

# Brief des Präsidenten

## Geschätzte Frau Kollegin, geschätzter Herr Kollege!

**F**ür den Novemberbrief an Sie ging mir vielerlei durch den Kopf, eine Presse-Präsentation der E-card-Gesellschaft aber ließ mich alles wieder vergessen. Unter dem Titel „die e-card kann mehr“ neues Service und Ausblick, präsentierte die SVC (Sozialversicherungs Chipkarten Betriebs und Errichtungsgesellschaft) neuerdings mit dem Untertitel „designing e-health“ neue Erfolgsfolien. Sie zeigen deutlich, dass ein Irrweg unbeirrt von Einwänden weiter beschritten und als Erfolgsweg dargestellt wird.

Die ersten Folien präsentieren „Zahlen und Fakten“: Zahlen zweifelsohne: die Zahl der in Umlauf befindlichen e-cards, die Ärzte mit e-card-Anschluss, Konsultationen pro Monat, die Höchstzahl von Konsultationen an einem Tag... wo aber sind die Fakten? Ohne auch nur einen zaghaften Blick in Richtung Qualität zu riskieren beeindruckten sich die SVC-Manager selbst mit Quantitäten. Jetzt können auch Krankenanstalten, wie seit Jahren niedergelassene ÄrztInnen „qualitätsgesicherte Versicherungsdaten online abfragen“.

Wir wissen, dass davon keine Rede sein kann. Ich selbst, durch Turbulenzen rund um den burgenländischen Gemeindefarmer zum Versicherungswechsel von BVA zu BGKK gezwungen, zahlte bereits meine Beiträge an die Gebietskrankenkasse und wurde von meiner e-card immer noch (6 Wochen lang) als BVA versichert geoutet. Schwerwiegender als solche Laschheit in Einzelfällen ist die systemimmanente Leugnung des Versicherungsschutzes für mitversicherte Hinterbliebene, solange die Witwen/Witwerpension nicht ausgerechnet ist, die Leugnung des Versicherungsschutzes für Pensionsvorschussbezieher, bis zum letzten Tag des Monats, an dem ihnen der Pensionsvorschuss ausbezahlt wird oder die Inexistenz Neugeborener, wovon unsere pädiatrischen KollegInnen ein Lied singen können. Für all diese Pannen stehen unsere Ordinationsangestellten bereit, nicht die SVC, die uns in solchen Fällen über ihre Hotline an die Landesgebietskrankenkasse verweist.

Nicht minder gepriesen wird in der Jubelpräsentation das ABS - jetzt auch in Krankenanstalten - als „durchgängiger EDV-gestützter Bewilligungsprozess“. Wenn schon Zahlen allüberall, hätte auch das Verhältnis zwischen Bewilligungen und Ablehnungen interessiert.

### ABS ist das systematisierte Misstrauen den Verschreibern gegenüber.

Was kann bitte der Vertragsarzt nicht lesen, was der Chefarzt lesen kann? EKO schreibt unmissverständliche Richtlinien fest! Letzte Woche erhielt ich von der Universitätsklinik ein Rezept über ein zu importierendes, in Österreich noch nicht im Handel befindliches, Medikament mit der Bitte, das Bewilligungsverfahren abzuwickeln. Das wäre der Fall wo der Kontakt zum Chefarzt unbedingt nötig ist. Nur: mit einem Arzneimittel, das nicht in irgendeiner Form im Erstattungskodex steht, können Sie keinen Kontakt zum Chefarzt knüpfen. Da loben sie plötzlich das datenschutzrechtlich illegal benützte Faxgerät. Wer Datentransfer mit Information und Information mit Kommunikation verwechselt wird vom ABS beeindruckt sein, wer aber manchmal tatsächlich mit dem Chefarzt ein Gespräch wünscht, wird das ABS als elektronische Schranke und Zurückweisung jeglichen individuellen Bedürfnisses erleben. Die magischen und geradezu lächerlichen 5 Minuten Antwortzeit dienen auch in dieser Präsentation einmal mehr als Qualitätsargument.

Ein zukunftsfroher Blick in Richtung e-Überweisung wird uns geboten. Bessere Lesbarkeit als Qualitätskriterium ist wohl an Banalität kaum zu überbieten. Außer man meint „bessere Lesbarkeit der Überweisung für die Gesundheitsbürokratie“. Noch bevor der zugewiesene Patient den entsprechenden Fachkollegen ansteuert, kann die Kontrolle beginnen. Wo geht er hin, wann geht er hin, geht er überhaupt, ist er gar unverlässlich.....? Was ist mit den Überweisungen, die wir zur Sicherheit mitgeben? „Wenn ihr Husten in drei Tagen nicht überzeugend besser geworden ist, gehen sie bitte zum Lungenröntgen...“ Wie wird die kontrollwütige Obrigkeit das fehl interpretieren?

Medizinische Informationen sollen „einheitlich übermittelt“ werden. Psychosomatik ist offenbar kein Zweig von e-health. Die gleich zu codierende Krankheit kann bei zwei verschie-



denen Menschen höchst unterschiedliche Patientenkarrieren verursachen. Vereinheitlichung war noch nie ein Qualitätskriterium ärztlichen Handelns. Die e-card kann mehr. Sie führt das medizinische Verständnis zurück ins vorige Jahrhundert.

Angepriesen wird weiters die elektronische Abwicklung der Gesundenuntersuchung, ab April 2009 verpflichtend für alle Vertragspartner. Die Patientendaten werden beim Absenden in der GINA-Box des Vertragsarztes „verschlüsselt“. Werden sie anonymisiert, werden sie pseudonymisiert, werden sie rückführbar pseudonymisiert? Wer fragt schon solche Kleinlichkeiten, wenn es doch um den großen Fortschritt geht, den großen Schritt fort vom geschützten Arzt-Patientenverhältnis hin zur durchgängig EDV-gestützten Krankheitsverwaltung.

Natürlich auch Krankenstandsverwaltung. Jeder von uns hat sich schon an der Möglichkeit für unsere Patienten gefreut, den Krankenstand selbst per Internet abzumelden. Bitte ausprobieren! Das ist ausbaufähig, und abaufähig! Abbau der Kontrolloren, die uns bis dato zweimal pro Woche in der Ordination besuchen und dem bürokratischen Apparat Gebietskrankenkasse wenigstens für ein paar Minuten ein menschliches Gesicht geben. Ist das effizient, ist das womöglich nicht einheitlich, menschlich individuell...? Kommunikation statt Datenaustausch? Fünfunddreißig Oberösterreichische Ordinationen kommen schon ohne Menschlichkeit bei der Krankenstandsadministration aus, österreichweiter roll-out geplant.

Natürlich darf die Rezeptgebührenobergrenze nicht fehlen. REGO im EDV-Sprech. Eine prinzipiell begrüßenswerte Sache, schwierig zu administrieren bei bettlägerigen Patienten, die zu Hause besucht werden und für die mit der o-card nachgesteckt wird. Hier ist der Einfallsreichtum des Vertragsarztes gefordert, der schon anlässlich der Umstellung des Formularwesens

auf einheitliche weiße A4 Blätter trainiert werden konnte. Welche Formulare werden bei Visiten verwendet? Wieder eine läppisch kleinliche Frage gegen den unaufhaltsamen Fortschritt.

„Das Paradigma vom besonderen Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist im Zeitalter von e-health zu hinterfragen“ formulierte der Reformdenker Sektionschef Dr. Clemens Auer. Die SVC trägt diesen Gedanken mit. „designing e-health“ hat sie als Programm auf ihre Fahne geheftet. Was also können wir von ihr erwarten?

Ihr Christian Euler

## Sehr geehrte Frau Kollegin! Sehr geehrter Herr Kollege!

**F**ür die tägliche Arbeit in der Praxis ist eine kontinuierliche und permanente Aus- und Weiterbildung notwendig und für uns Ärzte eine Selbstverständlichkeit. In letzter Zeit wurde vermehrt sowohl die Qualität als auch die Quantität sowie auch die Kontrolle des Aus- und Fortbildungsstandes von Ärzten kritisiert.

Die Österreichische Gesellschaft für Infektionskrankheiten (ÖGI; [www.oeginfekt.at](http://www.oeginfekt.at)) nimmt nun den 1. Europäischen Antibiotikakongress zum Anlass, einen anonymen Fragebogen zur Erhebung des Bedarfes an infektionsspezifischen Fortbildungen zu erheben. Der Sinn dieser flächendeckenden Fragebogenaktion besteht darin, das Angebot an den konkreten Bedarf an Fort- und Ausbildungsveranstaltungen zu adaptieren. Der richtige Umgang mit Antibiotika ist schon von Beginn der ärztlichen Ausbildung an ein eminent wichtiger Punkt, um rechtzeitig gegen den weiteren Anstieg resistenter Erreger bzw. den stetigen Veränderungen der krankheitsauslösenden Keime (z. B. im Sinne der Antibiotikaresistenzentwicklung) kalkuliert begegnen zu können.

Im Fragebogen sind teilweise äußerst schwere Fragen vorhanden und es ist vorgesehen, dass nicht jede Frage sofort beantwortet werden kann. Wir haben den Fragebogen zu Testzwecken vorab einigen niedergelassenen Allgemeinmedizinern vorgelegt. Bei einigen Fragen fühlten sie sich sehr sicher, andere konnten aus der Logik heraus beantwortet werden, einige waren „Neuland“. Bitte füllen Sie diesen Testbogen „ohne Rücksicht auf Verluste“ spontan, und ohne vorheriges Nachlesen aus.

Nur so erfahren wir Ihren augenblicklichen Wissensstand, je nach Vorgeschichte in Bezug auf Fortbildung, beruflich alltäglicher Anforderung, Interessenslage etc. Außerdem ist die Prozedur dann rasch in 10 bis 15 Min erledigt. Die Aktion ist nicht von der pharmazeutischen Industrie gesponsert, sondern die Kosten für die Aktion werden zu 100 Prozent von Österreichische Gesellschaft für Infektionskrankheiten getragen. Aus diesem Grund steht auch kein Werbebudget zur Verfügung, das es uns erlaubt, hinausgehend über diese motivierenden Zeilen um eine rege Teilnahme zu bitten.

Die Fragebogenaktion wird unter AllgemeinmedizinerInnen, TurnusärztInnen und Adressaten der Veranstaltungsreihe „Giftiger Dienstag“ – „Giftiger Samstag“ durchgeführt. Daher ist zur Unterscheidung der teilnehmenden Adressaten die Verwendung eines Codes notwendig. Wir ersuchen Sie den Code „ru06“ für Allgemeinmediziner in das vorgesehene Feld einzutragen.



Dr. Florian Thalhammer

Die Anonymität bleibt trotzdem absolut gewahrt! Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und senden Sie ihn anschließend an die Faxnummer +43-2252-89004015. Der Fragebogen kann auch unter [www.medical-tribune.at](http://www.medical-tribune.at) anonym online (bevorzugt, da die Auswertung erleichtert ist) ausgefüllt werden.

Wir ersuchen Sie um Ihre Teilnahme an dieser anonymen Fragebogenaktion und hoffen, dass das Ausfüllen des kleinen Fragebogens nicht zu viel Arbeit verursacht, und würden uns über eine rege Teilnahme freuen. Für jeden vollständig ausgefüllten Fragebogen werden 2 DFP-Punkte anerkannt, wenn 2/3 der Fragen richtig beantwortet sind.

Ab Weihnachten steht dann die Auflösung im Internet unter der Adresse [www.oeginfekt.at](http://www.oeginfekt.at) zur Verfügung!

Danke für ihre Teilnahme und Mithilfe! →

Mit kollegialen Grüßen Ihr Florian Thalhammer

**Dr. Florian Thalhammer**  
Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Infektionskrankheiten

**Prim. Univ. Doz. Dr. Christoph Wenisch**  
Vorstand der 4. Medizinischen Abteilung mit Infektionskrankheiten, KfJ Wien

**A. Univ.-Prof. Dr. Günter Weiss**  
Kongresspräsident des 3. Österreichischen Infektionskongresses

# Österreichische Gesellschaft für Infektionskrankheiten (ÖGI)

Fragenbogenaktion zu Themen aus der Infektiologie, Mikrobiologie und Tropenmedizin  
zur Bedarfserhebung fachspezifischer Fortbildungsangebote

**BITTE DIE RICHTIGE ANZAHL AN ANTWORTEN ANKREUZEN:  
ES KÖNNEN ZWISCHEN 1 und 4 ANTWORTEN RICHTIG BZW FALSCH SEIN.**

1. Die Übertragung von HIV	
a)	ist möglich durch den Kontakt mit eingetrockneten Sekreten
b)	wird erleichtert durch gleichzeitig bestehende STDs
c)	ist abhängig von der Höhe der Viruslast
d)	ist beim vaginalen Verkehr für Männer mit einem höheren Risiko behaftet als für Frauen
e)	auf das Ungeborene ist bei Sectio wahrscheinlicher als bei vaginaler Entbindung

2. Für die Postexpositionsprophylaxe (PEP) gilt, dass	
a)	der HIV Status der Indexperson wegen der zu erwartenden Nebenwirkungen unbedingt vor Einleitung der PEP vorliegen muss
b)	nach wie vor eine Monotherapie mit Zidovudin ausreichend ist
c)	sie bei ungeschütztem oralen Geschlechtsverkehr mit Aufnahme von Sperma anzubieten ist
d)	sie innerhalb von 2 Stunden nach Exposition begonnen werden sollte
e)	sie auch 72 Stunden nach Exposition angeboten werden soll

3. In einem Kindergarten erkranken innerhalb von 2 Tagen 6 Kinder im Alter von 1 bis 2 Jahren an Erbrechen und Durchfall. Zusätzlich leiden die Kinder an Husten und Schnupfen.	
a)	Es besteht der Verdacht auf Shigelleninfektion. Die erkrankten Kinder sollten umgehend eine antibiotische Therapie erhalten.
b)	In dieser Symptomkonstellation ist die virale Genese (Rotaviren, Enteroviren) des Durchfalls am Wahrscheinlichsten. Die wichtigsten Maßnahmen sind ausreichende Flüssigkeitszufuhr und Einleitung von Hygienemaßnahmen.
c)	Sobald die erkrankten Kinder symptomfrei sind, können sie wieder den Kindergarten besuchen.
d)	Eine Infektionsgefahr für Erwachsene besteht nicht.
e)	Bei Rotavireninfektionen im Kindesalter ist eine sofortige Impfung mit einem Rotaimpfstoff angezeigt.

4. Ein Patient, der vor 3 Jahren eine Hüftendoprothese links implantiert bekam, leidet an einer akuten Salmonellenerkrankung mit Fieber von 38.5°C, Erbrechen, Hypokaliämie, CRP 32 U/mL (Normalwert 0.5 U/mL). Die Stuhlkultur war positiv, die Blutkultur negativ. Welche therapeutischen Massnahmen werden gesetzt?	
a)	Rehydratation
b)	Rehydratation plus Antiemetikum
c)	Rehydratation plus Antibiotikum
d)	Rehydratation plus Antiemetikum und Antibiotikum
e)	Lopiramid und Antibiotikum

5. Eine Patientin kommt von ihrem Afrikaurlaub mit Durchfall zurück. In der Stuhlanalyse wurden Zysten von Entamoeba histolytica nachgewiesen, der Leberultraschall ist unauffällig. Die Therapie der Wahl ist	
a)	symptomatische Therapie, da selbstlimitierend
b)	Metronidazol
c)	Ciprofloxacin
d)	Diloxanidfuroat
e)	Paromomycin

6. Welche Parameter dienen NICHT zur Risiko bzw Schweregradeinschätzung bei Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie?	
a)	Lebensalter
b)	C-reaktives Protein
c)	Blutdruck
d)	BUN
e)	Leukozyten

7. Welche Aussagen sind zum Legionellen-Harnantigen Test richtig?	
a)	Ein positives Legionellen-Harnantigen ist bei einer frischen Pneumonie beweisend.
b)	Bei erfolgreicher Antibiotikatherapie verschwindet das positive Legionellen-Harnantigen.
c)	Es werden mit dem Harnantigen alle Legionellen erfasst.
d)	Bei einem positiven Legionellen-Harnantigen muss immer eine Antibiotikatherapie eingeleitet werden.
e)	Das Legionellen-Harnantigen hat eine hohe Spezifität und Sensitivität.

8. Bei einer Legionellenpneumonie (typischer Anamnese, positiver Harnantigenschnelltest) lautet die antimikrobielle Therapie der 1. Wahl	
a)	Levofloxacin
b)	Amoxicillin/Clavulansäure
c)	Moxifloxacin
d)	Meropenem
e)	Josamycin

9. Eine 35-jährige Patientin wird mit einer schweren, mikrobiologisch gesicherten Pneumokokkenpneumonie aufgenommen. Im Aufnahme-Lungenröntgen findet sich ein vier Finger breiter Pleuraerguss. Welche der folgenden Therapieempfehlungen ist die beste?	
a)	Penicillin G 3 x 10 Mio U i.v. und keine Pleurapunktion notwendig
b)	Azactam 3 x 2.0 g i.v. und Pleurapunktion notwendig
c)	Ciprofloxacin 2 x 600 mg i.v. und keine Pleurapunktion
d)	Ceftazidim 3 x 2.0 g und Pleurapunktion
e)	Amoxicillin/Clavulansäure 3 x 2.2 g i.v. und Pleurapunktion

10. Die empirische Therapie bei Verdacht auf ESBL bildenden Erreger besteht in der Gabe von welchen Antibiotika?	
a)	Amoxicillin/Clavulansäure
b)	Ceftriaxon
c)	Doxycyclin
d)	Ertapenem
e)	Levofloxacin

11. Ein Patient kommt mit einem positiven Chlamydia pneumoniae – Serologie Befund (IgA und IGM positiv). Aufgrund des Befundes ist folgendes Procedere FALSCH:	
a)	Der Befund hat keine therapeutischen Konsequenzen, regelmässige Kontrollen werden empfohlen.
b)	Der Befund hat keinen pathognomonischen Wert.
c)	Der Patient hat eine Chlamydien-Infektion und muss mit Antibiotika behandelt werden.
d)	Dem Patienten wird Clarithromycin 1 x 500 mg p.o. für drei Wochen verschrieben.
e)	Die Chlamydien-Serologie muss kontrolliert werden, bei einem weiteren positiven Befund ist eine antimikrobielle Therapie notwendig.

12. Welche der angeführten Interaktionen besteht wirklich?	
a)	Ciprofloxacin und Digitalis
b)	Clarithromycin und Atorvastatin
c)	Doxycylin und Milchprodukte
d)	Moxifloxacin und Simvastatin
e)	Trimethoprim und Marcoumar

13. Eine 45-jährig Patientin kommt nach Zeckstich mit einem Erythema migrans in die Ordination. Welche der Aussagen ist FALSCH?	
a)	Die Patientin erhält Doxycylin 1 x 200 mg p.o. über zwei Wochen.
b)	Eine Titerverlaufskontrolle nach Beendigung der Therapie ist notwendig.
c)	Eine Antibiotikatherapie darf nur bei positiver Borrelienserologie verschrieben werden.
d)	Eine Antibiotikatherapie wird unabhängig von einer positiven Borrelienserologie verschrieben.
e)	Die Patientin erhält Roxithromycin 1 x 300 mg p.o. über zwei Wochen.

14. Ein fieberhafter Patient mit einem ausgeprägten Erysipel am rechten Unterschenkel soll antibiotisch behandelt werden. Welche Aussage ist FALSCH?	
a)	Das Erysipel wird durch Staphylokokken und Streptokokken hervorgerufen, weshalb der Patient Flucloxacillin und Penicillin G erhalten soll.
b)	Pseudomonas aeruginosa ist häufig der Leitkeim, die Therapie der Wahl daher Piperacillin.
c)	Das Erysipel ist ausschliesslich durch Staphylokokken bedingt, die Therapie daher Clindamycin.
d)	Bei resistenten $\beta$ -hämolisierenden Streptokokken werden moderne Chinolone wie Moxifloxacin eingesetzt.
e)	Das Erysipel ist immer durch Streptokokken verursacht und beste Therapie dafür ist Penicillin G.

15. Ein 55-jähriger Patient sucht mit einer akuten Bronchitis ärztliche Hilfe. Welche der nachfolgenden Antworten ist korrekt?	
a)	Bei der Therapie der akuten Bronchitis sollten immer Antibiotika eingesetzt werden, die gegen Mycoplasmen, Chlamydien und Pertussis wirksam sind.
b)	Die Vitamin C Gabe verbessert das Behandlungsergebnis bei der Therapie der akuten Bronchitis im selben Ausmass wie Azithromycin.
c)	Mehrere große Metaanalysen beweisen die Sinnhaftigkeit der antibiotischen Therapie bei jeglicher Form der akuten Bronchitis.
d)	Routinemässig sollten keine Antibiotika bei akuter Bronchitis eingesetzt werden, da es sich in den meisten Fällen um eine virale Infektion handelt.
e)	Bei durch Adenoviren verursachter Bronchitis soll der Patient Amantadin erhalten.

16. Eine 21-jährige Patientin mit einer schweren Zystitis muss antibiotisch behandelt werden. Es bestehen keine Resistenzen. Welche Therapie ist korrekt?	
a)	Norfloxacin 2 x 400 mg p.o. 2 Tage
b)	Levofloxacin 1 x 500 mg p.o. Single-Shot
c)	Trimethoprim 1 x 400 mg p.o. 3 Tage
d)	Fosfomycin-Trometamol 1 x 3 g p.o. Single-Shot
e)	Ciprofloxacin 2 x 250 mg 3 Tage

17. Welche Aussagen zum Impfwesen sind FALSCH?	
a)	Lebendimpfstoffe können mit Totimpfstoffen gleichzeitig verabreicht werden.
b)	Lebendimpfstoffe können gleichzeitig in beliebiger Zahl verabreicht werden.
c)	Nach Lebendimpfung ist ein Abstand von 4 Wochen für einen Totimpfstoff notwendig.
d)	Auch nach Totimpfstoffen ist ein Abstand von 4 Wochen notwendig.
e)	Nach Lebendimpfung ist ein Abstand von 4 Wochen für die nächste Lebendimpfstoffgabe notwendig.

18. Ein Patient hatte vor 40 Stunden einen Zeckenstich und kommt nun in die Ordination. Da der Patient keine FSME-Impfung bislang erhalten hat, ist folgendes Procedere FALSCH:	
a)	Sofortige Gabe eines FSME-Immunglobulins.
b)	Sofortige Impfung mit einem FSME-Lebendimpfstoff.
c)	Sofortige Impfung mit einem FSME-Totimpfstoff.
d)	Observanz und FSME-Impfung in vier Wochen.
e)	Titerbestimmung und gleichzeitige Impfung.

19. Es trat ein Fall einer Meningokokkenmeningitis in der Schule auf. Welche Personengruppe sollen eine antimikrobielle Prophylaxe erhalten:	
a)	Die Mutter des Kindes, da es sich täglich mindestens 5 Stunden mit dem Kind im selben Raum aufhielt.
b)	Alle Kinder der Schulklasse.
c)	Alle Kinder der Schulklasse, wenn mindestens 2 Meningitisfälle aufgetreten sind.
d)	Der Grossvater, der vor einer Woche vom Enkelsohn für drei Stunden besucht wurde.
e)	Das gesamte Personal der Krankenstation, wo das Kind aufgenommen wurde.

20. Bei einem 5-jährigem Mädchen besteht der Verdacht auf eine Pneumokokkenmeningitis. Welche Antwort zu Dexamethason ist richtig?	
a)	Dexamethason wird vor der ersten Antibiotikagabe verabreicht.
b)	Dexamethason ist kontraindiziert, da die Sepsis durch Cortisongabe aggraviert.
c)	Dexamethason darf ausschliesslich bei Pneumokokken gegeben werden und ist bei Meningokokken kontraindiziert.
d)	Dexamethason kann unabhängig von der Liquorpunktion gegeben werden.
e)	Dexamethason kann auch nach der ersten Antibiotikagabe noch gegeben werden.

21. Eine 56-jährige Patientin mit einem Diabetes mellitus hat den dritten Harnwegsinfekt innerhalb von drei Monaten mit E. coli. Sie soll eine empirische Therapie erhalten. Welche Aussage ist FALSCH?	
a)	E. coli ist immer gegen Levofloxacin, Trimethoprim oder Amoxicillin empfindlich.
b)	Die Resistenzrate von E. coli gegenüber Fosfomycin-Trometamol ist niedriger als gegenüber Ciprofloxacin.
c)	Amoxicillin oder Amoxicillin/Clavulansäure weisen die selbe Resistenzrate auf.

d)	Nitrofurantoin wirkt nicht gegenüber E. coli.
e)	Die höchste Aktivität gegen E. coli bei Harnwegsinfektionen hat Linezolid.

**22. Der häufigste Erreger einer akuten bakteriellen Meningitis beim Erwachsenen ist**

a)	Streptococcus pneumoniae
b)	Haemophilus influenzae
c)	Listeria monocytogenes
d)	Staphylococcus aureus
e)	Escherichia coli

**23. Welche Aussagen zur Clostridium difficile-assoziierten Diarrhoe (CDAD) ist richtig?**

a)	Jeder Patient mit einem Clostridium difficile-positiven Stuhl muss behandelt werden.
b)	Ein positiver Toxin-Test bei einem Patienten mit Diarrhoe ist beweisend für eine floride CDAD.
c)	Die Antibiotikagebe muss bis zum Erhalt von drei Toxin-negativen Stühlen durchgeführt werden.
d)	Die Händedesinfektion verhindert die Übertragung von C. difficile.
e)	Fusidinsäure kann nicht oral zur CDAD-Therapie eingesetzt werden.

**24. Ein 47-jähriger Patient war in Uganda auf Urlaub. In Wien kam er mit Fieber, Schüttelfrost und Durchfall an. Kein Exanthem. Im Labor findet sich eine Thrombocytopenie sowie eine LDH-Erhöhung. Es ist Freitag-Abend. Wie lautet Ihre Entscheidung?**

a)	Virusinfektion, Observanz, Kontrolle am Montag
b)	Klassische Reisediarrhoe, symptomatische Therapie
c)	Verdacht auf Dengue-Fieber
d)	Verdacht auf Malaria, Kontrolle mit Dickem Tropfen am Montag
e)	Sofortiger Ausschluss einer Malaria

A Sie sind	
a)	Männlich
b)	Weiblich

B Ihr Alter ist	
a)	25 – 34
b)	35 – 44
c)	45 – 54
d)	55 – 64
e)	≥ 65

C Sie sind	
a)	Turnusarzt in Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin
b)	Turnusarzt in Ausbildung zum Facharzt für
c)	Arzt für Allgemeinmedizin/Praktischer Arzt
d)	Facharzt für

D Sie arbeiten	
a)	in der Ordination
b)	im Krankenhaus (freiwillige Angabe: KH)
c)	im Ambulatorium

E Sie sind daheim in	
a)	Wien
b)	Niederösterreich
c)	Burgenland
d)	Oberösterreich
e)	Steiermark
f)	Tirol
g)	Salzburg
h)	Vorarlberg
i)	Kärnten

F Sie besuchen regelmäßig infektiologische Fortbildungsveranstaltungen:	
a)	Ja – 1-2x/Jahr
b)	Ja – 2-4x/Jahr
c)	Ja – mehr als 5x/Jahr
d)	Nein – da Literaturstudium ausreichend
e)	Nein – da kein Bedarf
f)	Nein – da kein Interesse an infektiologischen Fragestellungen

G Kennen Sie einige der nachstehenden infektiologischen Fortbildungsangebote?	
a)	ABS – Antibiotic Stewardship
b)	Giftiger Dienstag – Giftiger Samstag
c)	Österreichische Infektionskongress
d)	andere

H Code	
--------	--

Den ausgefüllten Fragebogen bitte an die Österreichische Gesellschaft für Infektionskrankheiten per Fax +43-1-25 33033 2425 schicken.

**Danke für Ihre Mitarbeit**

Die Österreichische Gesellschaft für Infektionskrankheiten.

# „Marketing by Law“

## Lesen Sie als Erklärung dieses Begriffes einen kurzen Mailverkehr

von Christian Euler

**E**nde Oktober erreichte die burgenländischen Vertragsärzte ein Rundschreiben der BGKK. Darin nimmt der Leiter der Abteilung Behandlungsökonomie, DI Berthold Reichardt, anlässlich der Einführung von Losartan- und Pantoprazol-Generika zum Begriff „marketing by Law“ wie folgt Stellung:

Immer öfter argumentieren die betroffenen Höchstpreisanbieter, dass ihr Patentschutz durch Generika-Anbieter verletzt würde. Die Europäische Kommission, Generaldirektion Unternehmen und Industrie, stellt in einem Antwortschreiben an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger klar, dass bei Patentstreitigkeiten die nationalen Behörden keinesfalls das Erstattungsverfahren aussetzen dürfen. Die BGKK hat daher auf die Effizienzsteigerung durch Generika hinzuweisen, für die Vertragspartner gelten die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise. Rechtsstreitigkeiten zwischen pharmazeutischen Unternehmen sind bei den zuständigen Gerichten zu klären.

### Der Vertragsarzt Christian Euler wollte es genauer wissen:

Sehr geehrter Herr Diplomingenieur.

In Ihrer Aussendung vom 20. 10. 08 schreiben sie sehr lässig über ein schon einmal gehabtes Problem und ich möchte doch nachfragen. Abgesehen davon, dass man „Hochpreisanbieter“ auch Anbieter von Originalpräparaten nennen könnte, oder forschende Unternehmen, erwähnen Sie eine Antwort von der Generaldirektion Unternehmen und Industrie der Europäischen Union ohne eine Frage formuliert zu haben. Auch kann ich ihren knappen Zeilen nicht entnehmen, wieso ein nicht Aussetzen eines Erstattungsverfahrens gleichbedeutend ist mit der Erlaubnis, Dinge weiterzugeben oder aber Dritte anzuhalten Dinge weiterzugeben, von denen jemand behauptet, diese Dinge wären sein Eigentum und ihm rechtswidrig entwendet worden. Das riecht ja nach Hehlerei.

So distanziert sehe ich diesbezüglich anhängige Rechtsstreitigkeiten nicht, dass sie uns alle nichts angingen. Die Richtlinien über ökonomische Verschreibweise können Rechtsnormen sicher nicht außer Kraft setzen. Ich hätte da schon gerne eine ausführlichere Erklärung Ihres Standpunktes.

Lieber Gruß aus Rust Christian Euler

### DI. Reichardt kam der Bitte nach.

Sehr geehrter Herr Dr. Euler,  
es freut mich, dass Sie meine Aussendungen gewissenhaft lesen und aktuell auch rückfragen. Nach 20 Jahren Patentlaufzeit mit 10 bis 15 Jahren Verkaufszeit sind vor allem jene Präparate von gene-

rischer Substitution gefährdet, die erfolgreich sind. Durch Verlust von Marktanteilen und Preissenkungen verlieren die Erstanbieter je nach Präparat innerhalb weniger Quartale 50 bis 90 Prozent ihres Umsatzes. Bei umsatzstarken Substanzen mit einem Quartalsumsatz von mehreren Mill. Euro ist daher jede juristische Intervention mit vermarktungshinauszögernder Wirkung auf Generika im Erfolgsfall wirtschaftlich lohnend.

Ein drastisches Beispiel dazu war die Verzögerung der Marktverfügbarkeit von generischem Omeprazol in den USA. Das Verfahren war zwar inhaltlich chancenlos für AstraZeneca, durch die mehrmonatige Verzögerung durch den gerichtlichen Instanzenweg konnten 600 Mill. Dollar zusätzlicher Umsatz gemacht werden. Verständlich, dass Marketing by Law ein erfolgreiches Grundprinzip ist. Die juristische Interventionsmöglichkeit wird durch die Gesetzgebung noch erleichtert. Es laufen derzeit jene Patente aus, die vor 20 Jahren, also lange vor der einheitlichen EU-Gesetzgebung, eingereicht wurden. Dies scheint juristische Unklarheiten zu fördern.

Da es immer wieder Anträge von Generikaanbietern auf Aufnahme in den EKO gibt, die vom Erstanbieter mit Patentschutzargumentation unterbunden werden wollen, hat der Hauptverband eine Anfrage an die Europäische Kommission gestellt, die mit beiliegendem Brief beantwortet wurde. Es wird festgehalten, dass der Hauptverband patentrechtliche Fragen in seinem Aufnahmeverfahren in den EKO nicht berücksichtigen darf. In der Folge ist es meine Aufgabe in der BGKK, auf Themen der Effizienzsteigerung hinzuweisen. Weil rezent 2 umsatzstarke Substanzen generisch verfügbar wurden und beide betroffenen Erstanbieter mit Patentschutzverletzungsbehauptungen argumentieren, habe ich in der Aussendung zu Pantoprazol und Losartan die EU-Kommission zitiert.

Gerne möchte ich eine Frage an Sie zurückgeben. Angenommen, es werden wegen juristischer Bedenken keine Generika von Pantoprazol verordnet und es folgt kein negatives Gerichtsurteil gegen die Generika. Die SV-Träger haben gegenüber einer generischen Substitution bis zum von Nycomed argumentierten Patentablauf im Mai 2009 einen Mehraufwand von 20 Mio. Euro. Wer ist für diesen Mehraufwand verantwortlich und wie kann dieser Mehraufwand in einem sozialen Krankenversicherungssystem argumentiert werden, wo es an vielen Ecken und Enden mangelt? Zahlt dann Nycomed diesen Betrag freiwillig bei den SV-Trägern ein? (See attached file: erstattung\_arzneimittel.tif)

Freundliche Grüße

Berthold Reichardt

Das zitierte Dokument der EU Kommission finden Sie auf unserer Homepage unter „Grundsatzdebatte“

# Auf gute Zusammenarbeit

von Wolfgang Geppert

**I**nitiativen der NÖ Landeskliniken Holding, welche in den hausärztlichen Arbeitsbereich hineinspielen, sind grundsätzlich kritisch zu beleuchten. Die laufende HPV-Impfaktion in den Spitälern des Landes stellt eine Provokation der Niedergelassenen dar und ist damit ein Negativbeispiel für das notwendige Zusammenspiel von Extra- und Intramural. An Hand der Palliativdienste soll gezeigt werden, dass es auch anders gehen kann. Nur ein Miteinander zum Wohl der Schwerkranken kann hier das Ziel sein.

Geht es nach den Prophezeiungen der Zeitung „Österreich“ vom 19.10.2008, dann ist zum Zeitpunkt der Aussendung dieser Ausgabe Mag. Wolfgang Sobotka nicht mehr Finanzlandesrat in NÖ, sondern bereits Gesundheitsminister einer „neuen“ Koalitionsregierung. Sollte die Voraussage nicht eintreffen, so wird ein Aufatmen der Niedergelassenen durchs Land gehen. Obwohl Finanz- und nicht Gesundheitslandesrat, hat sich Mag. Sobotka zur bestimmenden Kraft der NÖ Gesundheitsversorgung entwickelt.

Seine Reformpläne haben bisher primär den Fachkollegen die Gänsehaut aufsteigen lassen, ist er es doch, der in schöner Regelmäßigkeit nach der Etablierung von Facharztordinationen in den NÖ Landeskliniken ruft. Zuletzt hat der Politiker die Liebe zum Gesundheitssystem des Baskenlandes entdeckt und dabei den Umstand gelobt, dass die Spitalsärzte Nordspaniens für die Weiterversorgung der KH-Entlassenen zuständig sind. Allen voran die Kostengünstigkeit des fremdländischen Modells hat es ihm angetan. Anscheinend träumt er davon, die heimatische Hausarztversorgung einem baskischen Kostendämpfer zu unterziehen: „Vor allem die Hausärzte werden sich von gewohnten Strukturen verabschieden müssen.“

So darf es nicht wundern, dass bei jeder neuen Initiative des Landes Misstrauen der Niedergelassenen aufkommt. Selbst bei der Etablierung der Palliativdienste gibt es mulmige Gefühle in der NÖ Ärzteschaft. Versteckt sich unter dem Deckmäntelchen, unheilbar Erkrankte bestmöglich versorgen zu wollen, ein neuer Angriff des Landes auf den extramuralen Sektor? Seit kurzem gibt es einen Palliativkonsiliardienst (PKD) im Landeskrankenhaus Weinviertel Mistelbach (LK Mistelbach). Er ist für die großen Bezirke Gänserndorf und Mistelbach zuständig. Eine Bezirksärztesitzung wurde dafür genutzt, um mit bestmöglicher Information, Ängste abzubauen. Am Beispiel des bereits bestehenden Dienstes in Horn konnte im



Dr. Wolfgang Geppert

Rahmen dieser Abendveranstaltung gezeigt werden, wie Zusammenarbeit funktionieren kann. Im Vorfeld des Informationsabends hat der Leitfaden des Mistelbacher PKD in Flugzettelform für Murren mancher Kollegen gesorgt. Darin wird unter der Rubrik „Leistungsangebot“ den Schwerkranken und ihren Angehörigen eine Betreuung auch außerhalb des Krankenhauses offeriert: „Sie werden auch zu Hause weiter betreut.“

Schnell kann Entwarnung gegeben werden. Oberarzt Dr. Ofenschüssel im Team mit drei diplomierten Fachkräften ist für uns Hausärzte in den Bezirken Gänserndorf und Mistelbach kein unbeschriebenes Blatt. Seit Jahren betreut der Oberarzt die Schmerzambulanz im LK Mistelbach. In dieser Zeit haben wir den Kollegen als äußerst kompetent und kooperativ kennen gelernt. Da gibt es kein Herabblicken auf die Tätigkeiten des Allgemeinmediziners. Auch unsere täglichen Probleme mit chefarztlichen Bewilligungen sind ihm nicht fremd.

Bei der rasanten Entwicklung der Schmerztherapie können wir Hausärzte uns glücklich schätzen, mit dem PKD ein erfahrenes Team zur Seite zu haben. Speziell beim Umgang mit Schmerzpunkten zeige ich persönlich große Unsicherheit. Vor einigen Monaten wurde ich im Wochenendbereitschaftsdienst zu einem Krebspatienten gerufen, dessen Morphiumpumpe streikte. Eine erfahrene Diplomkraft des NÖ Hilfswerk hat mir aus der Patsche geholfen. Damit konnte dem Patienten ein Transport ins Landeskrankenhaus und wieder zurück nach Hause erspart werden.

Auf diese fallweise Unterstützung durch Fachkräfte anderer Organisationen können wir Hausärzte der beschriebenen Region nicht verzichten, denn die Dienste des PKD Mistelbach bleiben vorerst nur auf die Wochentage zwischen 08.00 Uhr und 15.00 Uhr beschränkt.

Palliativteam Mistelbach



Landeskrankenhaus Weinviertel  
**MISTELBACH**  
GÄNSERNDORF



Auf eine gute  
Zusammenarbeit  
freut sich das  
Palliativteam Mistelbach



Palliative Care Team Mistelbach  
palliativteam@mistelbach.lknoe.at

www.mistelbach.lknoe.at

Zur Antwort auf zahlreiche Fragen sei kurz zusammengefasst: Der neue Dienst führt Beratungen durch, optimiert die Schmerztherapie, aber er erbringt keine Pflegeleistungen. Im Gegensatz zu einigen international bekannten Schmerztherapeuten, die uns Hausärzten in schöner Regelmäßigkeit mangelhafte und inkompetente Schmerztherapie vorwerfen, ist Kollege Dr. Ofenschüssel aus anderem Holz geschnitzt.

Er hat Bodenkontakt bewahrt und weiß, dass die optimale Einstellung oft nur mit Mühe zu erreichen ist. Ein Satz seines Vortrages im Rahmen der Bezirksärztesitzung klingt mir noch heute in den

Ohren: „Komplette Schmerzfreiheit können wir Ärzte nur in der Narkose bewirken.“

**Beruhigt dürfen wir Hausärzte im östlichen Weinviertel zwei Nummern in unsere Handys eintippen: PKD Mistelbach Tel. 02572/3341/3004 und 0680/214 73 06. Eine patientenorientierte Zusammenarbeit neuer Art kann beginnen.**

Dr. Wolfgang Geppert

2193 Wilfersdorf, E-Mail: [geppert@aon.at](mailto:geppert@aon.at)

## Praxisübergabe-Praxisübernahme: die Katze beißt sich in den Schwanz

von Peter Pözlbauer

**K**ollegInnen, die sich am Ende eines arbeitsreichen Berufslebens in den wohlverdienten Ruhestand zurückziehen wollen, sehen sich mit einer unangenehmen Tatsache konfrontiert: ihr Betrieb hat keinen materiellen Wert. Es wird ihnen bedeutet, ihre Kassenpraxis sei ihnen lediglich aufgrund eines Vertrages zugestanden, mit dessen Kündigung jegliches Recht erlischt. Dass ein Berufsleben nicht nur aus der Unterschrift unter einem Vertrag besteht, der bestenfalls die Grundlage, nicht aber dessen Inhalt sein kann, wird von offizieller Seite einfach ignoriert.

KollegInnen, die nach einer Turnusausbildung das Jus practicandi und somit die Berechtigung zum Führen einer Kassenpraxis erworben haben, müssen erkennen, dass dem nicht so ist. Vielmehr werden sie gezwungen, einen Punktekatalog zu erfüllen, der mit einem großen Aufwand an Zeit und Geld verbunden ist. Nun mögen Vertretungen in Praxen und eine Notarzausbildung mit daran anschließender praktischer Erfahrung durchaus sinnvoll sein. Aber um das Punktemaximum zu erreichen bedarf es auch Curricula wie etwa Homöopathie u. ä., die den medizinischen Horizont zwar erweitern mögen, jedoch im Rahmen einer Kassenpraxis finanziell nicht umsetzbar sind.

KollegInnen, die am Ende ihres Berufslebens keine Möglichkeit haben, den Wert, den ihre Praxis durch materielle und ideelle Aufwendungen darstellen müsste, vor Gericht geltend zu machen, bleibt nur ein Ausweg: nicht in Pension zu gehen.

KollegInnen, die sich nach Erreichung der für die Führung einer Kassenpraxis notwendigen Punktezahl zum ersten Mal ernsthaft und aussichtsreich bewerben, werden sich

schmerzhaft bewusst, dass die Lebenszeit nicht spurlos an ihnen vorübergegangen ist. Sie haben sich einen Lebensmittelpunkt, sei es ein Haus oder eine Eigentumswohnung, geschaffen. Sie haben eine Familie gegründet und ihre Kinder besuchen bereits Schulen, die diese nicht gerne wechseln wollen. Der Lebenskreis hat sich eingeschränkt.

KollegInnen, seien sie jetzt Übergeber oder Übernehmer einer Kassenplanstelle, sind auf Gedeih und Verderb einer Hearingkommission ausgeliefert, die geheim entscheidet und für ihr Tun niemandem Rechenschaft schuldet.

Bei genauer Betrachtung ist die Hearingkommission das Problem, für dessen Lösung sie sich hält. Seitens der Ärztekammer wurde daher der Antrag gestellt, diese abzuschaffen, was von der NÖGKK postwendend abgelehnt wurde.

Eine nicht absehbare Prozesswelle ist die Folge. Zunächst führten die Umstände, unter denen die Praxisübergabe erfolgte, zu einer Klage gegen die NÖ- Ärztekammer, die in einem Vergleich endete. Weitere Prozesse gegen Kammer und Kasse sind derzeit anhängig.



Dr. Peter Pözlbauer

Trauriger Tiefpunkt dieser Entwicklung ist ein Gerichtsverfahren, das ein pensionierter Kollege gegen einen Kollegen führt, der von der Haeringkommission als Vertragsnachfolger nominiert wurde. Diese an sich schon nicht nachvollziehbare Aktion wird von der Kurie der Niedergelassenen Ärzte finanziell unterstützt, was jeglicher Logik Hohn spricht. Zum Ausgleich dafür wird der beklagte Kollege von der Kammer unterstützt.

Die Aussichten für die Zukunft sind düster. Die Entwicklung im Wohlfahrtsfonds wird zu längeren Lebensarbeitszeiten führen, was die Wartezeit junger KollegInnen zwangsläufig verlängert. Wer kann, wird ins Ausland gehen. Nicht vorrangig aus pekuniären Gründen, sondern vor allem deswegen, weil Ärztinnen und Ärzte in erster Linie dort arbeiten wollen, wo sie Medizin betreiben dürfen und das wird in Österreich mit seinem Deckelungssystem mehr und mehr unmöglich. Auf der Strecke werden diejenigen bleiben, deren Wohl angeblich das Interesse aller ist - die PatientInnen.

# MaxiDoc, eine alternative ELGA

## Aus der Werkstatt eines Allgemeinmediziners zu Händen der PatientInnen

**A**ls ich nach meiner Grußbotschaft beim Berliner e-card-Protesttag der Freien Ärzteschaft im Demonstrationszug vom roten Rathaus zum Brandenburger Tor mitging, sprach mich ein junger Kollege an und berichtete mir von seinem Projekt einer „alternativen Patientenakte.“ Was ich im tausendfachen Pfeifkonzert nur andeutungsweise mitbekam, versuche ich in folgendem Gespräch umfassend zu erfassen:

**Euler:** Geschätzter Kollege Tenbrock, Sie waren so freundlich mich am e-card-Protesttag in Berlin anzusprechen und von ihren Aktivitäten rund um eine ärzte- und patientenfreundliche Patientenakte zu berichten. Wie kamen Sie als niedergelassener Allgemeinmediziner zu diesem Projekt?

**Dr. Franz Tenbrock:** Mein Partner, Herr Finkernagel, hat sich seit 2004 mit der USB Technologie beschäftigt. Zusammen mit seinem Vater, einem Diabetologen, versuchte man Daten auf einem USB Datenträger zu speichern. Man wollte diese Technologie im Ärztenetz breit einsetzen. Aufgrund der unterschiedlichen Softwaresysteme in den Praxen fand man aber keinen Weg für einen geordneten Datenaustausch. Kollege Finkernagel hat im Sommer 2006 in unserem Ärztemitteilungsblatt ein Interview gegeben und diese Technologie erwähnt. Diesen Artikel habe ich im Sommer 2006 gelesen und gleich im Internet recherchiert, was zu finden war.

**Euler:** Hatten Sie so viel technisches Verständnis, dass dieser Bericht ihr Interesse weckte?

**Dr. Franz Tenbrock:** Ich habe vor meinem Medizinstudium über 5 Semester lang Maschinenbau studiert, zu einem Zeitpunkt als die ersten Home-PCs auf den Markt kamen. Wir haben damals viel an den Kisten gelötet und probiert.... Dieser Wissensvorsprung hat mich dann in die Lage versetzt ein Konzept zu entwi-



### Arztsoftware und Patientensoftware, wie wir sie bei unserer täglichen Arbeit sehen.

Die Funktion, wenn wir eine Datei unseres Patienten auf den Datenträger des Patienten laden wollen: Mit Hilfe eines PDF-Druckertreibers wird eine Datei aus unserem eigenen Praxis-EDV-Programm digital gedruckt, die maxiDoc Arztsoftware übernimmt diese Datei, zeigt sie kurz an, damit man sicher ist, dass das Richtige gespeichert wird und verschlüsselt sie. Der Arzt vergibt abschließend einen aussagekräftigen Dokumentennamen und speichert die Datei auf dem Stick durch Klick auf den passenden Schaltknopf (Hausarzt, Facharzt, etc) Selbst bei langen Dokumenten (z. B. 20 Seiten) nimmt der beschriebene Vorgang nur wenige Sekunden in Anspruch, deutlich weniger als tatsächliches Ausdrucken.

ckeln, wie man aus jeglicher Windows Software Daten exportieren kann. Ich habe dann Kontakt zu **Nils Finkernagel** aufgenommen und mich mit ihm mehrmals getroffen. Wir hatten ein gemeinsames Ziel: Verhinderung der e-card und eigene wirtschaftliche Interessen. Kurze Zeit später hat ein Patient von mir eine erste kleine Software programmiert, die auf dem USB Stick gespeichert war. Diese Software erlaubte es, die von mir mittels PDF Schreiber auf dem Stick gespeicherten Berichte, geordnet anzuzeigen. Wir hatten schnell ein Konzept für die Lesesoftware, die ja auf dem USB Stick lauffähig sein sollte.



**Euler:** Welche Maßstäbe legten Sie bei dieser Entwicklung an?

**Dr. Franz Tenbrock:** Diese Software sollte folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Einfache Bedienbarkeit, nur ein Programm, das auf Anhieb bedienbar ist kann im Notfall Leben retten.
- Datenformate, die auf jedem Rechner lesbar und darüber hinaus sicher sind.
- Kostengünstige Umsetzung für den Patienten.
- Kostenlose, einfach und schnell zu bedienende Software für den Arzt.
- Einsatz auf jedem handelsüblichen PC ohne Zusatz Hardware.

Darauf haben wir uns beschränkt, nach dem Motto: weniger ist oft mehr. Nicht alles, was technisch machbar ist, bringt uns in der medizinischen Praxis weiter. Die Software wurde streng nach diesen Gesichtspunkten entwickelt, täglich machen wir Fortschritte, täglich bauen wir neue Ideen aus der täglichen medizinischen Praxis ein. Diese Software wurde nicht am grünen Tisch entwickelt, sondern sie entstand in einem zweijährigen Prozess in zwei hausärztlichen Praxen.



**Euler:** Hatten Sie auch die Notwendigkeit eines besonderen Datenschutzes im Auge?

**Dr. Franz Tenbrock:** Aufgrund der Diskussion hier in Deutschland waren wir im letzten Jahr gezwungen die Software komplett neu aufzubauen. Die Oberfläche haben wir bewusst weiter einfach strukturiert gehalten, unter der Oberfläche ist es aber zu gewaltigen Veränderungen gekommen.

- Alle Berichte auf dem Stick sind individuell verschlüsselt.
- Die Arztsoftware erlaubt Zugang zu den Dokumenten.
- Ausgesuchte Berichte (Psycho) werden nochmals verschlüsselt und sind erst nach Passwortfreigabe zu öffnen.
- Ein eigener Patientenbereich für private Dokumente (Führerschein, Personalausweis) wurde eingerichtet.
- Temporäre Ordner für Ärzte, die noch keine maxiDoc Schreibsoftware haben, wurden eingerichtet um auch diesen Ärzten unser System zu öffnen.
- Das System wurde gegen Sabotage gesichert
- maxiDoc wurde als System entwickelt, Stick, Lesesoftware und Schreibsoftware bilden eine funktionelle Einheit, dies ermöglicht Datensicherheit für die Arztpraxis auf höchstem Niveau.



**Euler:** Ihr Produkt heißt demnach „maxiDoc“. Wie konnten Sie ihr System gleichsam als „Nebenerwerbselektroniker“ auf dieses Niveau heben?

**Dr. Franz Tenbrock:** Es ist tatsächlich erstaunlich, was man mit drei hoch engagierten Menschen/Freunden erreichen kann, wenn man bedenkt, wie viel Geld die Gematik hier in Deutschland schon ausgegeben hat, ohne auch nur ein funktionierendes System nach Jahren der Entwicklung vorweisen zu können. Demgegenüber besteht maxiDoc den Test mit 500 Patienten im täglichen Einsatz, bisher ohne Zwischenfall.

**Euler:** Ihre Gematik ist unsere Chip-Kartengesellschaft. Sie beschäftigt immerhin 70 hoch qualifizierte Techniker, die zwar etwas vorweisen können, aber auch enorme Kosten verursachen. Zurück zu maxiDoc: Was kann Ihre Patientenakte konkret im täglichen Gebrauch?

**Dr. Franz Tenbrock:** Meine Patienten haben

**alle** Facharztberichte, **alle** Krankenhausberichte, meine **komplette** digitale Akte, die Röntgenbilder der letzten 2 Jahre, die EKGs und Laborwerte und alles, was ich sonst auf dem Bildschirm meiner Praxis darstellen kann, als Kopie auf ihrem maxiDoc dabei an jedem Ort auf dieser Welt.

Die Notfallseite ist darüber hinaus in 8 Sprachen lesbar, Die Diagnosen sind ICD kodiert und werden so international übersetzt, weitere Sprachen sind kein Problem. Die Hilfe Dateien sind in englischer Sprache etc. Falls Sie Zeit haben und auf der Medica 2008 in Düsseldorf sind, würde ich mich freuen Sie dort begrüßen zu dürfen. Wir wagen erneut den Sprung in die Höhle des Löwen unweit der deutschen Gematik und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Gerne demonstrieren wir unser Produkt auch an passender Stelle in Österreich. Voraussetzungen für Anwender sind ein funktionierendes Windows XP SP2 System, framework 2, Adobe reader ab Version 7.

**Euler:** Auf dieses attraktive Angebot komme ich gerne zurück. Wir werden uns im Österreichischen Hausärzteverband einen passenden Rahmen für diese Demonstration überlegen. Die Patienten- und Arzt-zentrierte Alternative zum gigantomanischen staatlich geförderten ELGA/e-card-Projekt, das in Österreich schon den „big-brother-award“ verliehen bekam, ist technisch und standespolitisch eine Sensation. Gerade jetzt, während eine neue Regierung in statu nascendi ist, die Diskussion um die Gesundheitsreform demnach sehr bald wieder entflammen wird, ist dieser Diskussionsbeitrag geradezu unverzichtbar.



**Dr. Franz Tenbrock:** Wir sind bereit! Übrigens: Ihre Rede in Berlin hat mir gut gefallen. Eine vertrauensvolle Kooperation könnte ich mir gut vorstellen.

**Euler:** Fast hätte ich etwas Wichtiges vergessen: Die Frage nach den Kosten und wer sie trägt.

**Dr. Franz Tenbrock:** Klar, der Preis ist wichtig. Für die Ärzte umsonst, nur die Installationskosten müssen übernommen werden. Letztendlich profitieren der Patient und die Krankenkassen durch eine bessere Versorgung, der Arzt hat den Vorteil, dass er schneller die Dokumente handeln kann und keine Druckerkosten hat. Für die Patienten kostet die Akte einmalig 60 Euro inkl. MWSt.

Dieser Preis lässt sich in der Praxis ohne Probleme durchsetzen. Es stehen neben dem „Standardstick“ noch weitere Sticks zur Verfügung, wobei wir uns dabei noch nicht ganz festgelegt haben. Für einen kleinen Aufpreis bieten wir eine USB Karte und einen USB Anhänger an. Auch diese Sonderformen sollen mit unserem Logo versehen werden. Als Bonus könnten wir in unsere Software noch Werbung (Ärztetenetze, Pharma etc) dezent einblenden.

Für die Zukunft haben wir noch viele Ideen im Kopf, aus der Praxis für die Praxis.

**Euler:** Danke nochmals und auf ein baldiges Wiedersehen bei einer Präsentation.

# Patientenbefragung

## Ideale Maßnahme zur Messung der Patientenzufriedenheit und zum Eigenmarketing

**B**ereits über 200 Ordinationen haben die von der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin (ÖQMed) und dem ärztlichen Qualitätszentrum im Auftrag der Bundeskurie Niedergelassene Ärzte angebotene Patientenbefragung als Maßnahme für das Qualitätsmanagement ihrer Ordinationen genutzt.

Über 13.000 PatientInnen beantworteten die Fragebögen und erwiesen ihren Ärztinnen und Ärzten einen eindrucksvollen Vertrauensbeweis: Mit 83,7 Prozent ist die große Mehrheit der PatientInnen sehr zufrieden.

Die ÖQMed ist nicht nur mit der gesetzlichen Ordinationsevaluierung befasst, sondern auch Center of Excellence für ärztliche Qualitätssicherung. Dafür wird speziell für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als wertvolles Werkzeug zur Bewertung der Patientenzufriedenheit eine Patientenbefragung angeboten.

### Kostengünstig und datengeschützt

Das Projekt ermöglicht niedergelassenen ÄrztInnen, kompetent, kostengünstig und unkompliziert ihren aktuellen Stellenwert in der Patientengunst zu reflektieren und mit dem der Kollegen in der Region zu vergleichen. Die Ergebnisse sind objektiv und repräsentativ. Datensicherheit und Datenschutz sind durch die ÖQMed und das ärztliche Qualitätszentrum jederzeit voll gewährleistet.

Die Patientenbefragung ist ein wissenschaftlich abgesicherter, internationalen Qualitätsvorgaben entsprechender individueller Fragebogen<sup>1</sup> für Patienten, der von unter <http://patientenbefragung.at> generiert und herunter geladen werden kann. Der Fragebogen deckt die für die Patientenzufriedenheit wesentlichen vier Themenbereiche Kommunikation, Organisation, Kompetenz und Information ab. Er besteht aus einem Basisfragebogen und individualisierbaren Ergänzungsfragen, die beispielsweise auch die Patientenzufriedenheit mit der ärztlichen Hausapotheke erfassen.

### Ideales Mess- und Marketinginstrument

„Viele Patienten trauen sich nicht recht, einem Arzt gegenüber im direkten Gespräch Lob oder Kritik zu äußern. Die schriftliche Befragung ist daher die ideale Möglichkeit, diskret, aber sehr effizient ein Feedback der PatientInnen abzufragen. Anhand der Ergebnisse kann der Arzt Stärken, aber auch

Schwachstellen seiner Ordination ausmachen. Dies kann er wiederum als Grundlage für individuelle Marketing-Aktionen oder kontinuierliche Verbesserungsmaßnahmen heranziehen“, so Dr. Otto Pjeta, Präsidialreferent für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK).

### Die Durchführung der Patientenbefragung

Der Arzt verteilt den Fragebogen in seiner Ordination an mindestens 120 Patienten, die ihn dann zu Hause ausfüllen und portofrei und anonym an die ÖQMed schicken. Sowohl die ÖQMed als Projektträger als auch das Ärztliche Qualitätszentrum (Oberösterreich) als Kooperationspartner führen die Befragungen und die Auswertungen durch.<sup>2</sup>

### Patienten als Kunden sehen

„Zufriedenheit ist etwas sehr Persönliches, da sie von den Erwartungen der Patienten und ihrer subjektiven Wahrnehmung der erhaltenen Leistung abhängt. Da diese Erwartungen sich laufend wandeln, ist es für den Arzt wichtig, den jeweiligen Status zu erheben und sich darauf einzustellen. Dafür erhält er wichtige Grundlagen aus der Patientenbefragung“, berichtet Dr. Esther Thaler von der ÖQMed.

Für Pjeta sind die aktuellen hohen Zufriedenheitswerte überdies kein Grund, dass sich Ärzte nun auf ihren Lorbeeren ausruhen. Pjeta: „Ich sehe für die kommenden Jahre eher einen zusätzlichen Bedarf der Ärzte, noch engagierter auf die Wünsche und Anliegen ihrer Patienten einzugehen, Leistungen aus Patientensicht aktiv bewerten zu lassen und damit noch kundenfreundlicher zu agieren.“

Ärzte können damit eindrucksvoll ihr Engagement dokumentieren und das Vertrauen ihrer Patienten untermauern. Und dies ist in Zeiten zunehmender Rechtfertigungszwänge und wirtschaftlichen Drucks unschätzbar wichtig.“ Dies auch deshalb weil das Rollenbild der Ärzte als „Götter in Weiß“ zunehmend durch das Image des nahversorgenden Dienstleisters, dessen Leistung stets auf dem Prüfstand steht, ersetzt wird.

### Motivationsinstrument Kundenzufriedenheit

Außerdem bringt die Befragung auch Bestätigung für die geleistete Arbeit und damit einen Motivationsschub für den Arzt und seine MitarbeiterInnen. Je zufriedener die PatientInnen desto höher der Grad an Anerkennung der täglichen Leistung für die Patienten.

1) Zu den Grundlagen des Fragebogens: Die Fragestellungen der Patientenbefragung beruhen vor allem auf dem EUROPEP Fragebogen, der auch im Europäischen Praxisassessment angewendet wird, sowie dem ZAP-Fragebogen, der im Verbund-Projekt in Deutschland ausführlich getestet wurde. Beide Quellen sind wissenschaftlich fundiert.

2) Das Ärztliche Qualitätszentrum ist ein gemeinnütziger Verein, der auf langjährige Erfahrung im Bereich der Patientenbefragung zurückblickt. Um die Qualität der Methodik und Durchführung zu verbessern, führt das Ärztliche Qualitätszentrum seinerseits wiederum Qualitätssicherungsmaßnahmen für die eigene Arbeit durch, wie etwa Maßnahmen zur Datensicherheit, Internes Qualitätsmanagement oder auch Befragungen der teilnehmenden Ärzte.

# Was halten Sie von Generika?

Antwort von Christoph Baumgärtel



Dr. Christoph Baumgärtel

*Generika stellen in Österreich eine sichere, wirksame und preisgünstige Alternative zu den seit langem im Handel befindlichen Arzneimitteln mit bekannten und ausführlich erprobten Wirkstoffen dar. Im Gegensatz zu den so genannten Originalarzneimitteln oder Originatoren, die in der Regel eine sehr teure, mitunter bis zu 15 Jahren dauernde Entwicklung durchlaufen müssen, um eine Zulassung zu erhalten, ist die Entwicklung eines Generikums weitaus rascher und billiger möglich.*

*Dennoch sind die geforderten Qualitätskriterien an Herstellung sowie*

*Überprüfung der klinischen Äquivalenz hinsichtlich Good Manufacturing Practice (GMP) bzw. Good Clinical Practice (GCP) nicht minder streng, als bei allen anderen Arzneimitteln.*

*Im Zuge einer aufwendigen Begutachtung durch die AGES PharmMed, der österreichischen Arzneimittelagentur, wird die Wirksamkeit und Sicherheit jedes Generikums genauestens überprüft und nur bei völliger Erfüllung aller gesetzlichen und wissenschaftlichen Auflagen eine Zulassung für den österreichischen Markt durch das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen erteilt.*

*Der eigentliche Nutzen von Generika mag zwar in Österreich für einzelnen Patienten eher gering sein, ein Nachteil ist aber auch nicht gegeben. Der Vorteil liegt vor allem im Einsparungspotential, also im volkswirtschaftlichen Nutzen. In Ländern wie den USA, wo Patienten Arzneimittel selbst bezahlen müssen, besteht auch ein für den Patienten sofort spürbarer Vorteil.*

*Außerdem wird vom österreichischen Generikaverband auf mögliche Vorteile hinsichtlich optimierter Darreichungsformen und Zusammensetzung hingewiesen. Dort wird betont, dass manche Generika über kleinere Tabletten verfügen oder auch eine bessere Teilbarkeit aufweisen. Beides kann die Einnahme erleichtern oder eine genauere Dosierung ermöglichen. Auch finden sich Generika, deren Packungsgröße eine genau an das jeweilige Therapieschema angepasste Stückzahl aufweisen und somit unnötige Tablettenreste oder andererseits die Notwendigkeit eines Nachverschreibens durch den Arzt verhindern sollen.*

*Aufgrund der möglichen unterschiedlichen Hilfsstoffe, die in Generika zum Einsatz kommen, kann sich eine bessere Verträglichkeit des Arzneimittels (z. B. Maisstärke statt Laktose) bei Patienten mit gewissen Intoleranzen ergeben. Ebenso findet man mitunter in der Generikafamilie Darreichungsformen, wie*

*etwa Trockensäfte, die nicht von jedem Originalprodukt verfügbar sind.*

*Dennoch sind all die genannten Vorteile keineswegs bei allen Generikaprodukten anzutreffen bzw. zutreffend. Im Einzelfall ließen sich die Argumente genauso gut als Vorteil von bestimmten Originalprodukten gegenüber manchen Generika anführen. Gerade daraus kann man aber sehen, dass im generellen Vergleich weder Originator noch Generikum einen wirklichen Vorteil zueinander aufweisen, sondern einmal mehr das beabsichtigte „essentially similar“ unterstrichen wird. Es handelt sich somit sowohl bei Generikum als auch Originalprodukt um bestens geprüfte, wirksame und sichere Arzneimittel.*

**Dr. Christoph Baumgärtel**

Abteilungsleiter,  
Abteilung medizinische Bewertung,  
Institut Zulassung & LCM,  
AGES PharmMed,  
Schnirchgasse 9, 1030 Wien  
E-Mail: [christoph.baumgaertel@ages.at](mailto:christoph.baumgaertel@ages.at)

Antwort von Eckhard Beubler



Univ.-Prof. Dr. Eckhard Beubler

*Bei der Diskussion des Phänomens Generikum sind, jedenfalls für bestimmte Interessensgruppen, zwei unumstritten positive Aspekte zu nennen. Der erste positive Aspekt ist die Ersparnis, die dem Sozialversicherungsträger zugute kommt und dementsprechend politisch gut zu vertreten ist. Der zweite positive Aspekt sind die nahezu risikofreien Gewinne der Generika Hersteller, die von*

*den Originalherstellern eingeführte Arzneimittel ohne Forschungsaufwand produzieren und ohne größeren Aufwand absetzen können.*

*Wiegt man diese beiden Aspekte gegeneinander ab, so bleibt als Resümee, dass Generika, gemessen am Aufwand, der für die Entwicklung ausgegeben werden muss, viel zu teuer sind. Die Entwicklung eines Originalpräparates kostet heute ca. 1 Milliarde Euro, die Entwicklung eines Generikums dürfte mit höchstens 500.000 Euro veranschlagt werden. Das tatsächliche Einsparungspotenzial, das im Phänomen Generikum enthalten ist, wird also bei weitem nicht ausgenutzt, jedenfalls nicht von denen, die das Gesundheitswesen finanzieren müssen.*

*Generika sind sicherlich gut verwendbar, wenn der Ersteinsatz eines Arzneimittels zur akuten Behandlung gut erkennbarer Symptome erfolgt. Der Therapieerfolg ist vom Arzt bzw. Patienten gut erkennbar und das therapeu-*

*tische Ziel wird so einfach erreicht. Die Äquivalenz zu einem Originalpräparat ist in diesem Fall nicht zu fordern. Dies gilt vor allem für einfache Arzneiformen wie Tabletten, Kapseln, Lösungen etc.*

*Eine kritische Situation entsteht, wenn eine bestehende Dauermedikation mit einem Originalpräparat einem Wechsel auf ein Generikum unterzogen wird. Hier wird die therapeutische Äquivalenz essentiell, ist aber nicht mehr so einfach überprüfbar.*

*Dennoch ist auch in diesem Zusammenhang die Umstellung bei schnell freisetzenden Präparaten mit gut löslichen Arzneistoffen unproblematisch. Der Austausch wird schwieriger bei Produkten mit schwerlöslichen Arzneistoffen, bei kritischen Indikationen, sowie bei Einsatz modifiziert freisetzender Arzneiformen.*

*Als kritische Indikationen sind zu nennen: Herzrhythmusstörungen, Asthma, Demenz, Depression, Diabetes, Epilepsie und Parkinson. Als kritische*

*Substanzklassen sind zu bezeichnen: herzwirksame Glykoside, Gerinnungshemmer, hormonale Kontrazeptiva, Immunsuppressiva, Interferone, Antipsychotika, Opioidanalgetika und Zytostatika.*

*Kritische Darreichungsformen sind Retardarzneimittel, magensaftresistente Formen, transdermale therapeutische Systeme, rektale und vaginale Formen, pulmonale und intranasale systemische Arzneimittel, Dosieraerosole, Implantate und nicht systemische Arzneimittel (Topika).*

*Der Gesetzgeber garantiert die therapeutische Äquivalenz der Generika mit der Überprüfung der Bioverfügbarkeit, respektive der Bioäquivalenz zum Originalpräparat. „Evidence based medicine“ ist das eigentlich nicht.*

*Es ist möglich, dass die Bioäquivalenzstudien in irgendwelchen „exotischen“ Ländern durchgeführt wurden und auch nicht garantiert ist, dass die landeseigene Referenz als Vergleich* →

herangezogen wurde. Ermittlungen der FDA weisen dennoch daraufhin, dass Bioäquivalenz-Abweichungen von über 5 Prozent kaum vorkommen. Dass die Bioäquivalenz des zur Prüfung verwendeten Generikums nicht mit der Qualität des Marktproduktes übereinstimmt, mag eine Ausnahme sein.

Bleibt noch das Problem der Compliance. Bei über 50 Prozent der Verordnungen von Arzneimitteln hat der

verschreibende Arzt ein falsches Bild von der Compliance-Bereitschaft seiner Patienten.

Ich skizziere folgendes Szenario: Der Arzt erklärt dem Patienten, dass das teure Originalpräparat nicht mehr verordnet werden darf, und er mit dem billigen Nachahmungsprodukt das Auslangen finden müsse. Diese Erklärung kann zwei Auswirkungen nach sich ziehen: Erstens, der Patient nimmt

das billige Nachahmungsprodukt nicht, weil er von der Qualität nicht überzeugt ist und zweitens verliert das Arzneimittel seinen, so wichtigen, Placeboanteil. Eine Untersuchung hat gezeigt, dass die analgetische Wirkung eines Normalpreispräparates wesentlich besser ist als die analgetische Wirkung eines Billigproduktes. In der Untersuchung waren beide Produkte Placebos (JAMA, 299, 1016-1017, 2008).

Beide Phänomene, Compliance und Placeboanteil werden meines Erachtens in der Generikadiskussion nicht ausreichend berücksichtigt, wenngleich es für beide Phänomene ausreichende Belege gibt.

Die teuersten Arzneimittel sind letztlich solche, die verordnet aber nicht verabreicht werden, und letztlich auch solche, deren Placeboanteil mutwillig vernichtet wird.

Univ. Prof. Dr. Eckhard Beubler, E-Mail: [eckhard.beubler@meduni-graz.at](mailto:eckhard.beubler@meduni-graz.at)

# Was halten Sie von Generika in der Psychiatrie?

Antwort von Siegfried Kasper

Generika sollen dazu beitragen, Kosten zu sparen. Allerdings darf durch ihren Einsatz keinesfalls die Patientensicherheit gefährdet werden. Wir haben uns in dem von der Österreichischen Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie (ÖGPB) erarbeiteten Konsensus-Statement „Generika und Originalsubstanzen in der Psychiatrie“ mit dieser Thematik auseinandergesetzt.

Es ist mir sehr wichtig darauf hinzuweisen, dass beim Einsatz von Generika in der Psychiatrie ganz besondere Maßstäbe angewendet werden müssen.

Bei psychiatrischen Patienten handelt es sich um eine Risikogruppe von chronisch Kranken, bei der primär v. a. Arzneimittel mit großer therapeutischer Breite und geringer Nebenwirkungsrate bei Neueinstellungen durch den Arzt zum Einsatz kommen sollten.

Mangelhafte Krankheitseinsicht, Aggression, Angst, Depression, Zwänge,

Misstrauen, paranoide Vorstellungen wie Vergiftungsideen oder kognitive Einschränkungen sind mit ein Grund für die mangelnde Compliance dieser hochsensiblen Patientengruppe.

Die Arzt-Patient-Beziehung ist daher gerade hier für Compliance und Therapieerfolg von größter Wichtigkeit.

Von einer ökonomisch begründeten Umstellung von einem Originalpräparat auf ein Generikum oder von einem Generikum auf ein anderes Generikum muss bei bereits gut eingestellten psychiatrischen Patienten abgeraten werden.

Da aufgrund der bestehenden Bioäquivalenzstudien eine Schwankungsbreite von 80-125 Prozent der Plasmaspiegel besteht, kann es sein, dass die Patienten mit einem niedrigeren (Verlust an Wirksamkeit) oder einem höheren (Möglichkeit von Nebenwirkungen) Plasmaspiegel exponiert werden.

Weiterhin kann diese Umstellung zu einer Verunsicherung (anderer Name, andere Verpackung des Medikamentes

etc.) führen und somit die Compliance und den Therapieerfolg gefährden. Schlechte oder fehlende Compliance ist ein Prädiktor für Rückfälle, unvollständige Remission bis hin zu erhöhter Suizidalität. Daraus resultierende zusätzliche stationäre Aufenthalte, eine steigende Hospitalisierungsrate, psychosoziale Nachteile wie zum Beispiel Verlust von Führerschein oder Arbeitsplatz führen neben dem persönlichen Leid der Patienten wahrscheinlich zu Folgekosten, die die ersparten Medikamentenkosten übertreffen.

**Die Umstellung von einem Originalpräparat auf ein Generikum oder von einem Generikum auf ein anderes Generikum ist daher wie eine Neueinstellung zu bewerten und wenn diese unreflektiert erfolgt nicht im Sinne der Patienten, da dies die oben angeführten Risiken birgt.**

Bei einer Ersteinstellung auf Generika sollte die gleiche therapeutische Wirksamkeit des Generikums eindeutig belegt sein, da Bioäquivalenz nicht



O. Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Siegfried Kasper

automatisch mit therapeutischer Äquivalenz gleich zu setzen ist. Wir empfehlen daher in Zukunft für die Zulassung von generischen Psychopharmaka weitere, über eine Bioäquivalenzstudie des Mutterwirkstoffes hinausgehende Studien (z. B.: vergleichende klinische Studien, Bioäquivalenz der aktiven Metaboliten, Rezeptorbindungsstudien am Wirkort im ZNS). Nur so kann die gleiche therapeutische Wirksamkeit eines Generikums eindeutig be- oder widerlegt werden.

O. Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Siegfried Kasper

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Wien, Medizinische Universität Wien, Währinger Gürtel 18 – 20, 1090 Wien, Tel.: +43 (0)140400-3568, E-Mail: [biol-psychiatry@meduniwien.ac.at](mailto:biol-psychiatry@meduniwien.ac.at)

1. Miner P et al.; Am J Gastroenterol 2003; 98:2616-2620 2. Labenz J et al.; Gut 2004; 53(Suppl VII): A104, Abs MON-G-160 3. Labenz J. et al.; Aliment Pharmacol Ther 2005; 22: 803-811

Nexium® 20 mg – magensaftresistente Tabletten

Nexium® 40 mg – magensaftresistente Tabletten

**Pharmakotherapeutische Gruppe:** Protonenpumpenhemmer **Qualitative und Quantitative Zusammensetzung:** Nexium® 20 mg – magensaftresistente Tabletten: Jede Tablette enthält 20 mg Esomeprazol (als Magnesiumtrihydrat) Nexium® 40 mg – magensaftresistente Tabletten: Jede Tablette enthält 40 mg Esomeprazol (als Magnesiumtrihydrat) **Anwendungsgebiete:** Nexium – Tabletten sind indiziert bei gastroösophagealer Refluxkrankheit (GERD), Behandlung von erosiver Refluxösophagitis, Langzeitmanagement von Patienten mit gehellter Ösophagitis zur Verhinderung des Wiederauftretens der Erkrankung, Symptomatische Behandlung von gastroösophagealer Refluxkrankheit (GERD); Zur Eradikation von Helicobacter pylori in Kombination mit einer geeigneten Antibiotikatherapie und zur: Heilung von mit Helicobacter pylori verbundenem Ulcus duodeni, Vorbeugung des Wiederauftretens von peptischem Ulcus bei Patienten mit mit Helicobacter pylori verbundenem Ulcus; Patienten, die eine NSAID Langzeit-Therapie benötigen; Heilung von Ulcus ventriculi im Zusammenhang mit NSAID Therapie, zur Vorbeugung von Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni im Zusammenhang mit NSAID Therapie bei Risikopatienten **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Esomeprazol, substituierte Benzimidazole oder andere Bestandteile des Präparates. Esomeprazol, wie andere Protonenpumpeninhibitoren, darf nicht mit Atazanavir angewendet werden. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Glycerolmonostearat 40-55, Hypromellose, Eisenoxid (20 mg & 40 mg Tabletten: rotbraun, 20 mg Tabletten: gelb) (E 172), Magnesiumstearat, kopolymeres Methacrylsäureethylacrylat (I:I) 30%ige Dispersion, mikrokristalline Cellulose, synthetisches Paraffin, Macrogole, Polysorbat 80, Crospovidon, Natriumstearylfumarat, Zuckerkügelchen (Saccharose und Maisstärke), Talk, Titandioxid (E 171), Triethylzitat. **Inhaber der Zulassung:** AstraZeneca Österreich GmbH, Schwarzenbergplatz 7, A-1037 Wien **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rp, apothekenpflichtig **Informationen zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Gewöhnungseffekten sowie Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung sind der veröffentlichten Fachinformation (z.B. Austria Codex) zu entnehmen.**