsere Ordination findet, sollte die Hausapotheke gestrichen werden.
Wenn die Einkommenssituation so rosig ist wie Sie dies beschreiben, dann wundert
es mich, dass sich immer weniger Ärzte für eine Planstelle am Land interessieren.

Wenn Sie also abschließend in Ihrem Schreiben von „Panikmache“ der Ärztekammer
schreiben, so besteht meine Meinung darin, dass Sie nur Vorteile für Ihre
Kammerzugehörigen herausheben wollen, Ihnen aber die Versorgung unserer
Bevölkerung und hier besonders in ländlichen Gebieten völlig egal erscheint.

Als Bürgermeister habe ich die Aufgabe mich für meine Gemeindebürger
einzusetzen. Eine Verschlechterung der ärztlichen Versorgung kann ich also unter
keinen Umständen hinnehmen und werde alle meine Möglichkeiten ausschöpfen
dies zu verhindern.

Mit freundlichen Grüßen
Der Bürgermeister:

(Gerhard Wagner)



Der permanente Generationskonflikt

von Peter Pözlbauer und Wolfgang Geppert

Es begann mit einem denkwürdigen Bezirkspraktikertreffen in Mistelbach. Auf Einladung von Dr. Geppert sollten drei Kollegen, die erst vor kurzem ihre Kassenpraxen eröffnet hatten, über ihre Erfahrungen referieren.

Der an sich interessante Abend wurde leider durch das Verhalten einiger älterer KollegInnen, die die Vorträge zunächst durch halblaut geführte Unterhaltungen, später durch brüskierendes Verlassen während eines noch laufenden Vortrags, freilich nach feinsäuberlichem Beenden der Abendkonsumation, störten, ad absurdum geführt.

Da in einer solchen Atmosphäre eine sachliche Diskussion nicht möglich war, beschlossen wir, diese nachzuholen.

Auf Einladung des Hausärzteverbandes in Person Dr. Geppert und des Hausarzt, vertreten durch Dr. Pözlbauer, diskutierten Dres. Norbert Neuretter, Oskar Kienast und Markus Rupprecht über ihre neu gemachten Erfahrungen und die Zukunft der Landmedizin.

Spät abends im ATV

Am Abend zuvor hatte ATV eine Reportage über Landärzte ausgestrahlt. Vor atemberaubender Bergkulisse wurden die Härten des Praxisalltags realistisch dargestellt, insgesamt aber das Leben der KollegInnen als ländliches Idyll gezeichnet. Kritische Aussagen zu Gesellschaft und Gesundheitswesen fielen, wie einer der Dargestellten in einer Mailaussendung beklagte, offenbar der bukolischen Grundstimmung der Sendung zum Opfer.



Dr. Oskar Kienast



vlnr: Dres. Oskar Kienast, Peter Pözlbauer, Markus Rupprecht, Wolfgang Geppert und Norbert Neuretter

Wir fanden uns im Alltag des flachen Landes wieder.

Dres. Neuretter und Rupprecht haben jeweils eine Dorfpraxis mit Hausapotheke, Dr. Kienast ordiniert in einer Kleinstadt. Die Landärzte ordinieren in eigenen Räumlichkeiten, während der Stadtarzt gerade dabei ist, solche zu erwerben. Wir Älteren, die wir von der Gemeinde behaust und vom Land beamtet waren, sind nicht unbedingt Vorbild für den LandärztInnennachwuchs.

Wie sehr sich die Situation der jungen ÄrztInnen in den letzten Jahren geändert hat, zeigt der Werdegang Dr. Rupprechts. Ehe er im Jahr 2004 seine Kassenplanstelle antreten konnte, hatte er sich 17 Mal(!) vergebens um eine solche beworben. Derzeit schwingt das Pendel in die Gegenrichtung.

Von den drei Kollegen hat nur einer nach eigenen Angaben eine Ablöse bezahlt. Über deren Sinn und Wert wird in der Folge heftig diskutiert. Die verpflichtende Ablöse wird von allen strikt abgelehnt, aber auch andere Inhalte werden kritisch gesehen. Eine Karte - gemeint ist ausschließlich eine solche in elektronischer Form - wird eher als Belastung denn als Hilfe empfunden. Einer der drei hat zwei Monate vor der Ordinationseröffnung seine Angestellten nur dafür bezahlt, die Karte seines Vorgängers in eine für ihn gerechte elektronische Form zu bringen und er sei damit auch finanziell besser gefahren als mit einer Ablöse.

Der Bauplan des (Berufs)Lebens

KollegInnen, die heute eine Kassenplanstelle antreten, tun dies in der Regel in einem höheren Lebensalter als ihre VorgängerInnen. Die Folge ist eine verkürzte Lebensarbeitszeit, so frau/man nicht bis ins höhere Pensionsal-

ter arbeiten möchte, was einer unserer drei Diskutanten durchaus nicht ausschließen möchte (und zwar für alle seiner Generation). Trotzdem muss sich zu einem jetzt schon angenommenen Endpunkt des Berufslebens die Praxis gerechnet haben. Unsere Doktoren erklärten unisono, diesen Endpunkt angepeilt und in den Praxisplan fix eingeplant zu haben, keiner denkt derzeit an eine Praxisführung über das eigene Berufsleben hinaus, dahinter erwartet man offenbar eine Art Sintflut. Praxisübergabe/übernahme ist daher kein Thema.



Dr. Markus Rupprecht

Aus dieser Sicht wird verständlich, dass auch Zusammenarbeitsformen in der niedergelassenen Kassenpraxis kaum Anklang finden. Honorarabschläge, Bedarfsprüfungen durch den Landeshauptmann und das Verbot der Anstellung von ÄrztInnen bei ÄrztInnen tun ein Übriges.

Die Katze und der heiße Brei

Wenn wir einmal die finanzielle und rechtliche Situation außer Acht ließen, was

wäre dann? Die Antwort kam einigermaßen überraschend: Man wolle keinen Chef mehr, davon habe man noch aus Spitalszeiten mehr als genug! Dem Hinweis, eine Zusammenarbeit sei doch partnerschaftlich wird entgegengehalten, dass davor immer zunächst einmal die Anstellung von ÄrztInnen bei ÄrztInnen stehe, aus der es dann kein Entrinnen gäbe. Aber, die gar nicht so wenigen ÄrztInnen, die sich neben der Familie nicht auch noch einen Betrieb aufhalsen wollen und in einem Anstellungsverhältnis viel zufriedener wären? Wird nicht goutiert.

Jetzt ist die Diskussion am Punkt. Obwohl von offizieller Seite (Kammer und Kasse) toleriert, wenn auch nicht lege artis, gibt es eine Reihe von Praxen, in denen stillschweigend praktiziert wird, was einer Gemeinschaftspraxis und auch der Anstellung nahekommt. Da diese Praxen langsam, aber stetig mehr werden, ohne dass die Partner zunehmend unzufrieden sind, muss doch etwas dran sein. Darüber wird nicht diskutiert. Die offizielle Lesart bleibt zementiert, wenn auch die geübte Praxis entgegen spricht.

Die Zukunft der Landmedizin:

No future ist der pessimistische, wenn auch einhellige Befund.

Dr. Neuretter glaubt, dass der Facharzt für Allgemeinmedizin mit eigenem Lehr-



Dr. Norbert Neuretter

stuhl die Situation retten könnte. Wichtig ist ihm die strikte Trennung der Ausbildung bereits im Vorfeld (Turnus). Somit keine „auch - oder leider nur“- AllgemeinmedizinerInnen.

Unsere Patientendateien seien viel zu sehr auf die Verwaltung der Kassenpatienten abgestimmt, eine wissenschaftliche Bearbeitung im Sinne der Allgemeinmedizin fände praktisch nicht statt.

Dr. Kienast, der trübe Erfahrungen mit dem Versuch sich in eine Praxisgemeinschaft einzukaufen gemacht hat, wird sich durch den Kauf eigener Ordinationsräumlichkeiten seine Unabhängigkeit bewahren. Dies im Einzugsbereich großer Spitalsambulanzen.

Dr. Rupprecht hofft nach seiner schon oben geschilderten Odyssee, dass er fernab großer Zentren seinen Wunsch einer patientennahen Versorgung umsetzen kann.

Geschlossen bleibt bis auf Weiteres der kleinste Hörsaal des Landes, die Lehrpraxis. Der Weg zu eigenständiger Wissenschaft und Forschung bleibt somit versperrt.

Eine Vorfinanzierung der Lehrpraxis wäre zu befürworten, allein es fehle der politische Wille.

Von sich aus könne es die Allgemeinmedizin, so wieder die einhellige Meinung, nicht schaffen, auch fehle die Unterstützung der Ärztekammer, vor allem auf der Bundesebene.

DER KASSENARZT hat mittlerweile als einziges uns bekanntes Ärztemedium den Artikel eines Rechtsanwalts einer renommierten Anwaltskanzlei veröffentlicht, der unter dem Titel **Was bringt die Ärzte-GmbH?** ein von anderen Publikationen abweichendes Bild zeichnet.

Abschließend heißt es dort unter anderem: Die weitere Entwicklung von großen Einrichtungen wird aber nach der Intention der Novelle in Richtung der **Ambulatorien** verschoben.

Die Vernunft hat gesiegt: Das „lus migrandi“ ist endlich da!

Die Anerkennung der Berufsqualifikation von Ärztinnen und Ärzten im Ausland ist nun gesichert

von Christoph Reisner

Nach einer fast dreijährigen Diskussion ist es endlich soweit: Das so genannte „lus migrandi“ über die Anerkennung von Berufsqualifikationen wurde im Amtsblatt der EU kundgemacht. Wir sehen dies als Bestätigung unserer mehrjährigen Überzeugungsarbeit. Für junge Ärztinnen und Ärzte war es nämlich bisher unter Umständen problematisch, unmittelbar nach dem Studium eine ärztliche Tätigkeit im Ausland annehmen zu können. Nun haben österreichische Absolventinnen und Absolventen in anderen EU-Staaten aufgrund der neuen Rechtslage den Status, den die jeweilige Rechtslage vor Ort für Ärztinnen und Ärzte mit Grundausbildung vorsieht. Wir Funktionäre der NÖ Ärztekammer setzten uns in den vergangenen Monaten vehement für diese nun erreichte Lösung ein.

Trotz des Gegenwindes aus verschiedenen Interessenssphären ist es hiermit gelungen, die Basis für eine gute Qualität in der Ausbildung der Jungärztinnen und Jungärzte in Österreich zu erhalten. Selbstverständlich ist uns allen klar, dass trotzdem noch viel zu tun ist, um die Qualität der Ausbildung flächendeckend auf optimales Niveau zu bringen. Allerdings

ohne das lus migrandi wäre dies keinesfalls möglich. Wir hoffen, dass die Umsetzung im Ärztegesetz rasch erfolgen wird, um in weiterer Folge die Ausbildungsqualität der Ärztinnen und Ärzte auf den Stand der Moderne anzupassen.

Kein Grund mehr für die Abschaffung des Turnus vorhanden

Es gab zahlreiche Bestrebungen, die Migration dadurch zu erleichtern, dass die so genannte Teilapprobation in Österreich eingeführt wird. Dies hätte zu einem deutlichen Rückschritt im Sinne der Ausbildungsqualität und in weiterer Folge auch im Sinne der medizinischen Qualität geführt. →

Nun gibt es keinen Grund mehr, die derzeit bestehende Ausbildungsform mit dreijährigem Turnus abschaffen zu wollen. Diese bedeutet aus meiner Sicht auch ein Bekenntnis zur Ausbildungsverpflichtung der Krankenanstalten.

Bei der ärztlichen Ausbildung gibt es zwar einige Defizite. Diese Defizite sind jedoch nicht aufgrund der Ausbildungsmodalitäten vorhanden, sondern sind in Abhängigkeit der für die Ausbildung vorhandenen Ressourcen zu sehen. Immer noch viel zu oft werden Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung als billige Hilfsarbeitskräfte missbraucht, was die Vermittlung des Ausbildungsinhalts schwierig macht. Das System an sich ist jedoch als vernünftig zu bezeichnen. Wir sind daher froh, dass es zu dieser Lösung unter Beibehaltung des derzeitigen Ausbildungssystems gekommen ist.

Das bestehende System der Ausbildung wurde bestätigt

Großer Dank und großes Lob gebührt dem Bundesminister für Gesundheit Alois Stöger, der mit seiner Haltung zum „Ius migrandi“ Weitsicht und Vernunft bewiesen hat. Das bestehende System der Ausbildung samt Turnus mit vergleichsweise hoher Qualität bei der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten in Österreich wird durch diesen Schritt aus meiner Sicht bestätigt. Die so genannte „Teilapprobation“ als alternative „Migrationshilfe“ hätte unzählige Ärztinnen und Ärzte geschaffen, die im Österreichischen Gesundheitssystem nur beschränkt einsetzbar sind. Das kann nicht in unserem Sinne sein.

Ich werte diese Entwicklung daher als Bekenntnis zum politischen Willen zur Sicherstellung der Ausbildungsqualität. Als Vertreter einer parteipolitisch unabhängigen Ärztekammer spreche ich jedem Politiker gerne ein Lob aus, wenn er in umstrittenen Fragestellungen Mut und Weitsicht im Sinne der medizinischen Vernunft beweist. So wie Bundesminister Stöger in dieser Angelegenheit.

NÖ Ärztekammer begrüßt den Beitrag von BM Stöger zur Reformdebatte zur ärztlichen Ausbildung

Ich teile auch kompromisslos seine Ansicht, wonach bei der Qualität der Ausbildung nicht gespart werden sollte. Wir sind für sein Verständnis und seine Hilfe dankbar. Bundesminister Stögers Vorschlag zur sanften Reform der ärztlichen Ausbildung ist ein sehr vernünftiger Vorschlag, sachlich und frei von versteckten Fallen zur Bedienung von Partikular- und Minderheiteninteressen. Es sind vernünftige, faire Vorschläge, die nützen können und vor allem niemandem schaden. Meiner Meinung nach der erste gute Beitrag eines so hohen Politikers in der jahrelangen Reform-Debatte.

Ich sehe auch den so genannten „Common Trunk“ als Bereicherung, wonach nach skandinavischem Vorbild zu Beginn des Turnus zunächst ein Praxisjahr bestehend aus Innerer Medizin und Chirurgie absolviert werden soll. Es ist egal, welche Facharztausbildung man danach macht. Chirurgie und Innerne Medizin sind die Basis für viele andere Fächer. Endlich ein Vorschlag, der Sinn macht und zu einer Verbesserung der Ausbildung führt und den man gemeinsam weiterentwickeln, umsetzen und mit Leben erfüllen sollte.



Foto: Tschank - Wiener Neustadt

Dr. Christoph Reisner

Qualitätseinbußen nicht diskutierbar

Begrüßenswert ist aus meiner Sicht besonders, dass in jedem Fall eine Approbation erst nach der Ausbildung zum Allgemeinmediziner oder in einem der Sonderfächer erfolgen soll, was einen wesentlichen Unterschied zum im Vorjahr vorgelegten Modell von Wissenschaftsministerin Karl darstellt. Frau BM Karls Vorschlag würde zur Bildung einer niedrig ausgebildeten Ärztegruppe führen, die für lange Jahre extrem abhängig vom Dienstgeber Krankenhaus und beispiellos perspektivenarm wäre. Dieses Szenario findet sich in Herrn BM Stögers Entwurf nicht. Für ihn sind Qualitätseinbußen bei der Ausbildung glücklicherweise nicht diskutierbar.

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

Bezeichnung des Arzneimittels: Zanipril 10 mg/10 mg Filmtabletten, Zanipril 20 mg/10 mg Filmtabletten. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Zanipril 10 mg/10 mg Filmtabletten: 1 Filmtablette enthält 10 mg Enalaprilmaleat (entspricht 7,64 mg Enalapril) und 10 mg Lercani-dipinhydrochlorid (entspricht 9,44 mg Lercanidipin). Sonstiger Bestandteil: eine Filmtablette enthält 102,0 mg Lactose-Monohydrat. Zanipril 20 mg/10 mg Filmtabletten: 1 Filmtablette enthält 20 mg Enalaprilmaleat (entspricht 15,29 mg Enalapril) und 10 mg Lercani-dipinhydrochlorid (entspricht 9,44 mg Lercanidipin). Sonstiger Bestandteil: eine Filmtablette enthält 92,0 mg Lactose-Monohydrat. **Anwendungsgebiete:** Zanipril 10 mg/10 mg Filmtabletten: Behandlung der essentiellen Hypertonie bei Patienten, bei denen unter Lercanidipin-Monotherapie (10 mg) keine angemessene Blutdruckkontrolle erzielt werden kann. Die Fixkombination Zanipril 10 mg/10 mg sollte nicht für die initiale Therapie von Bluthochdruck verwendet werden. Zanipril 20 mg/10 mg Filmtabletten: Behandlung der essentiellen Hypertonie bei Patienten, bei denen unter Enalapril-Monotherapie (20 mg) keine angemessene Blutdruckkontrolle erzielt werden kann. Die Fixkombination Zanipril 20 mg/10 mg sollte nicht für die initiale Therapie von Bluthochdruck verwendet werden. **Gegenanzeigen:** Zanipril 10 mg/10 mg Filmtabletten: · Überempfindlichkeit gegen einen arzneilich wirksamen Bestandteil (Enalapril oder Lercanidipin), irgend einen Dihydropyridin-Calcium-Kanal-Blocker oder ACE-Hemmer oder einen der sonstigen Bestandteile dieses Arzneimittels · Schwangerschaft im zweiten und dritten Trimenon · Linksventrikuläre Ausflussbehinderung (inklusive Aortenstenose) · Nicht behandelte Stauungsinsuffizienz · Instabile Angina pectoris · Innerhalb von 1 Monat nach Auftreten eines Myokardinfarktes · Schwere Nierenfunktionsstörungen (Kreatinin-Clearance < 30 ml/min) inklusive Patienten unter Dialyse · Schwere Leberfunktionsstörung · Gleichzeitige Anwendung von: starken CYP3A4-Inhibitoren, Cyclosporin, Grapefruitsaft · Bei anamnestisch bekanntem, durch vorhergehende Therapie mit einem ACE-Hemmer ausgelöstem Angioödem · Hereditäres oder idiopathisches Angioödem. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Kern: Lactose-Monohydrat, Mikrokristalline Cellulose, Carboxymethylstärke-Natrium, Povidon, Natriumhydrogencarbonat, Magnesiumstearat. Filmüberzug: Hypromellose, Titandioxid (E 171), Talk, Macrogol 6000, Chinolingelb, Lack (E 104; Zanipril 20 mg/10 mg Filmtabletten), Eisenoxid gelb (E 172; Zanipril 20 mg/10 mg Filmtabletten) **Inhaber der Zulassung:** Recordati Ireland Limited, Raheens East, Ringaskiddy Co. Cork, Irland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Wirkstoffgruppe:** ACE-Hemmer und Calciumkanalblocker: Enalapril und Lercanidipin, ATC-Code: C09BB02 Die Informationen zu den Abschnitten Warnhinweise, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Stand: 03/2008

In Lizenz von Recordati

- 1) Omboni S. et al.; Antihypertensive efficacy of lercanidipine at 2.5, 5 and 10 mg. in mild to moderate essential hypertensives assessed by clinic and ambulatory blood pressure measurements; Journal of Hypertension; Vol. 16: 1831-1938; 1998
- 2) The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products. Committee for Proprietary Medicinal Products (CPMP): summary information on referral opinion pursuant to Article 30 of Council Directive 2001/83/EC for Renitec and associated names (see Annex I) [online]. Available from URL: <http://www.emea.eu.int> [Accessed 2005 Oct 5]
- 3) Bang IM Lercanidipine. A review of its efficacy in the management of hypertension. Drug 2003; 63: 2449-2472
- 4) Todd PA, Goa KL. Enalapril: a reappraisal of its pharmacology and therapeutic use in hypertension. Drugs 1992; 43: 346-381
- 5) Barrios V. et al.; Lercanidipine: experience in the daily clinical practice. Elypse study; Journal of Hypertension; Vol. 18 (Suppl. 2): 22; 2000
- 6) Sica DA. Rationale for fixed-dose combinations in the treatment of hypertension: the cycle repeats. Drugs 2002; 62 (3): 443-62

Die Kunst des Müßiggangs

Wie alles Irdische ist auch der Sinn von Worten vergänglich. Amateur ist jemand, der etwas aus Liebe macht, ein Dilettant macht dasselbe zu seiner Freude. Im heutigen Sprachgebrauch haben die Worte einen Abfälligen Beigeschmack. Das war nicht immer so.

Johann Sebastian Bach widmete sechs seiner Partiten adeligen und bürgerlichen Dilettanten, Müßiggängern, denen die Musik Vergnügen war und nicht Broterwerb. Wer damals Cembalo oder Klavier spielen wollte, musste so ein Instrument erst einmal besitzen, um es dann später mehr oder weniger gut beherrschen zu können.

Heute sind es die Virtuosen, die uns das Vergnügen des Klavierspiels vermitteln, und einige der besten waren im November vorigen Jahres anlässlich eines bekannten Festivals zu hören.



Im Herzen der Schweiz

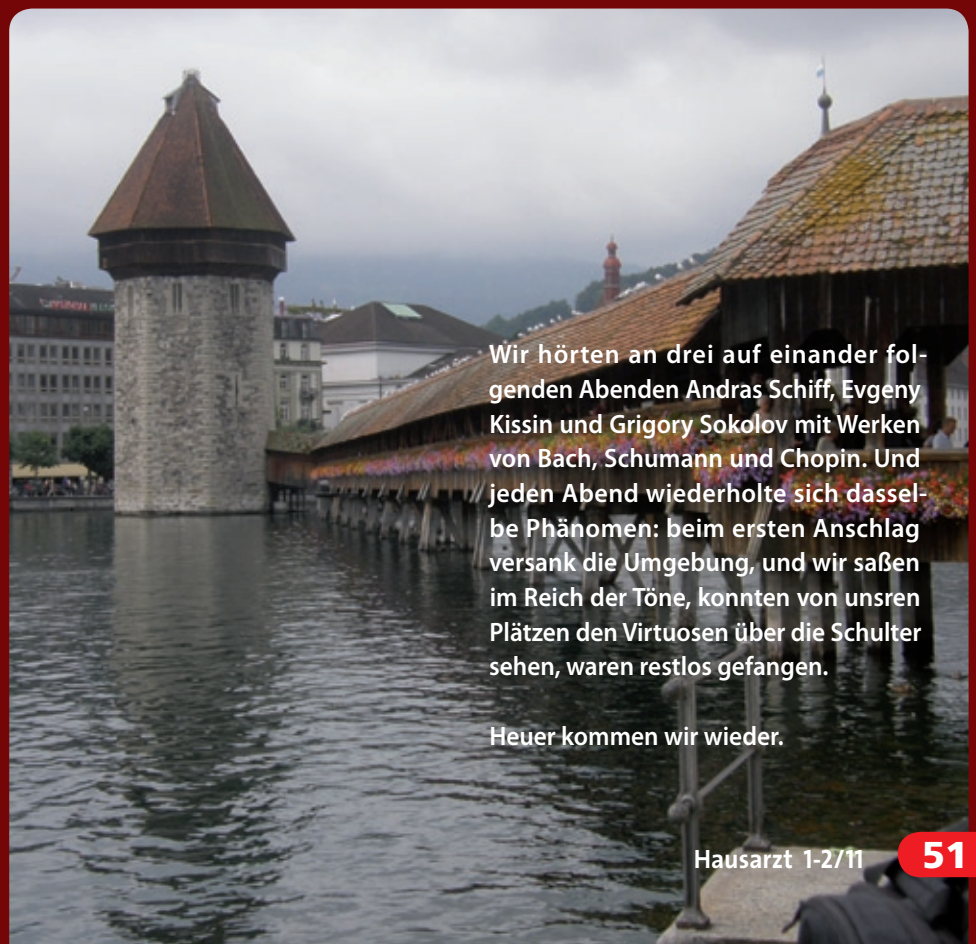
Der Vierwaldstätter See, an dem die Urkantone Uri, Schwyz und Unterwalden liegen, ist die Keimzelle der Schweiz. An seinen Ufern, die landschaftliche Schönheit mit mildem Klima verbinden, liegt

malerisch ein bedeutendes Fremdenverkehrszentrum: Luzern. Rigi, Pilatus und Bürgerstock bilden die atemberaubende Kulisse und auch die Geschichte ist nahe. Die hohle Gasse, durch die der tyrannische Vogt Gessler kommen musste, weil kein anderer Weg nach Küsnacht führt, gehört zum Lokalkolorit.

Den Kontrapunkt zu landschaftlicher und historischer Schönheit bildet das Kultur- und Kongresszentrum, in den Jahren 1995 bis 1998 von Jean. Nouvel erbaut. Der darin gelegene Konzertsaal wurde in Zusammenarbeit mit dem Akustiker Russel Johnson entworfen und gilt als richtungweisend, diente unter anderem als Vorbild für das Konzerthaus in Dortmund.



In einem großen Oval, das einem Schiffsrumpf nachempfunden ist, sorgen Klang- und Echokammern hinter einem speziell gestalteten Gipsrelief für eine außergewöhnliche Akustik. Um den Klankörper von störenden Außengeräuschen zu schützen, wurde er von einer speziellen Isolierung umgeben, die man nur durch Schleusen überwinden kann. Der Vergleich mit einem Laboratorium drängt sich geradezu auf. Unter einem Lichtkegel, wie unter dem Mikroskop, sitzt, allein mit seiner Kunst, der Pianist.



Wir hörten an drei aufeinander folgenden Abenden Andras Schiff, Evgeny Kissin und Grigory Sokolov mit Werken von Bach, Schumann und Chopin. Und jeden Abend wiederholte sich dasselbe Phänomen: beim ersten Anschlag versank die Umgebung, und wir saßen im Reich der Töne, konnten von unsren Plätzen den Virtuosen über die Schulter sehen, waren restlos gefangen.

Heuer kommen wir wieder.

Gespräch über die Arbeiten Prof. Brauns zwischen Christian Euler und Dr. Dietmar Kleinbichler.*)

Euler: *Lieber Dietmar, du bist von meinen drei „Braun-Gesprächspartnern“ der einzige, der Prof. Robert Braun nicht persönlich gekannt hat. Dennoch scheint mir da eine große Nähe zu sein.*

Wie du mir von deiner Arbeit in Südafrika erzählt hast, erst der Turnus in einem 2000-Betten-Spital nahe Pretoria, mitten in einer halbierten Ärztemannschaft unter einer Arbeitslawine begraben, danach deine Arbeit als Assistent an der Abteilung für Familienmedizin und Primary Health Care... da fiel mir prompt Robert Brauns Bericht über die Arbeit in seiner ersten Praxis in Wiener Neustadt ein, unmittelbar nach dem Krieg, Mangel an allem, nur nicht an Patienten... ihr dürftet beide das gleiche Bedürfnis verspürt haben wenigstens im eigenen Verständnis Ordnung in das Alltagschaos zu bringen und euch eine Antwort auf die Frage zu geben: was tue ich eigentlich den ganzen Tag?

Kleinbichler: Diesem Bedürfnis kam an dieser südafrikanischen universitären Abteilung für Familienmedizin ein etabliertes, sehr gut durchdachtes und straff organisiertes Ausbildungsprogramm für Allgemeinmediziner, also für die „Generalisten“ entgegen. Neben der klinischen und berufstheoretischen Ausbildung war besonders die Forschung im primärärztlichen Bereich ein wesentlicher Schwerpunkt. Von Prof. Braun hörte ich dort zum ersten Mal im Zusammenhang mit den „Braun-Gruppen“, den späteren etwas abgeänderten Qualitätszirkeln.

Mit meinem damaliger Chef, Ronald Ingle, er unterrichtete an unserer Abteilung Statistik und die Interpretation von medizinischen Studien, besprachen wir oft die Notwendigkeit einer klar definierten Begriffsbezeichnung für den Großteil der allgemeinmedizinischen Fälle, in denen wir keine Diagnosen stellen. Wir verwendeten auch nicht den Begriff Diagnose in unseren Aufzeichnungen sondern Assessment. Umso erstaunter war ich, als ich 1994 das erste Mal Brauns Kasugraphie in den Händen hielt und erkannte, dass Prof. Braun sich mit diesem Thema schon vor vierzig Jahren auseinandersetzte und ein grundlegendes Werk dazu geschaffen hatte. Es ist kaum zu glauben, dass mir als Österreicher Prof. Robert Braun bis dahin nicht bekannt war.

Euler: *Prof Braun machte sich Aufzeichnungen über seine Ordinationsarbeit, die schließlich die Basis seines Fällverteilungsgesetztes wurden, du hast ein Computerprogramm entwickelt, das die Arbeit am unausgewählten Krankengut erfasst und analysiert. Gibt es da zwischen euch einen ähnlichen, aber um Jahrzehnte verschobenen, Hintergrund?*



1995: Drs König, Braun, Walderdorff

Kleinbichler: Du hast sicher Recht, wenn du diesen ähnlichen Hintergrund ansprichst. Meiner Meinung nach wuchs Prof. Brauns Hingabe und Liebe zu dem Fach Allgemeinmedizin neben der täglichen, klinischen Arbeit mit seinen Patienten aus der wissenschaftlichen Grundlage, die er in diesem Fach schuf.

Dadurch wurde seine Arbeit transparent und ihm war es dann möglich Gesetzmäßigkeiten, wie z. B. die Fällverteilung, zu erkennen oder ganz spezielle, dieses Fach der Allgemeinmedizin betreffende Fragen zu beantworten. Dieses Transparentmachen meiner Arbeit, oder wie Ronald Ingle es ausdrückte „to see what is going on in the practice“, aber nicht auf eine Ordination beschränkt zu bleiben, sondern ein Praxisnetzwerk zu schaffen ist auch mein Anliegen.

Wir hatten schon in Südafrika ein einfaches System, wo wir jeden Patientenkontakt kodiert in eine Liste eintrugen. Die Daten wurden dann später in den PC übertragen und alle drei Monate bekamen wir eine Auswertung über einige Teilbereiche unserer Arbeit. Auch diese Erfahrung war eine wesentliche Motivation zur Entwicklung dieses Programms.

Euler: *Das bisher Besprochene zeigt einmal mehr die Wichtigkeit einer exakten Nomenklatur. Es ist demnach kein Zufall, dass du dich bei der Neuauflage der Kasugraphie, erschienen im Jänner 2010, Brauns Werk über die Benennung und Klassifikation der regelmäßig häufigen Gesundheitsstörungen in der primärärztlichen Versorgung, einbrachtest.*

Kleinbichler: Das ist sicher kein Zufall. Während meiner Ausbildungszeit bin ich auf ein Lehrbuch der Inneren Medizin gestoßen, das von einem südafrikanischen Autor verfasst wurde. Beim Lesen dieses Buch hatte ich erstmals den Eindruck, dass ich hier die Beschwerden und Erkrankungen der Patienten wiederfinde, mit denen ich den ganzen Tag zu tun hatte.

Und ähnlich ist es mir am Beginn meiner allgemeinmedizinischen Arbeit in Österreich mit der Kasugraphie, dem Lehrbuch und den diagnostischen Programmen von Prof. Braun ergangen. Jahrzehnte lange, sorgfältig aufbereitete und genial reflektierte Arbeit in der Primärversorgung machen diese Werke so lebendig und nützlich.



Als ich vor vier Jahren mit Waltraud Fink zum ersten Mal telefonierte, war mein eigentliches Anliegen gleichgesinnte Kolleginnen für eine Forschungsgruppe in der Allgemeinmedizin zu finden, die sich gegenseitig bei wissenschaftlichen Arbeiten unterstützen bzw. gemeinsam Projekten erarbeiten. Vor diesem Hintergrund war es dann natürlich keine Frage, mich für eine Neuauflage von Brauns Werk, eine der wesentlichen Grundlage für eine gemeinsamen Sprache und Begriffsbezeichnung in der Allgemeinmedizin, zu engagieren.

Euler: *Es war für mich interessant zu erkennen, dass Robert Braun bei weit fortgeschrittenem Berufsleben und bereits höherem Alter immer noch an Innovationen interessiert war. Er erwähnt ca. 1980 die Arbeit eines jungen Kollegen, der sich bemüht die elektronische Datenverarbeitung als Instrument zur Beforschung der Allgemeinmedizin nutzbar zu machen. Lässt sich die analytische Denkweise Robert Brauns besonders gut in Computerprogrammen abbilden?*

Kleinbichler: Hier sprichst du einen ganz wesentlichen Aspekt seiner Arbeit an. Je präziser Beratungsergebnisse definiert und voneinander abgrenzbar sind, umso leichter kann man diese statisch erfassen und auswerten. Computerprogramme bzw. Datenbanken stellen natürlich dafür ein ideales Werkzeug dar. Besonders wenn mehrere Ärzte an einem solchen Projekt arbeiten und große Datenmengen anfallen. Während der Entwicklung dieses Programms war bzw. ist es spannend zu entdecken, dass man sich oft auf den „Spuren“ von Prof. Braun wiederfindet und immer wieder in seinem Werk nachliest, wie er spezielle Fragestellungen, z. B. die Auswertung einer Jahresstatistik, gelöst hat um dann seine gut durchdachten Vorschläge in der Auswertungsstatistik einzubauen.

Hier möchte ich noch einen ganz wesentlichen Punkt anführen: Für Prof. Braun war es ganz klar, und dies ist auch in seinem Buch „Wissenschaftliches Arbeiten in der Allgemeinmedizin“ nachzulesen, dass es nur dann Sinn macht Daten zu sammeln, wenn vorher ganz präzise definiert wurde, welche Fragen man damit beantworten will. Dieses Prinzip gilt natürlich auch für eine Gruppe von Ärzten, die ihre Praxisdaten gemeinsam auswerten möchten. Es macht

wenig Sinn zuerst eine große Menge von Daten anzuhäufen und sich danach erst zu überlegen, was man damit machen könnte.

Euler: *Ich kann mir vorstellen, dass die Entwicklung eines Computerprogramms für Dich eine komplett neue und ungewohnte Arbeit war. Welche Ziele hattest Du immer vor Augen und wo fandest Du Unterstützung?*

Kleinbichler: Ja, es war für mich „Neuland“. Was meine eingeschränkten EDV-Kenntnisse betrifft, bin ich ein Autodidakt, der sich seit 1991, angefangen mit dem ersten PC 386S und dem Erlernen von MS-DOS Befehlen, dafür interessiert. Für mich war Folgendes bei der Planung sehr wichtig: Mit den erfassten Daten sollte es möglich sein unsere Arbeit in der Primärversorgung darzustellen.

Das Programm sollte in jedem Praxisnetzwerk unabhängig von der jeweilig verwendeten Ordinationssoftware laufen. Jeder Arzt soll in der Lage sein, jederzeit und ohne zusätzliche Hilfe seine Daten entsprechend den vorher definierten Fragen auszuwerten und es sollte möglich sein, eine gemeinsame Statistik zu erstellen. Und nicht ganz unwesentlich war mir eine weitgehende Unabhängigkeit von Softwarefirmen insbesondere was die Auswertung der Daten betrifft.

Die Arbeit selber begann mit dem Durcharbeiten des Tutorials eines von dem Centre of disease Control (CDC) frei zur Verfügung gestellten Programms, das EpilInfo heißt. So entstand auch ein einfacher „Prototyp“. Später besprach ich mein Vorhaben einmal mit einem EDV Spezialisten, Dipl. Ing. Gerhard Seidel, der sich dann sehr großzügig bereit erklärte die vorgegebenen Ideen in Access zu programmieren und auch das Statistikprogramm zu erstellen.

Euler: *Wenn ich an die Einführung der EDV-Ordinationsprogramme in den 1990er Jahren zurückdenke, war von einer Unterstützung unserer ärztlichen Arbeit oder gar wissenschaftlichen Arbeit nie die Rede. Es ging immer nur um die „Abrechnung auf Knopfdruck“, um das exakte Eintragen erbrachter Leistungen, kurz um den ökonomischen Aspekt. Unsere Landesvertretung hat es völlig verabsäumt von den Softwarefirmen mehr zu fordern als die Abbildung der Kassenverträge.*

Eine Firma hatte Brauns programmierte Diagnostik, „Checklisten für gewissenhafte Beratungen“ würde man neudeutsch sagen, im Programm, sie waren ein Ladenhüter. Dieses Defizit trifft uns auch standespolitisch. Es ist das Versäumnis der vergangenen Jahre, dass uns heute so viele erklären wollen, wie unsere Arbeit ist und wie sie sein soll. Die Allgemeinmedizin lernt erst langsam „Statistik“ zu sprechen. Zu dieser „Alphabetisierung“ willst Du einen Beitrag leisten.

Kleinbichler: Hier ist sicher sehr viel nachzuholen. Allerdings, die Aufgabe der Softwarefirmen besteht lediglich darin, ein „Drehbuch“ in ein brauchbares Programm umzusetzen. Aber wer ist wirklich für den Inhalt verantwortlich? Ich glaube, dass auch unsere Landesvertretung damit etwas überfordert ist und war. Wie in anderen Ländern, sind eigentlich die Universitäten, im speziellen die Abteilungen für Allgemeinmedizin, sowohl für die Lehre der Berufstheorie als auch für die Forschung in diesem Gebiet verantwortlich. Mit fertigen Entwürfen und Ideen von universitärer Seite und in Zusammenarbeit mit der Landesvertretung wäre es dann viel einfacher entsprechende Ordinationsprogramme zu fordern, die eine einheitliche Bezeichnung der Gesundheitsstörungen in der Primärversorgung, ein statistisches Erfassen dieser, ein Einbinden der Checklisten bzw. der programmierten Diagnostik (wie Prof. Braun diese bezeichnete), eine problemorientierte Karteiführung und anderes integriert haben.

Das statistische Erfassen und Darstellen unserer Arbeit betrachte ich als einen grundlegenden Bestandteil, ohne den es wohl kaum zu einer Aufwertung der Allgemeinmedizin in Österreich kommen wird. Und dabei kann jeder mitmachen!

Euler: *Wohin wendet sich die interessierte Kollegin, der interessierte Kollege?*

Kleinbichler: Am Besten sie/er schickt mir ein kurzes e-mail an: dietmar.kleinbichler@gmx.org.

Euler: *Lieber Dietmar, ich fühle mich informiert und animiert und werde mich mit Neugierde deinem Programm zuwenden. Ich danke dir für dein Engagement und dieses Gespräch.*



***) Dr. Dietmar Kleinbichler ist seit 1995 in einer Landpraxis in Niederösterreich tätig. Er absolvierte eine mehrjährige Ausbildung in Familienmedizin und Primary Health Care an der Medical University of Southern Africa nahe bei Pretoria. Motiviert durch die Zusammenarbeit mit Ronald Ingle gilt sein großes Interesse dem Aufbau eines Forschungsnetzwerks im Bereich der Allgemeinmedizin.**

Streitbeilegung im Kassenvertragsrecht

Teil 5: Das Kündigungsanfechtungsverfahren

von Markus Lechner

Gemäß § 343 Abs 4 ASVG kann das kurative Einzelvertragsverhältnis sowohl vom Sozialversicherungsträger als auch vom Vertragsarzt unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendervierteljahres aufgekündigt werden.

Kündigt der Träger der Krankenversicherung, so hat er dies schriftlich zu begründen. Aus dieser Bestimmung leitet die Bundesschiedskommission den Grundsatz ab, dass nur jene Gründe, mit denen die Kündigung im Kündigungsschreiben begründet wurde, im Verfahren auch überprüft werden müssen. Auf weitere, nicht im Kündigungsschreiben genannte wichtige Gründe kann die Kündigung im Verfahren nicht mehr gestützt werden.

Der gekündigte Arzt (oder die gekündigte Vertrags-Gruppenpraxis) kann innerhalb von zwei Wochen die Kündigung bei der Landesschiedskommission mit Einspruch anfechten. Bestimmte Formvorschriften für den Einspruch gibt es nicht. Es wird daher ein formloses Schreiben an die Landesschiedskommission, woraus hervorgeht, dass die Kündigung nicht hingenommen wird, weil keine wichtigen Gründe hierfür vorliegen, genügen.

Die Landesschiedskommission hat innerhalb von sechs Monaten nach Einlangen des Einspruches über diesen zu entscheiden. Der Einspruch hat bis zum Tag der Entscheidung der Landesschiedskommission aufschiebende Wirkung. Das bedeutet, dass der Vertragsarzt bis zur Entscheidung der Landesschiedskommission Versicherte des kündigenden Sozialversicherungsträgers weiterhin auf e-card behandeln kann (und muss).

Landesschiedskommissionen sind in jedem Bundesland einzurichten. Ihnen steht ein pensionierter Richter vor; je zwei Beisitzer werden im Einzelfall von der zuständigen Ärztekammer und dem Hauptverband entsendet.

Die Landesschiedskommissionen entscheiden mit Bescheid und erklären die Kündigung entweder für unwirksam oder bestätigen diese. Gegen die Entscheidung der Landesschiedskommissionen steht die binnen 14 Tagen einzubringende Berufung an die Bundesschiedskommission offen.

Die Bundesschiedskommission, die für das gesamte Bundesgebiet zuständig ist, hat ihren Sitz am Sitz des Obersten Gerichtshofs in Wien. Ihr Vorsitzender sowie zwei weitere Beisitzer sind aktive Richter des Obersten Gerichtshofs; weitere je zwei Beisitzer werden von der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband entsendet.

Eine Berufung durch den Vertragsarzt hat nur dann aufschiebende Wirkung, wenn der beteiligte Sozialversicherungsträger dem zustimmt (was wohl in der Praxis nicht vorkommen wird). Die Bundesschiedskommission entscheidet ebenfalls mit Bescheid, der nur noch vor dem Verfassungsgerichtshof angefochten werden kann.



Mag. Markus Lechner

Eine Anrufung des Verwaltungsgerichtshofs ist daher ausgeschlossen. Dies bedeutet, dass Bescheide der Bundesschiedskommission (wie Bescheide der Landesberufungskommissionen) nur mehr eingeschränkt, nämlich nicht mehr wegen jeder rechtlichen Unrichtigkeit angefochten werden können, sondern nur noch wegen Rechtsverstößen, die derart gravierend sind, dass sie in die Verfassungssphäre einer Verfahrenspartei reichen.

Die Kündigung kann für unwirksam erklärt werden, wenn sie für den Arzt eine soziale Härte bedeutet und nicht eine so beharrliche oder eine so schwerwiegende Verletzung des Vertrages oder der ärztlichen Berufspflichten im Zusammenhang mit dem Vertrag vorliegt, dass die Aufrechterhaltung des Vertragsverhältnisses für den Träger der Krankenversicherung nicht zumutbar ist.

Mag. Markus Lechner, Rechtsanwalt, Ärztanwalt der Ärztekammer für NÖ, 6911 Lochau, Althaus 10, 0664/1534383, lechnermarkus@aon.at

GRAZAX® 75.000 SQ-T – Lyophilisat zum Einnehmen. Zusammensetzung: Standardisierter Allergenextrakt aus Gräserpollen vom Wiesenlieschgras (Phleum Pratense) 75.000 SQ-T* pro Lyophilisat zum Einnehmen. *(Standardisierte Qualitätseinheiten-Tablette SQ-T). **Hilfsstoffe:** Gelatine (aus Fisch gewonnen), Mannitol, Natriumhydroxid. **Anwendungsgebiete:** Eine langfristig wirksame Therapie (disease-modifying treatment) der Gräserpollen-induzierten Rhinitis und Konjunktivitis bei Erwachsenen und Kindern ab 5 Jahren mit klinisch relevanten Symptomen und einer durch einen positiven Pricktest und/oder einen für Gräserpollen spezifischen IgE-Test gesicherten Diagnose. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen einen der sonstigen Bestandteile. Maligne Erkrankungen oder systemische Erkrankungen, die das Immunsystem beeinträchtigen wie z.B. Autoimmunerkrankung, Immunkomplexerkrankung oder Immundefekte. Entzündliche Zustände in der Mundhöhle mit schweren Symptomen wie z.B. oraler Lichen planus mit Ulzerationen oder schwere orale Mykose. Patienten mit unkontrolliertem oder schwerem Asthma (bei Erwachsenen: FEV1 < 70 % des Vorhersagewerts nach adäquater pharmakologischer Therapie, bei Kindern: FEV1 < 80 % des Vorhersagewerts nach adäquater pharmakologischer Therapie) sollten nicht mit der Grazax®-Immuntherapie behandelt werden. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Allergenextrakte, Gräserpollen. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Stand der Information:** Oktober 2010 **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und Nebenwirkungen sind der Austria-Codex-Fachinformation zu entnehmen. Packungsgröße:** 30 Stück Lyo-Tabletten **Zulassungsinhaber:** ALK-Abelló A/S Bøge Alle 6-8 DK-2970 Hørsholm Dänemark.

BLOPRESS Plus 32 mg/12,5 mg - Tabletten, BLOPRESS Plus 32 mg/25 mg - Tabletten. Zusammensetzung: Eine Tablette Blopess Plus 32 mg/12,5 mg enthält 32 mg Candesartan Cilexetil und 12,5 mg Hydrochlorothiazid. Jede Tablette enthält 150,2 mg Lactose-Monohydrat. Eine Tablette Blopess Plus 32 mg/25 mg enthält 32 mg Candesartan Cilexetil und 25 mg Hydrochlorothiazid. Jede Tablette enthält 137,7 mg Lactose-Monohydrat. **Hilfsstoffe:** Carmellose-Calcium, Hydroxypropylcellulose, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, Maisstärke, Macrogol, Eisenoxid gelb (E172) (32 mg/12,5 mg - Tablette), Eisenoxid rot (E172) (32 mg/25 mg - Tablette). **Anwendungsgebiete:** Essentielle Hypertonie bei Patienten, deren Blutdruck durch eine Monotherapie mit Candesartan Cilexetil oder Hydrochlorothiazid nicht ausreichend kontrolliert werden kann. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile oder gegenüber Sulfonamidderivaten (Hydrochlorothiazid ist ein Sulfonamidderivat); Schwangerschaft und Stillzeit; schwere Nierenschädigung (Kreatinin-clearance <30 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche); schwere Leberschädigung und/oder Cholestase; refraktäre Hypokaliämie und Hyperkaliämie; Gicht. **Pharmakologisch-therapeutische Gruppe:** Angiotensin-II-Antagonisten und Diuretika, ATC-Code C09DA06. **Abgabe:** Rp, apothekenpflichtig. **Packungsgröße:** 28 Stück. **Stand der Information:** Mai 2009. **Zulassungsinhaber:** Takeda Pharma Ges.m.b.H., 1070 Wien, Seidengasse 33-35, Tel. 01/524 40 64, Fax: 01/524 40 66. **Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, den besonderen Warnhinweisen zur sicheren Anwendung sowie zur Schwangerschaft und Stillzeit sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**