

Brief des Präsidenten

Geschätzte Kolleginnen, geschätzte Kollegen!

Nicht im Mittelpunkt der Berichterstattung über den ÖBB-Gesundheitsdatenskandal, aber für den aufmerksamen Betrachter ausreichend erschreckend war die Bewertung dieser schwerwiegenden Menschenrechtsverletzung in vielen veröffentlichten Wortmeldungen.

Schon in einer ersten Stellungnahme eines des unrechtmäßigen Datengebrauchs beschuldigten Managers warb dieser um Verständnis, wäre doch das Problem der überdurchschnittlichen Krankenstandsdauer ihrer DienstnehmerInnen zur Lösung angestanden. Der Rückgang der Krankenstände auf den Landesdurchschnitt zeige schließlich den Erfolg ihrer Maßnahmen an.

Die Frage des ORF-Reporters „und dafür brechen Sie drei Gesetze?“ wurde mit einem Satz des Bedauerns abgetan.

In Leserbriefen mehrerer Tages- und Wochenzeitungen bestätigte „Volkes Stimme“ die Sicht der zitierten Manager, und auch der Aufsichtsratsvorsitzende der ÖBB konnte in dem massiven Einbruch in die Intimsphäre der DienstnehmerInnen kein schwerwiegendes Delikt erkennen, zumindest im Vergleich zu wirtschaftlichen Fehlentscheidungen oder gar Malversationen.

Es dauerte Tage bis erstmals das Wort Staatsanwalt fiel.

Genau diese „Flexibilität im Umgang mit dem Datenschutz“ muss uns in der Ablehnung von ELGA in der vom Staat geplanten Form stärken.

Die entstehenden Datensammlungen werden ewigen Bestand haben, die gesetzlichen Rahmenbedingungen für den Datengebrauch aber sind eine Variable.

Gesetze sind veränderbar und wie man sehen konnte, für die Missachtung der Rechte einzelner Gruppen lässt sich immer eine Mehrheit finden.

Diesmal waren es die „krankfeiernden“ Eisenbahner, genauso gut könnten es Lehrpersonen sein, die mit Antidepressiva behandelt werden und deren soziale Kompetenz daher zu hinterfragen ist, oder Menschen, die in Ihrer Biographie eine Episode psychischer Destabilität



Dr. Christian Euler

durchgemacht haben, oder solche, die bei Terminen des AMS säumig sind

Die Datensammlung ELGA, also die Sammlung der Daten, die mit der Sozialversicherungsnummer verknüpft gespeichert werden, ist eine gesellschafts-politische Zeitbombe.

Wir ÄrztInnen müssen uns dringend fragen, ob wir als Lieferanten der besonders brisanten Gesundheitsdaten die Sprengkraft dieser Bombe erhöhen wollen.

Die Zusicherungen eines besonders strengen Datenschutzes sind das Papier nicht wert, auf dem sie stehen.

Christian Euler

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 September als janusköpfiger Monat

von Peter Pözlbauer

Am 8. September fand im Radiokulturhaus eine Veranstaltung des Österreichischen Hausärzterverbandes statt, die sich differenziert mit ELGA auseinandersetzte und eine Alternative vorstellte. Die Veranstaltung fand unter kritischen Geistern, auch solchen, die ELGA befürworteten, durchaus Beachtung.

Ganz anders war das bei einer vom Konferenzunternehmen Business Circle organisierten Tagung zum selben Thema, wenn auch unter anderem Vorzeichen. Alles, was Rang und Namen hatte, war vertreten und dem Vernehmen nach begeistert. Kritiker von ELGA konnten sich die Teilnahmegebühr von € 1.300.- offenbar nicht leisten.



maxiDoc, eine Alternative zum österreichischen ELGA-Projekt.

Radiokulturhaus Wien 8. September 09

von Christian Euler

Es hätte sich nicht besser inszenieren lassen. Auf dem Heimweg von unserer Veranstaltung höre ich im Autoradio erstmals die Meldung über illegal angelegte Krankenakten bei den österreichischen Bundesbahnen (ÖBB). So zeigte sich in der Realität, worüber sich Dr. Zeger, Obmann der ARGE DATEN und Mag. Kainz von Quintessenz einig waren: die Datensicherheitsdebatte könne man bei der Bewertung unterschiedlicher ELGA-Systeme beiseite lassen. Alle seien gleich sicher oder gleich unsicher.

Worauf zu achten sein wird, ist die Möglichkeit der ungenierten Datenbenützung durch Behörden und andere Zugriffsberechtigte, und die gesellschaftspolitischen Folgen dieser Möglichkeiten. Worauf zu achten sein wird, ist die Stellung die man dem Einzelmenschen im ELGA-Konvolut zugesteht.

Medizinische Daten von jedermann, jederzeit und überall

Unser Abend wurde durch Jürgen Gambal eröffnet, der sich selbst als Fossil der medizinischen Datenverarbeitung bezeichnete. Aus der allgemeinen Unfallversicherungsanstalt kommend, hat er primär ärztliche Dokumentation mit elektronischen Mitteln möglich gemacht und erst dann die Nutzung dieser Datensätze durch die Gesundheitsverwaltung. Dieser Anwendernähe ist er über alle Jahrzehnte seiner Tätigkeit, während der letzten Jahre in den wesentlichsten Gremien des Staates und verschiedener Körperschaften, treu geblieben.

Herr Gambal berichtete über nationale und internationale Projekte, die alle das gleiche Ziel verfolgen: medizinische Daten von jedermann, jederzeit und überall für Zugriffsberechtigte zur Verfügung zu stellen. Er gab einen Einblick in die verschiedenen Denkansätze eine Gesundheitsakte betreffend und akzentuierte auch das Interesse der Industrie an dieser Materie. Dankenswerter Weise gestattet der Referent seine Präsentation unter www.hausaerzterverband.at/button: maxiDoc auf unser Homepage zu stellen.



v.l.n.r.: Dr. Euler, Mag. Kainz, Dr. Tenbrock und Herr Gambal

maxiDoc: die Alternative

Nach dieser Einstimmung präsentierte unser Kollege Dr. Franz Tenbrock aus dem Ruhrgebiet seine elektronische Gesundheitsakte, die als USB-Stick immer in der Hand der Patientin, des Patienten bleibt. Vor allem diese Möglichkeit, unmissverständlich und demonstrativ die Gesundheitsdaten beim betroffenen Menschen zu belassen, Zugriffe darauf nur in seiner Anwesenheit, zumindest aber mit seinem Wissen durchführen zu können und ihm selbst die Möglichkeit zu geben seine Daten zu nützen, macht den großen Unterschied von „maxiDoc“ als offline-System im Vergleich zu den anderen allesamt online-ELGA-Varianten aus.

Ob Daten zentral (Großspeicher) oder dezentral (über Konnektor angeschlossene Praxis/Krankenhaus) gespeichert werden, sie sind jedenfalls der Kontrolle des Einzelnen entzogen.

Der automatisierte Datenaustausch unter Gesundheitsdienstleistungsanbietern ist im österreichischen Gesundheitstelematik-Gesetz bereits jetzt ein vorgesehener Vorgang.

Dr. Tenbrock, demonstrierte die Schnelligkeit, mit der Befunde inklusive Röntgen und MRT-Bilder auf dem Ordinationsschirm erscheinen, zeigte die Möglichkeiten des Datentransfers von der Ordinationssoftware auf den Patientenstick und umgekehrt und erklärte die drei Benutzerebenen von maxiDoc. Steckt irgendwer einen maxiDoc-Stick in seinen PC erscheint lediglich die Notfallmaske. Es lässt sich die Identität des Stick-Besitzers auslesen und ausschließlich Informationen, die die betroffene Patientin, der betroffene Patient an dieser Stelle wünscht. Benützt die Patientin, der Patient seinen eigenen Stick, eröffnet ihm das individuelle Passwort den Zugriff auf seine medizinischen Daten. Er kann Befunde nachlesen, ausdrucken, Einträge machen. Dies alles in einem durch Sicherheitssysteme vorgegebenen Rahmen. Erst die Benützung des maxiDoc-Datenträgers durch die Ärztin, den Arzt in einer mit maxiDoc-Software ausgestatteten Ordination bringt das Potential dieser Patientenakte uneingeschränkt zu Tage.

Das maxiDoc-System funktioniert auf allen gängigen Ordinationssystemen (windows XP, 2000, Vista, Win7), es ist ein offline System. Beides macht maxiDoc attraktiv. Weder kann mit diesem System die Elektronikwirtschaft belebt werden, noch kann über dieses System der Verwaltungsapparat des Staates Einschau in die Gesundheitsdaten seiner Bürgerinnen und Bürger halten.

Über die Problematik des Datensammelns im großen Rahmen sprach schließlich Mag Kainz, Repräsentant von Quintessenz, dem Verein zur Wiederherstellung der Bürgerrechte im Informationszeitalter. Nicht zufällig findet sich alljährlich unter den Nominierten zu den „Big Brother Awards“, die Quintessenz verleiht, ein Projekt rund um Gesundheitsdaten. Einmal mehr wies Mag Kainz darauf hin, dass es im Zeitalter der problemlosen Vernetzung aller Rechner zwischen dezentral oder zentral gespeicherten Daten keinen Unterschied gebe.

Spätestens an den fragenden Zwischenrufen bei Kollegen Tenbrocks Vortrag konnten wir hochkarätige Gäste unserer Veranstaltung erkennen: Dr. Zeger, ARGE-DATEN, Magistra Philippi, ARGE-ELGA sowie Gerhard Stimac von Innomed, gaben den Veranstaltern die Ehre. Weitere e-health-Experten traten erst wenige Tage nach unserem maxiDoc-Abend in die Öffentlichkeit. So fanden sich im Internet leidenschaftliche Argumente gegen diese ELGA-Alternative. Der Autor dieses Beitrags, der im Radiokulturhaus ein kritisches aber durchaus freundliches Gespräch mit Dr. Tenbrock und mir führte, gibt sich den Anschein die Technik von maxiDoc zu kennen und versucht so seiner Kritik Glaubwürdigkeit zu geben. Als Draufgabe veröffentlicht er auch eine Replik auf die Presseaussendung des ÖHV zum ÖBB-Gesundheitsdatengebrauch und stellt jeden Zusammenhang von ELGA und dieser Causa in Abrede (www.hausaerzterverband.at).



Dr. Euler und Dr. Tenbrock

Kurz: Wer das österreichische ELGA-Projekt kritisiert, hat mit Gegenwind zu rechnen. Dieser kommt weniger stürmisch von den Spitzenrepräsentanten der Großprojekte, die das Gespräch mit „Andersdenkenden“ nicht scheuen und offen sind für Kritik, Sorgen und Bedenken, sondern viel heftiger von Managern des Mittelbaus.

Der Österreichische Hausärzteverband wird seine Ablehnung des österreichischen ELGA-Projektes auch weiterhin kommunizieren, wo immer sich die Gelegenheit ergibt, auch wenn er dadurch zwangsläufig in Opposition zur eigenen Ständesvertretung gerät. Zusagen der ÖÄK-Spitzenvertreter in Präambeln zu Verträgen und Arbeitspapieren, die Projekte von e-health mitzutragen sind dringend zu überdenken. Die Diskrepanz zwischen den Erwartungen und den Tatsachen der peering-point-Beteiligung sollte als Lehrstück ausreichen.

In ELGA werden keine Ärzteinteressen vertreten, in ELGA werden keine Patienteninteressen vertreten, in der Nähe der ELGA-Lobbisten hat die österreichische Ärzteschaft und ihre Interessensvertretung nichts zu suchen.

maxiDoc respektiert die Menschenrechte und bietet doch alle Möglichkeiten der lückenlosen Dokumentation und auch Kontrolle, dies aber immer nur im Bedarfsfall und in aller Offenheit.



Ehepaar Simone und Franz Tenbrock mit Christian Euler im Cafe Central bei Palatschinken und Kaiserschmarrn. Rund um die maxiDoc Veranstaltung genossen die Tenbrocks vier Spätsommertage in Wien. →

Alle warten auf ELGA

Presseaussendung ELGA-Anwenderforum 2009 vom 21. Sept. 2009

Über Chancen und Vorteile der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) für Patienten, Ärzte, Pflege, Apotheken.

Bei dem von Business Circle veranstalteten 1. ELGA-Anwenderforum standen die Anforderungen und der Nutzen aus der Sicht von Patienten, Ärzten, Pflege und Apothekern im Mittelpunkt der Diskussion um die elektronische Gesundheitsakte (ELGA). Die zweitägige, hochkarätig besetzte Veranstaltung fand in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit statt.

SC Dr. Clemens Martin Auer (BM für Gesundheit) eröffnete das Forum mit seiner Vision von ELGA:

„Für die weitere Umsetzung brauche es nun vor allem Geduld um alle Stakeholder nach dem Bottom-up-Prinzip mit ins Boot zu holen.“

Die große Herausforderung liegt nun darin, bereits bestehende Pionierlösungen in einzelnen Spitälern oder von privaten Anbietern auf einen Nenner zu bringen.

Unter Teilnehmern fanden sich unter anderem: Dr. Otto Pjeta (Österr. Ärztekammer), Dr. Michael Heinisch (Vinzenz Gruppe), Dipl.Ing. Dr. Werner Leodolter (KAGes), Dr. Gerald Bachinger (NÖ Patienten- u. Pflegeanwaltschaft), Mag. Martin Bauer (NÖGUS), Dir. Werner Bogendorfer (VAEB), Johannes Bretbacher (GES-PAG), Mag. Barbara Dorner (GS1), Mag.(FH) Erich Fenninger, DAS (Österr. Volkshilfe), Dr. Christian Husek (Initiative ELGA), PDir. Andrea Kapounek (KH Göttlicher Heiland), Dr. Erich Laminger (ARGE ELGA), Präs. Mag. pharm. Ilona-Elisabeth Leitner (Österr. Apothekerverband), Mag.pharm. Christian Müller-Uri (Österr. Apothekerverband), Dr. Manfred Müllner (FEEL), Mag. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr (Österr. Apothekerkammer), Dr. Wolfgang Nowatschek (Pharmazeutische Gehaltskasse), DI Heinz Otter (ARGE ELGA), Dipl. Ing. Dr. Markus Pedevilla, MSc (KAGer-Services), Mag. Theresa Philippi, LL.M, MAS (ARGE ELGA), Dipl. Ing. Dr. Alexander Schanner (ARGE ELGA), DI Elisabeth-Edith Schlemmer (Wien KAV), Mag. Jürgen Schwaiger (Ärzttekammer Wien), Mag. Ursula Weismann (SVC).

Weitere Informationen: <http://www.businesscircle.at>

Gesundheitsakte ELGA: Anschlag auf den Datenschutz?

Patientenrechte stehen im Mittelpunkt eines Symposiums der help 4 you company

Wann: Samstag 7. November ab 12 Uhr, **Wo:** Ingenieurhaus, Eschenbachgasse 9, 1010 Wien

Der Datenschutz für Österreichs Patienten gerät durch die bevorstehende bundesweite elektronische Gesundheitsakte (ELGA) in massive Gefahr. Diese Meinung vertritt Dr. Christian Euler, Präsident des Hausärzterverbandes, im Vorfeld eines Symposiums der help 4 you company. Unter dem Titel „Zwischen ELGA und E-Card – Wo bleiben die Patientenrechte?“ wird im Ingenieurhaus in Wien der Datenproblematik breiter Raum gewidmet.

Programm des Symposiums am 7. November:

- „Wie sicher sind die Patientendaten“ (Univ. Lektor Dr. Hans Joachim **Fuchs** – Arzt für Allgemeinmedizin)
- „Aktuelle Entwicklung des Gesundheitsdatenschutzes“ (Dr. Hans **Zeger** – Obmann ARGE Daten)
- „Erfahrungsberichte mit der neuen Gesundheitselektronik“ (Landespräsidenten des Hausärzterverbandes – MR Dr. Wolfgang **Werner**, Dr. Wolfgang **Geppert**, Dr. Daniel **Bidner**, Dr. Christian **Euler**)
- „Das Recht auf Schmerzfreiheit“ (Dr. Maria **Kletecka-Pulker** – Institut für Ethik und Recht in der Medizin)
- „Patienten-Empowerment/Die Patienten als Co-Produzent ihrer Gesundheit (Univ. Prof. Dr. Oskar **Grün** – Wirtschaftsuniversität Wien)
- „maxiDoc – die patientenzentrierte Gesundheitsakte“ (Dr. Holger **Finkernagel** – Facharzt für Diabetologie, Nils **Finkernagel** – Geschäftsführer der maxiDoc GesmbH)

Anmeldungen zum Symposium bis 6.11. unter Tel. 0676/40 20 831 oder info@help4youcompany.at

Eintritt: 24,- Euro. Für Mitglieder der help 4 you company: 12,- Euro.

Die help 4 you company, eine Drehscheibe für den Dialog zwischen Arzt und Patient, setzt mit dem „Patientenrechte-Symposium“ einen neuen Akzent. Das Team rund um Sabine Waste spricht mit diesem top-aktuellen Thema alle Österreicher an.

„Nur ein umfassend informierter Patient kann Co-Therapeut seiner Krankheit sein“, so Waste. Die help 4 you company engagiert sich damit einmal mehr für ein vertrauensvolles Arzt-Patientenverhältnis auf Augenhöhe und fordert von der Politik entsprechende Rahmenbedingungen ein.

Diskussionspapier vom 26. September 2009

von Wolfgang Werner

Die ausgesprochen schlechten Bedingungen für niedergelassene Ärzte veranlassen zu einer Analyse der Ursachen dieses unerfreulichen Zustandes:

Tatsachen:

1. Die Honorarsituation in den letzten Jahren hat sich verschlechtert.
2. Neue Vertragsabschlüsse mit BVA und SVA erwecken den Eindruck von Strafmaßnahmen gegen Ärzte.
3. Die Bürokratie lähmt die Ärzteschaft und behindert die ärztliche Tätigkeit.
4. Medizinische Leitlinien nehmen uns die medizinische Freiheit.
5. Die Entwicklung in Richtung Kollektivisierung a' la AVZ ist unübersehbar.
6. Unsere Standsvertretung schließt kritikwürdige Verträge ohne Kollegenbefragung ab.
7. Die Dinge laufen wie auf Schienen einem absehbaren Ziel entgegen. So sehr man auch versucht Weichen umzustellen, der Zug hält an seinen Fahrplan fest.

Interpretation:

Ad 1) Jubelmeldungen unserer Verhandler über angeblich tolle Honorarsteigerungen in „diesen Zeiten“ halten dem Rechenstift nicht stand!

Ad 2) Der 5 Euro-Coup mit der BVA, das massiv einschränkende Verhandlungsergebnis mit der SVA lassen an einen finanziellen Vernichtungsschlag denken.

Ad 3) ABS, Bewilligungsansuchen, IND-Regelung, Rot/Gelb/Grüne/Farblose/Schwarze „Boxen“ bei den Medikamenten lenken die Aufmerksamkeit des Arztes weg vom Patienten.

Ad 4) Diverse Leitlinien, die anfangs nur als unterstützende Empfehlung kommuniziert wurden, entwickeln sich zum sanktionsbedrohten Zwang, ein Abweichen führt zu Erklärungsbedarf und eventuell zu Regressforderungen.

Ad 5) Nach einem oberstgerichtlichen Urteil über eine Ordinationsablöse, werden jetzt nur mehr Verträge für Gruppenpraxen vergeben, obwohl ursprünglich immer die Wahlmöglichkeit des Geschäftsmodells betont wurde.

Ad 6) Wieso schließt unser Standsvertretung, die nur unsere Interessen zu vertreten hat, solche Verträge ab, die in der Kollegenschaft durchwegs nur Ablehnung und derzeit noch nur aufbegehrendes Murren auslösen?

Ad 7) Trotz aller kritischer Stimmen, trotz mehrfacher Veröffentlichung der genannten Problematik, trotz der ablehnenden Meinung der Kollegenschaft, die sich bei den Bezirksärztesitzungen in deftiger Diktion



Dr. Wolfgang Werner

entläßt, trotz Ärztedemonstration, laufen die Dinge unbeirrt und unkorrigiert weiter.

Ursachen:

Die Kammer scheint sich nicht mehr ihren Mitgliedern verpflichtet zu fühlen, sondern Kräften aus Wirtschaft, Politik und Sozialversicherung.

Konsequenzen zur Diskussion:

1. Misstrauensantrag an die Kammer
2. Aktivierung der Aufsichtsbehörde
3. Kündigung der Kassenverträge
4. Gründung einer Ärztervertretung außerhalb und unabhängig von der Kammer

Dr. Wolfgang Werner
E-Mail: dr.w.werner@don.at

FACHKURZINFORMATION Quetialan® 25 mg Filmtabletten, Quetialan® 100 mg Filmtabletten, Quetialan® 200 mg Filmtabletten, Quetialan® 300 mg Filmtabletten, Quetialan® 4-Tage Startpackung. Wirkstoffgruppe: Pharmakotherapeutische Gruppe: Antipsychotika, Diazepine, Oxazepine und Thiazepine. **ATC-Code:** N05A H04. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Eine Quetialan® Filmtablette enthält Quetiapinfumarat entsprechend 25/100/200/300mg Quetiapin. Die Quetialan® 4-Tage Startpackung enthält 6 Quetialan® 25mg Filmtabletten, 5 Quetialan® 100mg Filmtabletten. **Anwendungsgebiete:** – Behandlung von Schizophrenie. – Behandlung moderater bis schwerer manischer Episoden. Es wurde nicht gezeigt, dass Quetialan® das wiederholte Auftreten manischer oder depressiver Episoden verhindern kann. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile des Arzneimittels. Die gleichzeitige Anwendung von Cytochrom P450 3A4-Inhibitoren wie HIV-Proteaseinhibitoren, Azol-Antimykotika, Erythromycin, Clarithromycin und Nefazodon ist kontraindiziert. **Sonstige Bestandteile: Tablettenkern** 25/100/200/300mg/Startpackung: Calciumhydrogenphosphat wasser-frei, Lactose Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A), Povidon, Magnesiumstearat. **Tablettenüberzug:** 25mg: Hypromellose, Titandioxid (E171), Macrogol 400, Eisenoxid gelb (E172), Eisenoxid rot (E172). 100mg: Hypromellose, Titandioxid (E171), Macrogol 400, Eisenoxid gelb (E172). 200mg/300mg: Hypromellose, Titandioxid (E171), Macrogol 400. **Inhaber der Zulassung:** Gerot Pharmazeutika, 1160 Wien. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Angaben über Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte den veröffentlichten Fachinformationen. Packungsgrößen:** 25mg: 6, 60 Stück, 100mg: 30, 60, 90 Stück, 200mg: 30, 60 Stück, 300mg: 30, 60 Stück, Startpackung: 6 x 25mg, 5x100mg. **02/2009**

Ab 1. Oktober mit neuem Preis

Quetialan® wirkt

Quetialan®

Hausapotheke: Paudorf darf nicht sterben

von Wolfgang Geppert

Die Liste der bisherigen Bürgerproteste gegen die Zwangsschließung der ärztlichen Hausapotheke in Paudorf bei Krems ist lang. Am 4. November steuern die Aktivitäten auf ihren vorläufigen Höhepunkt zu. Wir Ärzte, ob hausapothekenführend oder auch nicht, sind für den besagten Mittwoch aufgerufen, am Protestmarsch und an der Schlusskundgebung vor dem örtlichen Friedhof, teilzunehmen. Der Abmarsch von der Ordination Dr. Skorjanz beginnt um 13.00 Uhr.



Durch die Weinberge...

Die Vorgeschichte ist hinlänglich bekannt: Durch die Neuerrichtung einer öffentlichen Apotheke in Furth an der Donau wird Dr. Gregor Skorjanz gezwungen, seine Hausapotheke in Paudorf am 30. Oktober für immer zu schließen. Die Apothekerin platzierte ihre Betriebsstätte am Aufstieg zum Göttweiger Berg, weit ab vom Further Ortszentrum, um an die Praxis von Dr. Skorjanz möglichst nahe heranzukommen. Damit ist der gesetzliche Mindestabstand von vier Straßenkilometern zwischen Ordination und öffentlicher Apotheke nicht mehr gegeben und die Medikamentenabgabe in Paudorf wird verboten. Neben dem betriebswirtschaftlichen Tiefschlag für Dr. Skorjanz führt diese Zwangsschließung ab 31. Oktober auch für seine Patientinnen und Patienten zu großen Nachteilen. Ab dann kommen sie nur unter beträchtlichem Mehraufwand zu den von ihrem Hausarzt verordneten Medikamenten.

Die in solchen Fällen immer wieder ausgestreuten Versprechungen der Pharmazeuten, ihr Service mittels Hauszustellungen verbessern zu wollen, können aufgrund fehlender gesetzlicher Berechtigung nicht realisiert werden. So bleibt den Bewohnern von Paudorf in Zukunft nur die Möglichkeit, mit den Rezepten in der Hand von Dr. Skorjanz nach Furth aufzubrechen. Wehe, wenn kein PKW zur Verfügung steht! Der Fußweg zur neuen Apotheke entlang der stark befahrenen Landesstraße ist lebensgefährlich, denn dieser Straßenabschnitt weist keinen Gehsteig auf. Auch die Fahrt mit dem Rad kann nur einem Durchtrainierten empfohlen werden. In der Praxis bleibt für viele Fälle nur der direkte Fußweg über den Göttweiger Sattel.



Dr. Wolfgang Geppert

Fußmarsch als Protest

Um diese Schikane plakativ darzustellen, machten sich am 19. September 2009 um 11.30 Uhr 100 Patientinnen und Patienten mit symbolisch gestalteten Rezepten auf den Weg. Ziel war es, die neue Apotheke in Furth noch vor Betriebsschluss, Samstag 12.00 Uhr, zu erreichen. Schnell wurde uns klar: Nicht nur für Menschen mit Gehbehinderung ist dies ein beschwerlicher Weg. Bereits 200 Meter vom Ordinationsstandort entfernt geht es steil bergauf. Auch junge Mütter mit Kinderwagen wählten an diesem Samstag den matschigen Feldweg durch die Weinberge, welcher die kürzeste Verbindung zur öffentlichen Apotheke darstellt. Mit von der Partie war auch der Paudorfer Bürgermeister Leopold Prohaska, der von Anbeginn an alle Initiativen zur Erhaltung der Hausapotheke mit vollem Einsatz unterstützt hat. Der Fußmarsch ließ bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Erinnerungen an bisherige Proteste



...rauf auf den Göttweig.

wach werden. Unsere Blicke schwenkten hinauf auf das imposante Stift Göttweig. Vor einem Jahr fand dort eine Großveranstaltung mit mehreren hundert Personen statt. Dabei wurde die Problematik des Hausapothekensterbens in all ihren Auswirkungen beleuchtet. Schon ein halbes Jahr vorher war Wilfersdorf im Weinviertel Schauplatz einer ähnlichen Informationsveranstaltung mit großem Besucherzuspruch gewesen. Dann kam die Paudorfer Unterschriftenaktion zur Sprache. Mehr als 1.200 Patientinnen und Patienten haben im Vorjahr diese Aktion unterstützt.

Hilflose Politiker

Auch die zahlreichen Schreiben der Betroffenen an verschiedene Entscheidungsträger waren Thema der Gespräche während des Fußmarsches. Der totale Einsatz des von der Schließung betroffenen Kassenarztes wurde lobend erwähnt: „Wissen Sie“ sagte eine ältere Dame mit Stützkrücke kurzatmig „Dr. Skorjanz junior war →

mit unserem Anliegen fast überall: Bei Anwälten, bei Landes- und Bundespolitikern. Vergeblich!“ „Ja, das stimmt“, murmelte ich vor mich hin und dachte an die zahlreichen Vorsprachen, die ich als Begleiter von Dr. Skorjanz miterleben musste. Das Landhaus in St. Pölten mit seinen unzähligen Büros und Besprechungszimmern haben wir dabei unfreiwilliger Weise ausführlich kennen gelernt. Die angesprochenen Politiker reagierten manchmal mit der Ausrede, wegen solcher Einzelfälle wie Paudorf könne man keine neue Apothekengesetznovelle initiieren. Meist aber wurden wir mit Standardsätzen wie „Sie hören von uns“ oder „Wir denken über eine Lösung nach“ nach Hause entlassen. Eines können wir sicher sagen: Es gibt weit und breit keinen zuständigen Landes- oder Bundespolitiker, der nicht ausführlich über die Causa Paudorf informiert worden wäre.

Nur nicht aufgeben

Eine Rollstuhlpatientin, die wir gemeinsam verkehrt über den Göttweiger Sattel gezogen hatten, stellte mir knapp vor dem Ziel die Frage: „Glauben Sie an einen Erfolg unserer Aktionen?“ Kurz hielt ich aufgrund dieser Direktheit inne, dann folgte meine klare Antwort: „Ja, ich glaube daran. Wir dürfen nur nicht aufgeben!“



Vor der Apotheke,...

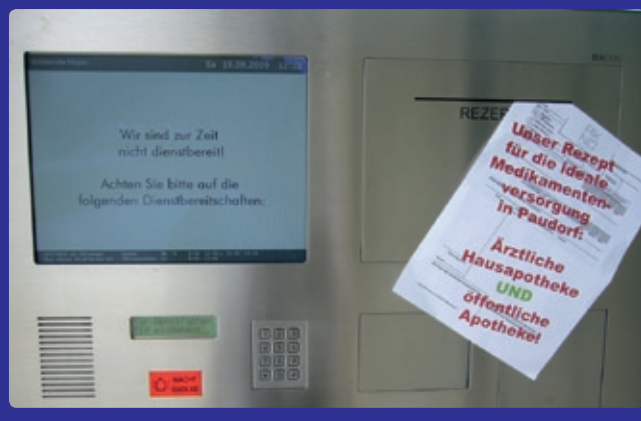
Inzwischen hatten wir Wiesen und Felder passiert und erreichten die Ortstafel von Furth. Knapp vor dem Ziel stand uns auch ein Gehsteig zur Verfügung. Rund 40 Minuten nach Abmarsch traf die Vorhut mit ihren Rezepten bei der neu errichteten Apotheke ein. Zu spät! Sie fanden nur einen verschlossenen Eingang mit dem Hinweis auf die nächste diensthabende Apotheke in Krems vor. Beim Erstellen des Gruppenfotos vor der verschlossenen Tür war allen klar: Zur Erhaltung der wohnortnahen Medikamentenversorgung muss der antiquierte Apothekengebietsschutz fallen. Dafür wollen wir am 4. November weiterkämpfen.

Dr. Wolfgang Geppert

2193 Wilfersdorf, E-Mail: geppert@don.at

Der Kreuzweg und das leere Grab

Wären die Bilder alt und vergilbt, könnte man sie für biblische Darstellungen halten. Tatsächlich steht ihre muntere Frische für die Gegenwart. Die alten und Kranken Paudorfs müssen einen Kreuzweg auf sich nehmen um dann zu erfahren, dass die Apotheke, deren Preise wahrlich nicht Synonym für christliche Nächstenliebe sind, geschlossen ist.



die geschlossen ist.

Vom Verständnis von Recht Wahrheit

Ist in der Landespolitik alles erlaubt?

von Christoph Reisner

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Die derzeitige Kammerführung in Niederösterreich ist vor zweieinhalb Jahren angetreten, um im Rahmen einer großen, damals für unrealistisch gehaltenen Koalition jenen Schiefstand gerade zu rücken, der sich durch jahrzehntelange absolute Mehrheit einer einzigen Fraktion entwickelt hat. Ich als Präsident bin angetreten, um sowohl kammerintern als auch kammerextern heiße Eisen anzufassen und Probleme zu lösen. Dringende standespolitische Themen, die bereits vor Jahrzehnten hätten bearbeitet werden sollen, aber aufgrund von „politischem Sachzwang“ liegen geblieben sind. Doch das gefällt nicht jedem!

Ich bin kein Mann von Mauscheleien und politischem Kuhhandel. Ich bin dafür bekannt, dass ich zu meinen standespolitischen Ansichten stehe und diese auf der sachlichen Ebene hart, aber fair austrage. Standespolitische Anliegen dürfen und sollen auch hart

ausgetragen werden. Es gibt jedoch auch Grenzen der Fairness und auch gesetzliche Grenzen, nämlich die Persönlichkeitsebene. Und um das Überschreiten von gesetzlichen Grenzen möglichst zu verhindern, sind im Rechtsstaat Österreich Rechtsmittel vorgesehen.

In den vergangenen Wochen war in einigen Aussendungen und Presseberichten zu lesen, dass ich mehreren Personen mit Klagen gedroht oder sie sogar geklagt hätte. Fall eins betrifft den Präsidenten der NÖ Apothekerkammer. Er hat mich im Zuge einer Presseaussendung der Lüge bezichtigt. Als Präsident der NÖ Ärztekammer kann ich diesen Angriff auf meine Person nicht unkommentiert lassen. Ich habe ihn daher (abseits der Öffentlichkeit) aufgefordert, seine Aussage nochmals zu überdenken und zurückzuziehen. Er wähnte sich im Recht und hat mir mitgeteilt, dass er das nicht tun werde. Ich habe ihn wie angekündigt geklagt, nur der engste Mitarbeiterkreis der Ärztekammer war informiert. Einen Tag später habe ich aus einer großen Tageszeitung von diesem Fall erfahren. In diesem Bericht steht er (oh Wunder!) gut da. Er wollte sich „nicht auf dieses Niveau“ begeben und werde „den Wahrheitsbeweis antreten“. Zwischenzeitlich hat er den Vorwurf zurückgenommen und ich habe die Klage zurückgezogen.

Fall zwei betrifft eine Aussendung des „Niederösterreichischen Ärzteverbandes - die Überparteilichen“. Auf der Vorderseite distanziert sich Obmann Dr. Harald Schlögel von Aussagen, die er im Jänner getätigt hat und entschuldigt sich dafür. Auf der Rückseite jammert Dr. Johann Jäger, man würde die Funktionäre des NÖ Ärzteverbandes „unter Mithilfe von Anwälten mundtot machen“. Er beklagt sich auch über die ständigen Streitereien in der Kammer, deren Funktionäre offenbar nichts Besseres zu tun hätten.

In beiden Fällen ist das Strickmuster gleich: Es handelt sich jeweils um politische Funktionäre mit langjähriger Erfahrung. Diesen ist der Umgang mit Gesetzen und Juristen nicht gerade fremd. Man sollte also durchaus das Wissen voraussetzen können, was standespolitisch gerade noch geht und was eben nicht mehr geht. Oder wagt man sich vorsätzlich in diese Grenzbereiche? Der politische Ansatz spricht dafür. Man informiert die Öffentlichkeit, beklagt sich dann aber im gleichen Atemzug dann auch noch darüber, dass so ein Schlagabtausch in der Öffentlichkeit ausgefochten wird. Man drängt mich in die Rolle dessen, der die

Regeln verletzt hat. So ist es dann nämlich auch nicht mehr von Bedeutung, dass auf der sachlichen Ebene die Argumente fehlen. Ein willkommenes und bewusst gesteuertes Ablenkungsmanöver!

Auf anderer Ebene wird vom Kurienobmann der niedergelassenen Ärzte der ÖÄK Dr. Günther Wawrowsky (ebenfalls „Niederösterreichischer Ärzteverband - die Überparteilichen“) mit einem Abschluss mit der BVA geprahlt, der sich mit 4,0 Prozent tatsächlich sehr gut anhört. Erkauft werden musste dies jedoch mit Abschlägen bei einzelnen Honorarpositionen. Durchgerechnet stellt man dann fest, dass es sich um einen zweijährigen Abschluss handelt, der bereinigt um die nicht valorisierten Positionen einen Anstieg des Honorarvolumens von nicht einmal 1,7 Prozent bedeutet. Der Bundeskurienobmann vertritt die Ansicht, dass seines Wissens „keine andere Berufsgruppe in Österreich“ einen derartigen Abschluss erreicht hätte. Stimmt leider! Damit lassen sich beispielsweise die Beamten nicht abspeisen. Diese haben 2009 3,55 Prozent erreicht und werden bei den kommenden Verhandlungen für das Kalenderjahr 2010 sicherlich auch auf ihre Rechte pochen.

An diesen Berechnungen ist klar ersichtlich, dass im bloßen „zur Schau tragen“ eines angeblichen Verhandlungserfolgs durch einen Prozentwert unter Umständen keine Aussagekraft steckt. In diesem Fall ist das schön geschmückte Ergebnis sogar blamabel, da - nachgerechnet - damit nicht einmal die jährliche Inflationsrate abgedeckt wird. Doch offenbar lässt sich damit trotzdem Politik machen.

Noch ein Beispiel: Es schreibt der Seniorenreferent der NÖ Ärztekammer OMR Dr. Peter Cajka, dass „nur teilweise veröffentlichte Prüfberichte nicht geeignet sind, das Vertrauen der Kollegenschaft in die Wohlfahrtseinrichtungen der Ärztekammer zu festigen.“ Ich schließe mich dieser Ansicht vorbehaltlos an und erlaube mir zu ergänzen: Die in der Funktionsperiode von OMR Dr. Günter Höhne eingeholten Gutachten wurden tatsächlich nicht veröffentlicht. Der Rechnungshof merkte weiters an: „Die



Dr. Christoph Reisner

auszugsweise Darstellung eines Gutachtens im Jahr 2003 durch den damaligen Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses (Anmerkung: Vorsitzender des WFF 2003: OMR Dr. Günter Höhne) war nicht geeignet, die Vollversammlung über die Notwendigkeit zukünftiger Reformmaßnahmen zur Sicherung der Finanzierung der Altersversorgung zu informieren.“ Jene Gutachten, die in der Funktionsperiode von Dr. Josef Sattler beauftragt wurden, sind hingegen nach wie vor zur Gänze im Intranet downloadbar. OMR Dr. Peter Cajka und OMR Dr. Günter Höhne gehören seit 2007 beide der Fraktion „Wir Ärzte Niederösterreich“ an, zuvor waren beide für den Überparteilichen Ärzteverband (heute „Ärzteverband Niederösterreich - die Überparteilichen“) tätig. Das spricht für sich selbst.

Ich jedenfalls bin der Ansicht, dass es zu einer gelebten Demokratie gehört, seine Meinung in die Öffentlichkeit zu tragen. Es muss aber auch erlaubt sein, unwahre Behauptungen richtig zu stellen oder sich gegen unsachliche Vorwürfe mit geeigneten Mitteln zu wehren. Was von einigen Kammermitgliedern als unnötiges, standespolitisches Hick-Hack gewertet wird, wird von anderen als Informationsquelle sehr geschätzt.

Dr. Christoph Reisner

Präsident der NÖ Ärztekammer
www.wahlarzt.at



SPIRIVA® 18 Mikrogramm - Kapseln mit Inhalationspulver: qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Kapsel enthält 22,5 Mikrogramm Tiotropiumbromid Monohydrat entsprechend 18 Mikrogramm Tiotropium. Die aus dem Mundstück des HandiHaler® abgegebene Dosis beträgt 10 Mikrogramm Tiotropium. Tiotropiumbromid ist ein langwirksamer, spezifischer Muskarin-Rezeptor-Antagonist, in der klinischen Medizin häufig als Anticholinergikum bezeichnet. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Laktose Monohydrat (enthält Milcheiweiß). **Anwendungsgebiete:** Tiotropium ist indiziert als Bronchodilatator zur Dauerbehandlung der Symptome von Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (Chronic Obstructive Pulmonary Disease = COPD). **Gegenanzeigen:** Tiotropiumbromid-Inhalationspulver ist kontraindiziert bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegenüber Tiotropiumbromid, Atropin oder einem seiner Derivate, z.B. Ipratropium oder Oxitropium, oder gegenüber dem sonstigen Bestandteil Laktose Monohydrat (enthält Milcheiweiß). **Inhaber der Zulassung:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Ingelheim am Rhein, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkung mit anderen Mitteln und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.



Raucherentwöhnung ist die wichtigste präventive Maßnahme und unterstützt die Therapie. (Arznei & Vernunft 2001)

IND kassenfrei: COPD ab Stadium II nach Erstverordnung durch Pulmologen



SPI-050-08/1/5.12.2008



SV047-08/09.12.2008

SPIRIVA® wurde von Boehringer Ingelheim entwickelt und wird gemeinsam mit Pfizer vertrieben. Alle Rechte vorbehalten. © Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co KG

Die Betreiber von Todesfällen

Landbader in Österreichs Spitälern

Von Lutz E. Popper

Laut Zitaten des Journalisten Kurt Langbein, uns Ärzten seit dem Buch *Bittere Pillen* ein Begriff, heute mit **Todesfalle Krankenhaus** wieder im Gespräch, sind insbesondere kleinere ländliche Krankenhäuser Todesfallen für die Patienten. Und das wird in einem profil-Interview mit dem Gesundheitsökonom Christian Köck von diesem unterstrichen.

Dabei sind, wie es schon Tradition hat im Journalismus, Gedanken eines nach Meinung der Medien ausgewiesenen Fachmannes transportiert. Der kennt halt bedauerlicherweise die tatsächliche Situation in diesen kleinen Spitälern bestenfalls theoretisch. Ganz sicher nicht aus persönlicher Erfahrung. Wie es ja überhaupt eine ganze Reihe gern gefragter und zitierter Fachleute gibt, die keinen Tag als Ärzte gearbeitet haben, aber, dank ihrer theoretischen Druckwerke, in den Augen von Journalisten Fachleute sind.

Und, wie es sich für die Fachleute vom grünen Tisch gehört, geben die gerne eine theoretisierende Meinung zum Besten, die üblicherweise von den Medien zusätzlich auch noch mehr oder weniger missverstanden, aufgeblasen und dann als der Weisheit letzter Schluss hinausposaunt wird. Besonders, wenn sie auch noch halbwegs spektakulär klingt.

Viele Chefs in den Spitälern der Bundesländer, kommen aus großen, so genannten Zentralspitälern, beziehungsweise aus Universitätskliniken. Und gerade in den operativen Fächern, ganz allgemein eigentlich in all jenen, wo praktische Erfahrung und Geschicklichkeit eine größere Rolle spielen, sind diese jungen Kollegen mangels Training oft unzureichend erfahren. In diesen großen Karriereschmieden gibt es nämlich oft ein Gerangel um die Chance, gewisse Operationen überhaupt durchführen zu dürfen. Von den seltenen Eingriffen rede ich hier gar nicht, sondern von jenen, die später einmal zur täglichen Routine zählen.

Bei der Definition dessen, was unter seltenen Krankheiten oder Eingriffen zu verstehen ist, ist hingegen Vorsicht geboten. Denn funktionsgemäß sind ja die Zentralkrankenhäuser die Kathedralen der Raritätenmedizin. Und in der Tat gibt es dort die erfahrensten Subspezialisten für die ausgefallensten, seltensten Krankheitsbilder. Wenn aber im banalen ärztlichen Alltag – und nicht nur bei den operativen Fächern – eine Komplikation auftritt, die eine tiefere Kenntnis des Einfachen erfordern würde, ist so ein hochspezialisierter Newcomer der freien Wildbahn manchmal überfordert.

Die Quetschen auf dem Land

Ein engagierter Klinikchirurg eines ländlichen Krankenhauses mittlerer Größe hat mir erzählt, dass er in den ersten Jahren seiner Arbeit dort draußen große Ängste ausgestanden habe. Mit der Diagnostik und Versorgung akuter, gar bedrohlicher Alltagserkrankungen, hätte er am renommierten Ort seiner Ausbildung nicht viel Erfahrung sammeln können. Und es ist nicht eins, ob man theoretisch hervorragende Kenntnisse erworben hat, die man nicht in die Praxis umsetzen durfte oder ob man die Gelegenheit hatte, das wirkliche Leben zu erfahren und sich darin zu üben. Jenes Leben, in dem Häufiges häufig und Seltenes selten ist. Doch noch einmal: bei den Raritäten und bei der Theorie hinken Peripherie- bzw. Provinzärzte hingegen in aller Regel hinten nach.

In wie vielen Fällen unsere Gesundheitspolitiker, Krankenhausgesellschaften und die durch sie und mit ihnen gewachsenen ökonomischen Zwänge an diesen Schwächen schuld sind, wäre wichtig und interessant zu untersuchen. Die Einführung von Fehler-Datenbanken, die nicht nur ärztliche und Pflegefehler dokumentieren, sondern auch jene der Spitalsorganisation, wäre ganz wichtig und von hohem Interesse. Beginnend bei der knappen personellen und apparativen Ausstattung vieler kleinerer Krankenhäuser, über fehlende medizinische Kompetenz der Krankenhaus-Manager, bis zu den Kosten, die diese Gesellschaften per se verursachen, wäre da einiges zu hinterfragen.

In großen zentralen Spitälern gibt es proportional viel mehr Personal, als in kleinen Anstalten. Das heißt aber auch, dass auf den Arzt des Zentralkrankenhauses weniger Patienten entfallen, dass er in der Zeiteinheit weniger praktische Erfahrung sammeln kann, als dies in den kleineren Einheiten möglich ist. Dort ist man mehr Stunden am Arbeitsplatz auf und hat mehr Kontakte mit Patienten. Im Gegensatz zu Zentralkrankenhäusern, gilt es daher dort besonders darauf zu achten, dass eben auch die theoretische Aus- und Weiterbildung nicht vernachlässigt wird. Was aber wiederum auf wenig Gegenliebe seitens der Spitalserhalter stößt. Kostet ja immerhin etwas.

In den Provinzspitälern, wissen wir oft schon vor deren Aufnahme ins Krankenhaus, wie es um unsere Patienten steht, denn sie waren vorher in unseren Ambulanzen oder Ordinationen. Wir behandeln und operieren in vielen Fällen also Menschen, die wir in unseren Sprechstunden schon kennen gelernt, betreut und beraten haben. Und ich rede da explizit nicht von Privatpatienten, sondern von den ganz normal in der sozialen Krankenversicherung Aufgehobenen. In unserem Fall meist wirklich gut Aufgehobenen.

In der Auslage leben

Wir sind unseren Patienten in jeder Hinsicht näher, als das in Ballungszentren möglich ist; wir kennen nicht nur ihre Krankheiten, sondern auch sie selbst, ihre Familien, Freunde und ihre Lebensumstände. Und vice versa kennen sie uns und unser Umfeld, unsere Schwächen und Sünden. Wir leben in der Auslage des kleinstädtischen Lebens. Fluch und Segen großer Nähe sind trotzdem nicht einfach im Gleichgewicht, denn diese Nähe zu den Menschen, dieses persönliche Element im Umgang mit ihnen, ist in meinen Augen für den Mediziner ein besonderes Privileg.

Und wo immer ich mich heute, in der Pension, in der Umgebung meines ehemaligen Wirkungsbereiches bewege, treffe ich, Jahre nach meinem Ausscheiden aus Krankenhaus und Praxis, ehemalige Patienten. Vielen bin ich persönlich verbunden, wechsele mit ihnen ein paar Worte. Manche sprechen mich auf ihr Befinden an, thematisieren ihre ehemalige Krankheit oder fragen nach meinem Ergehen. Und manch einem bin ich noch behilflich, wenn es darum geht, den Zugang zu einem Spezialisten, einer Ambulanz oder gar einem Spitalsbett in der fernen Stadt zu finden.

Was ganz wesentlich ist: Wir betreuen diese Menschen natürlich oft über viele Jahre nach und erfahren so nicht nur etwas über ihren Zustand und ihr Befinden nach einer Behandlung oder einem operativen Eingriff. Wir begegnen vor allem, häufiger als das naturgemäß im anonymen städtischen Umfeld der Fall sein kann, den Folgen unserer medizinischen Tätigkeit. Und wir lernen unsere Arbeit aus der oft kritischen Perspektive der Patienten zu beurteilen und zu hinterfragen.



Ich weiß schon – der Kalauer, dass wir unseren Misserfolgen und Missetaten deswegen nicht begegnen würden, weil sie der Friedhofsrasen gnädig deckt, hat schon auch einen wahren Kern.

Meine Patienten im Wiener Wilhelminenspital, wo ich die Fachausbildung erfahren habe, stammten nicht nur aus dem sechzehnten und den umgebenden Bezirken, sondern auch aus Floridsdorf, wo mein Chef seine Praxis hatte oder aus Mauer, woher einer unserer Oberärzte stammte und aus Meidling, wo ein anderer ordinierte. Manche kamen aus den Bundesländern und entschwanden wieder dorthin auf Nimmerwiedersehen. Sie alle habe ich in der Regel nur zweimal im Leben gesehen; nämlich, um bei den Kalauern zu bleiben, das erste und das letzte Mal.

Es war und ist auf dem Land alles vollkommen anders, als ich das in meinen zehn Jahren in großen Krankenanstalten Wiens erlebt hatte, wo man als gewöhnlicher Spitalsarzt den Patienten im besten Fall dann kennen lernt, wenn er zur Aufnahme kommt. Im besten Fall; denn ich habe als Operateur so manchen Patienten, den ich da mit dem Skalpell traktierte, nie zu sehen bekommen. Das heißt, ich habe die Operation gar nicht selten am bereits narkotisierten Patienten begonnen, ohne ihm je ins Gesicht geschaut oder gar mit ihm gesprochen zu haben, nur weil ich halt gerade dem OP zugeteilt war. Wenn ich nicht am Tag der Operation Dienst hatte, habe ich mein Opfer auch später nicht gesehen. Insbesondere wenn er in einer Station lag, der ich gerade eben nicht zugeteilt war.

Die kleinen und die großen Todesfallen

Eventuelle postoperative Komplikationen hatte, wie das halt ganz allgemein so die Regel ist, erst einmal der Patient auszubaden – und der jeweils diensthabende Kollege hatte sie zu beherrschen. Ich bin im Dienst vice versa mit postoperativen Problemen konfrontiert gewesen bei Patienten, die ein anderer operiert hatte. Das gab es in meinen 25 Jahren Provinzspital nicht mehr! Da haben mich komplizierte Heilungsverläufe bis nach Hause und auch noch in den Urlaub verfolgt.

Das alles soll natürlich nicht heißen, dass kleine Krankenanstalten nicht auch ihre Nachteile hätten, dass sie gar besser wären als die großen, apparativ und personell bestens ausgestatteten zentralen Krankenanstalten eines Landes. Nein, sie sind bloß anders; aber eben auch nicht schlechter. Schon gar nicht Todesfallen, wie lebensfremde Fachleute und populistischer Journalismus glauben machen wollen.

Es ist nicht richtig, dass in kleineren Spitälern das Komplikationsrisiko höher ist, als in großen Einheiten. Es gibt reichlich Fachliteratur, die belegt, dass krankhausbedingte Komplikationen, in der Regel Infektionen, in Zentralspitälern häufiger sind, als in den kleinen Häusern. Ich habe etwa in meiner Zeit als Ärztlicher Leiter eines so genannten Schwerpunktkrankenhauses schon bei der baulichen Konzeption hygienischer Strukturen mitreden können. Und ich hatte eine hervorragende Hygienefachkraft zur Seite, die beherzt um eine optimale Umsetzung der internationalen Standards gekämpft hat.

Unsere Probleme sind andere. Die Patienten der zentralen Krankenanstalten in Ballungsräumen sind auf der ganzen Welt eine medizinisch gefilterte, spezifischere Auswahl, als jene der Provinzspitäler. Bei uns kommen halt in der Regel akute, komplexe Krankheitsbilder ohne Umwege in personell und apparativ knapp gehaltene Abteilungen. Zu allem Überfluss, ist die Kooperation zwischen den einzelnen Fächern oft auch noch sehr entwicklungsfähig.

Gute Ärzte, das ist von außerordentlicher Bedeutung, arbeiten zusammen! Das ist ein so entscheidendes Kriterium, das man es nicht oft und laut genug betonen kann. Anders gesagt: Wer nicht mit den Kollegen aller fachlich angrenzenden Spezialfächer kooperiert, ist ein schlechter Arzt! Was sich endlich unter allen Ärzten herumgesprochen haben sollte! Aber das funktioniert an den hochgeschätzten Kliniken auch nicht besser, hört man.

Bei Unterlassung der Einholung von Konsiliarbefunden in bedrohlichen Fällen, wäre ich für strenge Sanktionen. Wenn andererseits die Fachkollegen bei Klassenpatienten selbst zu banalsten Erkrankungen gerufen werden, nur um dem Freund von der Nebenabteilung auch einen Anteil am Honorarkuchen zukommen zu lassen, aber auch.

Wie soll es denn weiter gehen?

Bedauerlicherweise ist es zunehmend Politik mancher Krankenanstaltengesellschaften, leitende Ärzte nicht nach Qualitäts- sondern nach ökonomischen Kriterien auszuwählen. Wer gut ist und sich bei den spitalsbetreibenden Wirtschaftlern um ein Primariat bewirbt, hat nur dann eine Chance, wenn er's billig gibt. Aber welcher Arzt von Format will das schon? So manche(r) wertvolle, fachlich und humanitär unbeugsame Spitzenkandidat(in) bleibt da auf der Strecke. Und wer es doch in eine Leitungsposition geschafft hat und meint, er könne nun irgendwelche sozialromantischen Ideale seiner Studienzeit verwirklichen, wird so lange gemobbt, bis er klein beigt und/oder wieder geht.

So ist es zynisch, über Qualität in Provinzspitälern zu reden, ohne die Verursacher zu nennen, die fast ausnahmslos in den politischen und finanziellen Machtzentren sitzen. All das, was immer wieder in den Medien als spektakuläre Aktion gegen eine Berufsgruppe inszeniert wird, hat zumindest auch und meist sogar primär eine politische Dimension. Die Mächtigen nutzen aber den ungleich besseren Zugang insbesondere zu den lokalen Medien zu ihren Gunsten. Man hat zudem manchmal den Eindruck, lokale Medien hätten sich gleichgeschaltet in vorauseilender Liebedienerei gegenüber kleingeistigen Provinzdespoten.

Diese mutigen Journalisten jedenfalls, wollen sich's mit denen da oben nicht verscherzen, sondern gehen den bequemeren Weg, die jeweils Schwächeren, diesmal halt die Ärzte pauschal zu diffamieren. Uns Ärzten wiederum, ist der Zugang zu den Medien nicht geläufig und in der Regel sogar dienstrechtlich versperrt. Wir sind aber auch zum Teil selbst schuld an manch berechtigter Kritik, insofern ja wirklich zu viel in unserem Medizinbetrieb falsch läuft, das durch Änderung unseres Verhaltens relativ leicht zu bessern wäre. Vieles, das wir Ärzte direkt beeinflussen und zurechtrücken könnten, verabsäumen wir und unsere Standesvertretungen. Wir sind wirklich selbst Teil des Problems, ob es uns passt oder nicht.

Dr. med. Lutz E. Popper, E-Mail: lpopper@aon.at

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 86,4 Mikrogramm Beclometasondipropionat und 5,0 Mikrogramm Formoterolfumarat-Dihydrat. **Wirkstoffgruppe:** ATC-code R03 AK07. **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:** NR, apothekenpflichtig. **Erstellungsdatum/Änderungsdatum:** 28.01.2009

Integrierte Versorgung (IV)

Ein Erfahrungsbericht aus der Bundesrepublik

Von Dr. med. Franz Tenbrock

In erster Linie ist es ein Instrument für die Großkonzerne den Weg in die ambulante Versorgung zu ebnen.

Warum denke ich das?

Dem einzelnen niedergelassenen Arzt ist es nicht möglich einen IV Vertrag mit einer Kasse abzuschließen. Selbst einer regionalen Arztgruppe wird es sehr schwer gemacht, an solche Verträge zu kommen. Es sind monatelange Vertragsvorbereitungen neben der normalen Praxisarbeit und der Pflichtfortbildung erforderlich. Dies bedarf einer engagierten Gruppe von Ärzten innerhalb eines Ärztenetzwerkes. Da nun aber einzelne und kleine Gruppen von Ärzten, nicht in der Lage sind solche Verträge auszuarbeiten, geschweige denn abzuschließen, ist IV letztendlich ein Instrument für Konzerne und Krankenkassen.

Konzerne und Krankenkassen haben jedoch ganz andere Interessen.

Hier steht ausschließlich Rentabilität im Vordergrund.

Persönliche Beziehungen zu Patienten sind dieser Gruppe fremd.

Hier meint man mit Leitlinien und Flussdiagrammen den medizinischen Alltag abbilden zu können. Jeder der jedoch schon einmal selbst am Patienten gearbeitet hat weiß, dass der Patient ein individuelles Lebewesen ist. Als Hausärzte kennen wir unsere Patienten sehr genau, und wissen was geht und was eben nicht geht.

IV ist in meinen Augen ein Instrument, die persönliche Betreuung eines Patienten und die persönliche Patientenbeziehung restlos zu zerstören! Im theoretischen Ansatz gut, in der Praxis macht es aber die Versorgung kaputt.

Gewachsene, über Jahre bestehende Beziehungen zwischen Arzt und Patient werden aufs Spiel gesetzt. Man meint der Arzt als Mensch wäre austauschbar. Jeder der in der Praxis arbeitet weiß, dass dem nicht so ist.

Hier in Deutschland verbreiten sich die medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in rasender Geschwindigkeit. Anfangs waren noch die arztgeführten MVZ in der Mehrzahl, dies ändert sich neuerdings sehr schnell. Die kleinen MVZ bekommen eben nicht die lukrativen Verträge, die ein wirtschaftlicher Betrieb erfordert. In meinen Augen ist es ein Trugschluss, dass wir Ärzte unsere Freiberuflichkeit durch solche Zusammenschlüsse retten können. Das Gegenteil ist der Fall.

Ein Zusammenschluss von Ärzten bedarf sehr viel Arbeit und Einsatz. Haben sich die Ärzte nun zusammengeschlossen, sich vernetzt etc, so ist die Hauptarbeit gemacht. Wird nun die Bezahlung noch weiter heruntergeschraubt, ist das kleine MVZ letztlich froh, wenn es von einem Konzern aufgekauft wird. Das von engagierten Ärzten aufgebaute und dann finanziell ausgehungerte MVZ gehört nun dem Konzern. Dieser bekommt nun die guten Verträge und es kann Profit gemacht werden. Der einzelne Arzt ist ab sofort dem Willen des Konzerns restlos ausgeliefert.

IV in der Masse läuft hier in Deutschland über die Disease Management Programme (DMP) die jedem Hausarzt offen stehen.

Anfangs wurden nur rudimentäre Datensätze an die Kassen geliefert. Dies hat man ohne erneute Aufklärung am 1. 7. 08 geändert. Von höchster Stelle hieß es, dass eine Trennung der Datensätze zu aufwändig sei. Seitdem werden nun alle erhobenen Daten an die Kassen geliefert.

Der Patient wird zum gläsernen Patienten, der Arzt ebenso.

Man könne meinen, das wäre bedeutungslos, dem ist jedoch nicht so. Die Daten können ohne großen Aufwand nach beliebigen Kriterien gefiltert werden. Wer weiß ob nicht der eine oder andere Arzt bei einem Einkaufsmodell der Krankenkassen (weitere Wettbewerbsverschärfung) so nicht auf der Strecke bleibt? Warum machen also deutsche Ärzte hier mit?

Bis auf wenige Ausnahmen liegt dies an der guten Bezahlung. Bekommt ein deutscher Hausarzt für die komplette medizinische Versorgung hier in Deutschland im Bundesschnitt ca. 38 Euro pro Quartal als Regelleistungsvolumen, so bringt ein DMP Zettel schon 15 Euro (Folgezettel) bzw. 25 Euro (Erstaufnahme). Viele Krankenkassen zahlen noch einmal zusätzliche Boni für diese Formulare. Der Patient wird von der Praxisgebühr befreit (10 Euro) und macht sich keine Gedanken, was mit seinen Daten geschieht. Ihm wird suggeriert das er im DMP besser behandelt wird; er unterschreibt aber:

**„Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.“
Dies unterschreibt sowohl der Patient als auch der Arzt!**

Diese in meinen Augen leichtfertige Herausgabe von medizinischen Daten ist langfristig sehr gefährlich. Diese Daten unterliegen nun nicht mehr der besonderen Verschwiegenheit der Arztpraxis! DMP gibt es hier in Deutschland für KHK, DM, COPD, Asthma und Brustkrebs. Weitere DMPs sind geplant. So kann man schnell neben dem dürftigen Regelleistungsvolumen von ca. 38 Euro, 45 Euro mit wenig Arbeit hinzuverdienen. Da man uns in den letzten Jahren die leicht erkrankten Patienten aus den Praxen vertrieben hat (Praxisgebühr, hohe Medikamentenzuzahlungen, OTC Präparate nicht mehr auf Rezept, etc) betreuen wir fast ausschließlich Patienten, die potentiell DMP-fähig sind. Schaut man auf das Geld, so wird man als Arzt jeden nur erdenklichen Patienten in ein DMP eintragen. Einige Kollegen sehen DMP so wie die Pharmastudien: Hauptsache Geld. Mit einem multimorbiden Patienten lässt sich sehr schnell mehr mit den ausgefüllten DMP-Formularen verdienen, als durch ärztliche Leistungen am Patienten selbst. Dies ist in höchstem Maße demotivierend für ehrliche medizinische Leistung.



Die Folge ist klar. Reduzierung der Medizin auf ein Minimum und Gewinnmaximierung durch Handlangerdienste für die Gesundheitsbürokratie.

Die Krankenkassen tun ein Übriges zum „Erfolg“ dieser DMPs. Im Laufe der Jahre wurden riesige Callcenter implementiert. Diese kontaktieren den Patienten fortlaufend und mischen sich in die Behandlung ein. Der Patient wird so vollkommen irritiert und das Vertrauensverhältnis zum Arzt zunehmend zerstört. Gerade aber die „Droge Arzt“ ist für ein effektives Gesundheitswesen keinesfalls zu unterschätzen. Das Misstrauen des Patienten gegenüber seinem Arzt führt zu Doppeluntersuchungen und vielen unnötigen weiteren Untersuchungen, dies ist in meinen Augen der schlimmste Kostentreiber in der von Technokraten zerstörten Arztbeziehung.

All dies ist für mich die schlimmste Form der Demütigung in meinem Beruf als Arzt. Es demotiviert statt zu motivieren.

Bisher gibt es auch keine sauberen Studien zur Wirksamkeit der DMPs. Hierunter verstehe ich die zufällige Verteilung der Patienten auf 2 Gruppen. DMP- und Nicht-DMP Patienten. Nur so kann die Wirksamkeit realistisch dargestellt werden. Ich lehne die Einschreibung zunehmend ab, zurzeit habe ich noch 10 DMPs, was hier in Deutschland extrem wenig ist. Trotz allem hat sich die Versorgung der Patienten in den letzten Jahren auch bei mir erheblich verbessert. Dies liegt nicht an den Programmen, sondern am Fortschritt der Medizin, den neuen Techniken, den neuen Medikamenten und den neuen Erkenntnissen zu den Langzeitschäden. Aber es geht den Technokraten ja nicht um bessere Versorgung, es geht um Daten, denn wer die Daten hat, der hat die Macht. Nur über diese Datenschätze kann man die zunehmende Rationierung steuern.

Ein weiteres sehr schlimmes Instrument der Kassen das Arzt Patientenverhältnis zu zerstören, sind die Rabattverträge.

Hier entscheidet letztlich die Kasse welches Medikament der Patient in der Apotheke erhält. Dieses Instrument haben die Kassen nun seit mehreren Quartalen. Seitdem weiß ich als Hausarzt kaum noch welche Medikamente mein Patient schluckt. „Herr Doktor, die roten Pillen aus der blauen Packung vertrag ich nicht..“ Früher kannte ich die Medikamente und die Packungen meiner Patienten und wusste schnell Rat. Dies hat sich entscheidend verändert. Was dies für die Arzneimittelsicherheit bedeutet, kann sich jeder Arzt ausmalen. Der Patient soll sich mit diesem Instrument aber nur daran gewöhnen, dass alles im Medizinbetrieb austauschbar ist. Heute sind es die Medikamente, morgen ist es das Krankenhaus (IV Verträge mit Kliniken) und am Ende wird auch die Arzt-Patientenbeziehung beliebig austauschbar sein.

IV (integrierte Versorgung), QM (Qualitätsmanagement) DMP, P4P (pay for performance) - all dies sind Instrumente, um den Großkonzernen den Weg in ein industrielles Gesundheitswesen zu ermöglichen.

Dies wird jedoch keinesfalls billiger, hier müssen Profite für die Aktionäre gemacht werden, hier müssen Verwaltungen bezahlt werden, hier muss ein wesentlich höherer Krankenstand unter den Mitarbeitern finanziert werden, wer also meint, es könnten Kosten gespart werden, der ist in meinen Augen naiv.

Warum macht die Politik hier mit, warum bereitet die Politik den Konzernen den Weg?

Die Fortschritte in der Medizin führen zu einem nicht mehr finanzierbaren Gesundheitswesen. Nur durch konsequente Rationierung wird das Gesundheitswesen in Zukunft durch die schrumpfende Zahl von Arbeitnehmern finanzierbar bleiben.

Rationierung ist ein Unwort in der Politik, also darf es nicht ausgesprochen werden. Ein freier Arzt aber kommuniziert die Rationierung mit seinem Patienten, ein angestellter Arzt wird dies nicht mehr dürfen. Hier wird die „Maulsperre“ per Arbeitsvertrag geregelt. So einfach ist das. Je weniger Konzerne sich nun den Gesundheitsmarkt teilen, umso einfacher wird es für die Politik.

Wie erhält man nun aber den freien Arzt?

Nur wenn Ärzte europaweit endlich einmal Profil zeigen und fremdbestimmte Wege konsequent verweigern, haben wir eine Chance diesen wunderschönen Beruf zu erhalten, andernfalls wird er zu einem gewöhnlichen Job.

Dazu gehört auch eine freie Arzt Patienten Beziehung mit Direktabrechnung. Der Patient ist ein Mensch, der außerhalb der Medizin durchaus den Wert einer Arbeit einschätzen kann, nur in der Medizin soll das nicht möglich sein? Es ist die Abrechnung über die Kassen, die unseren Beruf kaputt gemacht hat. Dies muss allen klar sein und darum muss dies als erstes geändert werden.

Geht es aber so weiter, wird nur der Ausstieg aus dem System zu einem glücklichen Arztdasein führen.

Zunehmende Datenskandale, die unausweichlich kommen werden, machen das ungestörte Arzt Patientengespräch wertvoller denn je. Die Menschen werden bereit sein, Geld für ungestörte Beratung zu bezahlen. Sie werden die Wichtigkeit ihrer medizinischen Daten schätzen lernen. Die Privatpraxis wird kommen.

Die Patienten werden ELGA-Systeme wie maxiDoc schätzen lernen, weil nur so die Daten in der Hand der Patienten bleiben, nur so wird das Gespräch mit dem Arzt vertraulich bleiben. Da wir nun seit 3 Jahren sehr viel Arbeit in das Projekt maxiDoc gesteckt haben, ohne jegliche Unterstützung, sei mir etwas Werbung erlaubt:

Der maxiDoc Stick kostet einmalig 60 Euro incl. Steuer und ist somit von jedem Patienten finanzierbar. Der Stick ermöglicht dem Patienten einen geordneten Einblick in seine Gesundheitsdaten, ohne dass andere hier mitlesen können. Das Sicherheitssystem gewährleistet den Schutz der Daten bei Verlust, alles ist individuell verschlüsselt und passwortgesichert. Den Stick gibt es als arztgeführte Akte und für computervernetzte Patienten als patientengeführte Akte. So wird der Patient in die Lage versetzt, weltweit seine wichtigsten Daten mit sich zu führen. Das Sprachpaket sorgt dafür, dass Ärzte in aller Welt dieses System bedienen können. Es fördert zudem das Vertrauen zwischen Arzt und Patient, dies zeigt die nunmehr 3 jährige Arbeit mit maxiDoc in meiner Praxis. Wir freuen uns über jeden Unterstützer für dieses Projekt, das aus der Arztpraxis heraus für Patient und Arzt entwickelt wurde.

Mit kollegialem europäischem Gruß

Dr. Franz Tenbrock

Praxis@Dr-Tenbrock.de

Regelmäßige Zustelldienste durch öffentliche Apotheken gesetzwidrig

von Markus Lechner

Ausnahmsweise – weil in einem Disziplinarverfahren von einem disziplinar bestraften öffentlichen Apotheker angerufen – konnte sich der Verfassungsgerichtshof zur Zulässigkeit von regelmäßigen Zustelldiensten von öffentlichen Apothekern äußern. Der Entscheidung des VfGH B 1418/07 vom 11. März 2009 lag nachstehender Sachverhalt zu Grunde:

Mit Bescheid vom 26. April 2006 verhängte der Disziplinarrat der Österreichischen Apothekerkammer über einen öffentlichen Apotheker wegen des Disziplinarvergehens nach §39 Abs1 Z2 Apothekergesetz 2001 (Verletzung von Berufspflichten) die Disziplinarstrafe des schriftlichen Verweises und verpflichtete ihn zum Ersatz von pauschalen Verfahrenskosten, weil er als verantwortlicher Leiter seit dem Jahre 2003 auf Grund von Bestellungen per Fax durch den betriebsärztlichen Dienst einer Firma an diesen ein- bis zweimal wöchentlich Arzneimittel zugestellt hat.

Der gegen diesen Bescheid erhobenen Berufung wurde mit Bescheid des Disziplinarberufungssenats beim Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend vom 7. März 2007 keine Folge gegeben. Zusätzlich zum Pauschalkostenersatz für das Verfahren erster Instanz wurde der öffentliche Apotheker zum Ersatz der Kosten des Berufungsverfahrens verpflichtet.

Im Verfahren vor dem VfGH argumentierte der öffentliche Apotheker u. a. damit, § 8a Apothekengesetz lasse Zustelldienst zu.

Dem widersprach das Höchstgericht mit folgender Begründung:

„Gegen das Verbot eines regelmäßigen Zustelldienstes an sich hegt der Verfassungsgerichtshof keine Bedenken. Die Feststellungen der Berufssitte führen diesbezüglich nämlich auf Verordnungsebene bloß aus, was sich grundsätzlich bereits aus dem Gesetz ergibt. Insbesondere aus den §§6 und 8 des Apothekergesetzes ist ableitbar, dass der Apothekerberuf in einer im Vorhinein festgelegten Betriebsstätte (Verkaufsräumlichkeiten) auszuüben ist und mit Betriebszeiten und der Pflicht zur persönlichen Anwesenheit des Apothekers einhergeht. Diesen Regelungen liegt der Gesetzeszweck zugrunde, dass bei der Abgabe von Arzneimitteln und anderen in Apotheken erhältlichen Produkten grundsätzlich die Möglichkeit der persönlichen Beratung durch einen Apotheker bestehen soll. Hinsichtlich verschreibungspflichtiger Arzneimittel verlangt §1 Abs5 Rezeptpflichtgesetz zudem ausdrücklich die Abgabe „in“ Apotheken. Die vom Beschwerdeführer ins Treffen geführte Regelung des §8a Apothekengesetz, die die Zustellung von „dringend benötigten Arzneimitteln an Patienten“ innerhalb des in §10 Abs3 und 4 Apothekengesetz genannten Umkreises ausdrücklich erlaubt, ist vor diesem Hintergrund offensichtlich als Ausnahmeregelung zu verstehen, zumal ihr kein selbständiger Sinn zukäme, wenn bereits die übrigen Bestimmungen des Apothekengesetzes von einer Zulässigkeit von Zustellungen ausgingen. Angesichts dessen unterstreicht §8a Apothekengesetz als Sonderregel



Mag. Markus Lechner

mit sachlich und territorial eng begrenztem Anwendungsbereich geradezu die Zielrichtung des Gesetzes, Zustellungen (und damit auch regelmäßige Zustelldienste) grundsätzlich auszuschließen.“

Damit hat der VfGH – wie unter Fachleuten ohnehin unstrittig – das Verbot regelmäßiger Zustelldienste von öffentlichen Apotheken untermauert. Nur wenn Medikamente im Einzelfall dringend benötigt werden, können diese auch zugestellt werden (Ausnahmeregelung des § 8a Apothekengesetz).

Damit ist aber auch klargestellt, dass regelmäßige Zustellungen von Medikamenten an Alters- und Pflegeheime, wie sie mancherorts beobachtet werden können, gesetzlich unzulässig sind und überdacht werden müssen. Insbesondere die solche Alters- und Pflegeheime betreuenden Allgemeinmediziner sind aufgerufen, derartige gesetzwidrige Praktiken der zuständigen Bezirkshauptmannschaft oder der Österreichischen Apothekerkammer anzuzeigen.

Mag. Markus Lechner, Rechtsanwalt

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

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: CIALIS 2,5 (5) [10] [20] mg Filmtabletten. **2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jede Tablette enthält 2,5 (5) [10] [20] mg Tadalafil. Sonstige Bestandteile: Jede Filmtablette enthält 92 (127) [179] [245] mg Lactose-Monohydrat. Die vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile siehe Abschnitt 6.1. **4.1 Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung der erektilen Dysfunktion. Tadalafil kann nur wirken, wenn eine sexuelle Stimulation vorliegt. CIALIS ist nicht angezeigt zur Anwendung bei Frauen. **4.3 Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. In klinischen Studien wurde gezeigt, dass Tadalafil die blutdrucksenkende Wirkung von Nitraten verstärkt. Dies wird auf eine gemeinsame Wirkung von Nitraten und Tadalafil auf den Stickstoffmonoxid / cGMP-Stoffwechsel zurückgeführt. Daher ist die Anwendung von CIALIS bei Patienten kontraindiziert, die organische Nitrate in jeglicher Form einnehmen (siehe Abschnitt 4.5). Männer mit kardialen Erkrankungen, denen von sexueller Aktivität abgeraten wird, sollten Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion – einschließlich CIALIS – nicht verwenden. Ärzte müssen das potentielle kardiale Risiko einer sexuellen Aktivität bei Patienten mit einer vorbestehenden kardiovaskulären Erkrankung berücksichtigen. Die folgenden Patientengruppen mit Herz-Kreislauf-Erkrankung waren in klinische Studien nicht eingeschlossen und daher ist die Anwendung von Tadalafil kontraindiziert: • Patienten mit Herzinfarkt während der vorangegangenen 90 Tage, • Patienten mit instabiler Angina pectoris oder einer Angina pectoris, die während einer sexuellen Aktivität auftrat, • Patienten mit Herzinsuffizienz Schweregrad II oder höher nach New York Heart Association (NYHA) während der letzten 6 Monate, • Patienten mit unkontrollierten Arrhythmien, Hypotonie (< 90/50 mm Hg) oder unkontrollierter Hypertonie, • Patienten mit einem Schlaganfall während der vorangegangenen 6 Monate. Bei Patienten, die aufgrund einer nicht arteriellen anterioren ischämischen Optikusneuropathie (NAION) ihre Sehkraft auf einem Auge verloren haben, ist Tadalafil kontraindiziert, unabhängig davon, ob der Sehverlust mit einer vorherigen Einnahme eines PDE5-Hemmers in Zusammenhang stand oder nicht (siehe Abschnitt 4.4). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion (ATC Code G04BE). **6.1 Liste der sonstigen Bestandteile:** Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, Croscarmellose-Natrium, Hypromellose, mikrokristalline Cellulose, Natriumdodecylsulfat, Magnesiumstearat. Filmüberzug: Lactose-Monohydrat, Hypromellose, Triacetin, Titandioxid (E171), Talkum. Filmüberzug 2,5 mg: Eisen (III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172), Eisen (III)-oxid (E172). Filmüberzug 5, 10 & 20 mg: Eisen (III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172). **7. INHABER DER ZULASSUNG:** Eli Lilly Nederland B.V., Grootslag 1-5, NL-3991 RA Houten, Niederlande. NR, Apothekenpflichtig. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Kurzfachinformation: Oktober 2007