

# Brief des Präsidenten

## Geschätzte Kolleginnen, geschätzte Kollegen!

**E**s ist keine Frage, dass sich Österreichs Ärztinnen und Ärzte Persönlichkeiten in den Spitzenpositionen ihrer Interessensvertretungen wünschen, damit ist aber nicht gemeint, dass persönliche Animositäten oder Naheverhältnisse standespolitische Entscheidungen mehr bestimmen sollten als Vernunft und Fakten.

### Beispiele der letzten Jahre:

Tausende ÄrztInnen demonstrieren in Wien gegen eine destruktive Gesundheitspolitik. Monatelang haben sich Spitzenvertreter der Regierungsparteien konstruktiven Gesprächen mit ÄrztevertreterInnen verweigert. Die Partei der Gesundheitsministerin war die gleiche Partei, deren Wirtschaftskammerfunktionäre sich als besondere Scharfmacher in Sachen Gesundheitsreform zu profilieren suchten.

Die Regierung scheiterte, zwar nicht an unserem Widerstand, aber keinesfalls zu unserem Nachteil, der Reformeifer kam durch den Wahlkampf zum Stillstand und der oberste Repräsentant der österreichischen Ärzteschaft trat öffentlichkeitswirksam dem Personenkomitee des Spitzenkandidaten gerade jener Partei bei, die sich während der vergangenen Monate durch forsche Medizinerfeindlichkeit auszeichnete.

### Thema Gleichstellung der Geschlechter

Gesundheitsminister Stöger ordnet an, bei Stellenbesetzungen für das Fach Frauenheilkunde seien weibliche Bewerber zu bevorzugen. Wir ÄrztInnen haben in den letzten Jahren österreichweit möglichst objektiv nachvollziehbare Reihungskriterien für Kassenstellenvergaben eingeführt. Das Geschlecht der BewerberInnen ist dabei unberücksichtigt.

Landeshauptfrau Burgstaller soll sich in Salzburg eine Gynäkologin für eine freie Kassenstelle gewünscht haben und trat mit diesem Wunsch an die Ärztekammer heran. Diese war an ihre eigenen Reihungskriterien gebunden und empfahl für die Stelle den punktstärksten männlichen Kollegen. Die verärgerte Landeshauptfrau kontaktierte Ihren Parteifreund, den Gesundheitsminister, und erwirkte damit die oben erwähnte Weisung über die Bevorzugung weiblicher Bewerber für freie Frauenarztstellen.

### Thema Verträge mit Sozialversicherungen

Im Spätsommer überraschte uns die Österreichische Ärztekammer mit der an den Abschluss eines Honorarvertrages mit der Beamtenversicherung gekoppelten Vereinbarung, BVA-versicherte Personen um ein „Honorar“ von fünf Euro gegen Influenza zu impfen.

Der stillen Duldung einer solchen Vertragsbeigabe trat der Hausärzteverband lautstark entgegen. In unzähligen Gesprächen stellte sich die ablehnende Haltung fast aller maßgeblicher Funktionäre und Kammerjuristen gegen dieses Junktim heraus, aber: „Der Neugebauer, Multifunktionär von Nationalratspräsidium bis Lehrgewerkschaft, hätte sich das vom Dornier, dem österreichischen Ärztekammerpräsidenten, gewünscht“

Vor wenigen Wochen kündigte die Österreichische Ärztekammer den Vertrag mit der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft. Um es vorweg festzuhalten: ich begrüße diese Kündigung. Aber mir ist als Grund lediglich die Verärgerung des Verhandlungsteams bekannt, das sich durch die Ablehnung des fertigen und vorunterzeichneten Abkommens in den Gremien der Wirtschaftskammer brüskiert fühlt.

**Eine in diesem Vertragsentwurf festgeschriebene Kürzung der in Laborgemeinschaften erbrachten Leistungen im Jahr 2010 um 22 Prozent wäre in gleicher Weise akzeptiert worden, wie der BVA-Abschluss; mit Umlaufbeschluss der ÖÄK-Verhandler und nachfolgender „Befehlsausgabe“ in den Länderkurien.**

Passender wäre es gewesen, diesen Honorierungsvorschlag aus wirtschaftlichen Erwägungen selbst zurückzuweisen, bleibt seine Auswirkung doch deutlich unter dem Verbraucherpreisindex.



Dr. Christian Euler

Einmal mehr ist zu fordern, uns nicht mit Abschlüssen zu unserem Nachteil zu bedenken und die sich jetzt ergebende Chance zu nützen. Gerade die Klientel der „Selbstständigen“ eignet sich hervorragend zu respektvoller vertragsloser Kooperation.

**Befindlichkeiten und Verbindlichkeiten als Entscheidungshilfen in standespolitischen Fragen sind mehr als befremdlich. Da hat das Verhandeln nach Eigeninteressen noch mehr Erfolgsaussichten.**

Als die Gruppenpraxisverträge auf österreichischer Ebene verhandelt wurden, preschte Oberösterreich mit einem Gruppenpraxispaket vor. Die einzelnen Zusammenarbeitsmodelle sind von durchaus unterschiedlicher Qualität und werden dementsprechend unterschiedlich häufig eingegangen. Am besten funktioniert das Praxisnachfolgemodell, die Verhandler waren allesamt fortgeschrittenen Alters und ließen sich die geregelte Praxisübergabe einiges kosten. Beispielsweise achtprozentige Honorarnachlässe bei zukunftssträchtigeren Zusammenarbeitsformen, die von jungen KollegInnen gewünscht werden.

*P. S. Berichte über alle hier zitierten Ereignisse habe ich aus kompetentem Munde mit eigenen Ohren vernommen. Wesentlich ist, dass wir keinen Grund haben, an der Richtigkeit dieser Informationen zu zweifeln, und das ist wohl schlimm genug meint Ihr Christian Euler*

Dr. Christian Euler, Fax: 02685/607774, E-Mail: [ch.euler@aon.at](mailto:ch.euler@aon.at)

**In einer APA- Aussendung wandte sich der Österreichische Hausärzteverband an die Öffentlichkeit, um vor schwerwiegenden Folgen der Generikaregelung in Salzburg auf das Österreichische Gesundheitswesen zu warnen. In der Folge der ungekürzte Text:**

Ab 2010, möglicher Weise schon früher, soll im Bundesland Salzburg eine eigene „Liste frei verschreibbarer Medikamente“ für alle Ärztinnen und Ärzte mit Rezepturbefugnis im stationären, wie auch niedergelassenen Bereich zwingende Gültigkeit haben. Da nur das **billigste Präparat jeder Substanz** in dieser Aufnahme findet, kommt es zu einer massiven Einschränkung der Medikamentenauswahl.

**Der Österreichische Hausärzteverband bezweifelt die Rechtmäßigkeit dieser Vereinbarung.**

In ganz Österreich ist seit 1.1. 2005 der Erstattungskodex der österreichischen Sozialversicherung gültig. Den Erstattungskodex hat die Sozialversicherung laut ASVG herauszugeben und aktuell zu halten. Die in seine „grüne Box“ zugeordneten Arzneimittel sind ohne Einschränkung verschreibbar. Kann diese Rechtssicherheit für Industrie und Kassenvertragsärzteschaft durch ein auf Landesebene getroffenes Übereinkommen zwischen Ärztekammer und Gebietskrankenkasse außer Kraft gesetzt werden?

**Der Österreichische Hausärzteverband weist auf die Gefährdung der Patientinnen und Patienten hin.**

Die Salzburger Gebietskasse kündigt ihren VertragsärztInnen die monatliche Aktualisierung der Billigstbieterpreisliste an. Das heißt, vor allem alte und chronisch Kranke müssen sich monatlich auf ein anderes als das gewohnte Medikament umstellen lassen. Ein häufiger Wechsel der einzelnen Medikamente ist das sichere Ende jeder Therapietreue.

**Der Österreichische Hausärzteverband fordert von seiner Landesvertretung das Bekenntnis zur Qualität.**

Der Salzburger Ärztekammerpräsident Dr. Karl Forstner teilt über die Medien mit, dass die Salzburger Generikaregelung keinerlei Nachteile für die PatientInnenschaft bringe. Das Gegenteil wird eintreten!

Wenn der Salzburger Obmann der Niedergelassenen Kurie Dr. Lohninger meint, man hätte mit der Zustimmung zu dieser „Salzburger Liste“ Honorarkürzungen für ÄrztInnen abgewendet, dann wurde hier der falsche Weg beschritten.

## Die Salzburger Generikaregelung ist der vorläufige Höhepunkt einer jahrelangen standespolitischen Verfehlung.

von Christian Euler

**E** ist mehr als zehn Jahre her. Ich saß mit meiner Frau in einem Grazer Hörsaal bei einer Hypertoniefortbildung. Kardiologen, Nephrologen, Diabetologen hatten über antihypertensive Therapien referiert, da präsentierte der damalige steirische Kammerpräsident zum Ausklang auf offiziellem Briefpapier der Steirischen Ärztekammer Vorschläge zum Medikamentensparen. Auch dem Umverteilen des Ersparten auf die ärztlichen Honorarsummen waren Folien gewidmet. Die anwesenden Referenten äußerten sich prompt kritisch und wurden von den Kammerfunktionären auf unglaubliche Weise zurechtgewiesen. Vom Elfenbeinturm der Wissenschaft war die Rede und von einigem mehr, das diese Veranstaltung misstönend und peinlich enden ließ.

In den folgenden Jahren durchdrang dieser üble Gedankengang mehr und mehr die Funktionärshirne innerhalb der Ärzteschaft. Zunächst noch vertraulich und im kleinen Kreis wurden die Ausgaben für Arzneimittel mit der Gesamthonorarsumme der VertragsärztInnen verglichen, dann immer ungenierter Neid und Unmut in den unsäglichen Satz gepackt „Wir verrezptieren uns unsere Gage“.

Der Hausärzteverband ließ damals von Rechtsanwalt Doz. Oberhofer ein Gutachten erstellen, das die Notwendigkeit einer strikten Trennung zwischen den Aufwendungen für Arzneimittel und Arzthonoraren behandelte. Ich erinnere mich an einen Wortwechsel zwischen Daniel Bidner und Dr. Probst vom Hauptverband im Rahmen des burgenländischen Ärztetages in Bad Tatzmannsdorf, der diese Unvereinbarkeit zum Inhalt hatte. Wir schrieben oft und stets erfolglos gegen solche verhängnisvollen Junktimmerungen an.

**Gegen das Wohlwollen der Kammerfunktionäre für Medikamentenkosten-Sparprogramme scheint kein Kraut gewachsen zu sein.**

Im Rahmen einer Gesundheitskonferenz auf Einladung von Staatssekretär Dr. Wanek widmete sich ein prominenter Ökonom diesem Thema. Ich habe sein Statement noch im Ohr. „In den Hirnen der Gesundheitsökonomien explodiert scheinbar einiges, die Medikamentenkosten können es jedenfalls nicht sein“.

**Mit Einsparungen im Bereich der seit Jahren relativ stabilen 10 Prozent Arzneimittelkosten wird sich das Gesundheitsbudget nicht sanieren lassen.**

Unbeirrt setzen unsere Funktionäre den Irrweg fort. Unter Präsident Pjeta wurden in Oberösterreich gesamtvertraglich Umverteilungen von Medikamentenkosten-Ersparnissen auf ärztliche Leistungen festgeschrieben. Möglichst gerecht, sollte der Sparwille bezirksweise belohnt werden.

Der Funke sprang auf andere Bundesländer über. Medikamentenkosten-Statistiken an die Adresse jedes einzelnen Verschreibers ermöglichen Vergleiche mit der Kollegenschaft und schaffen sanft drückendes Kostenbewusstsein.

**Gegen eine aut-idem Regelung gingen Österreichs Ärztinnen und Ärzte im Sommer 2008 noch auf die Straße. Im Herbst 2009 wird nichts anderes Salzburger Kolleginnen und Kollegen aufgezwungen.**

Die bundesweit gültige Richtlinie für ökonomische Verschreibung wird möglichst bald durch bindende Billigstbieterlisten der Salzburger Gebietskasse ersetzt. Das bringt keine Nachteile für Patientinnen und Patienten beeilt sich Ärztekammerpräsident Dr. Karl Forstner die Öffentlichkeit zu informieren. Diese Fehleinschätzung ist durch das berufliche Umfeld eines Oberarztes an der Hautklinik vielleicht erklärbar, zeugt aber dennoch von unentschuldbarer Ahnungslosigkeit. Der Kurienobmann der niedergelassenen Ärzteschaft Dr. Josef Lohninger erklärt die Zustimmung der Landesvertretung mit andernfalls drohenden Leistungskürzungen.

**Die massive Reduktion freiverschreibbarer Medikamente ist eine Leistungskürzung der Krankenversicherung gegenüber ihren Beitragszahlern.**

Und sollte Dr. Lohninger in guter Funktionärstradition das Abwenden von Honorarkürzungen für die Kollegenschaft meinen, dann wäre die Bereitschaft dafür diesen Preis zu bezahlen ein bedenkliches Zeichen standespolitischer Orientierungslosigkeit.

Nirgendwo ist in unser Platz im gesundheitspolitischen Kräftespiel als an der Seite unserer Patienten.

**Der Austauschbarkeit der Medikamente folgt die Austauschbarkeit der Behandler, schließlich die Austauschbarkeit der Patienten, die nur mehr über die ICD-Codierung wahrgenommen werden.**

Diesen politisch offen verfolgten Interessen ist bedingungsloser Widerstand entgegenzusetzen. Wer in diesen Fragen kompromissbereit ist, wird auf dem Reformweg zurück ins zwanzigste Jahrhundert und mitten hinein in allgemeine Versorgungszentren mit Sicherheit verloren gehen.

Christian Euler, E-Mail: [ch.euler@aon.at](mailto:ch.euler@aon.at)

# Österreichischer Hausärzteverband



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen

Erstmals sollten bei einem Honorarabschluss mit der BVA Kassenhonorare mit Impfgebühren verknüpft werden.

In einem Schreiben an RA Mag Lechner musste die BVA zugeben, dass dies schon aus rechtlichen Gründen nicht möglich ist.

Die ÖÄK hingegen ignoriert diese Tatsache beharrlich, wie ihre letzten Aussendungen beweisen.

Wir weisen neuerlich und ausdrücklich darauf hin, dass damit ein Präzedenzfall geschaffen wird, der in Zukunft für uns alle schwer wiegende Folgen hat.

Nicht einmal freiwillig sollten wir uns auf die in der Regelung empfohlenen Impfhonorare einlassen.

## 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](mailto:dr.p.reitmayr@inode.at), Internet: [www.hausaerzteverband.at](http://www.hausaerzteverband.at)

Name .....

Adresse .....

Telefon .....

e-Mail .....

Unterschrift .....

Stampiglie



# Das Begräbnis von Paudorf

*Alles hat seine Zeit,  
es gibt eine Zeit der Freude,  
es gibt eine Zeit der Stille,  
eine Zeit der Trauer  
und eine Zeit der Erinnerung.*



## Gekämpft, gehofft und trotzdem verloren!

Durch ein tragisches politisches Versagen müssen wir Abschied nehmen.

Am 31. Oktober 2009  
wird nach kurzem, schweren Leiden,  
viel zu jung und trotz der Unterstützung von  
1.200 Bürgerinnen und Bürgern der Gemeinde die

## Medikamentenversorgung in Paudorf

sterben.

**Getötet von der Gesundheitspolitik in Österreich**  
durch „bürgerferne“ Details im Apothekengesetz.

In tiefer Trauer:  
Die Bürgerinnen und Bürger der Gemeinde Paudorf  
Die Vertreter der Gemeinde Paudorf  
Die Funktionäre der NÖ Ärztekammer

Die Beisetzung findet am  
**Mittwoch, den 4. November 2009 ab 13.00 Uhr**  
am Friedhof in 3511 Paudorf im Bezirk Krems statt.

**Die Angehörigen bitten um Teilnahme am Begräbnis.**

Statt freundlich zugedachter Blumen oder Kränze bitten wir im Sinne unserer lieben Verstorbenen um zukünftige Unterstützung aller weiteren gefährdeten Hausapotheken in Niederösterreich.

**S**tadt und Land sind nicht miteinander zu vergleichen. Das wissen vor allem die Apotheker. Während sie in der Stadt eifersüchtig über ihren Gebietschutz wachen, ist ihnen auf dem Land kein Weg zu weit. Vor allem, wenn diesen die PatientInnen zurücklegen müssen. Wer dies nicht glaubt, besuche die Apotheke zwischen Paudorf und Furth. Sie ist für Alte, Kranke und Schwache so gut wie unerreichbar, liegt aber in exakt dem Abstand zur ärztlichen Hausapotheke, der für diese das Aus bedeutet.

Um auf die Probleme in ganz Österreich hinzuweisen, wurde die ärztliche Hausapotheke in Paudorf symbolisch für alle anderen zu Grabe getragen.

In der Pressekonferenz im Cafe Landtmann, die vor der Trauerprozession in Paudorf abgehalten wurde, ist es erstmals gelungen, die Seniorenverbände aufmerksam zu machen. Somit haben alte und schwache PatientInnen erstmals eine mächtige Stimme.





**Dass das Land vornehmlich aus Dörfern besteht, die untereinander durch öffentliche Verkehrsmittel mehr voneinander getrennt als miteinander verbunden sind, kann sich ein Städter nur schwer vorstellen. Unter diesem Aspekt sind die vier beziehungsweise sechs Kilometer, die das Gesetz vorschreibt, blanker Hohn.**

**Dres. Reisner, Imb und Geppert hielten die Ansprachen, in denen sie die Schließung der Hausapotheken bedauerten und sich für ein friedliches Nebeneinander von Apotheken und Hausapotheken aussprachen.**



GR Labg. Ingrid Korosec



Dr. Christoph Reisner



Dr. Wolfgang Geppert



Dr. Gerhard Imb

Fotocredits: Ärztekammer für NO, www.warztinoe.at

# Ein ewiges Thema: Gruppenpraxen

von Wolfgang Werner

**E**rst kürzlich hat es ein Urteil des OGH gegeben, wonach die Verknüpfung von Ordinationsablöse und Invertragnahme durch öffentliche Krankenkassen rechtswidrig ist. Diese Entscheidung hat dazu geführt, dass zumindest in Wien derzeit nur mehr Gruppenpraxisverträge vergeben werden, auf die diese Regelung nicht zutrifft.

Nun ist zu befürchten, dass das gegenständliche Gerichtsurteil ein willkommener Präzedenzfall ist, mit dem die einstweilige Regelung der ausschließlichen Vergabe von nur mehr Gruppenpraxisverträgen perpetuiert wird und schließlich zum Anlass für eine Fixierung dieser Regelung genommen wird. Dazu muss gesagt werden, dass die wohlwollende Stellung der Kammer zur Entwicklung von Gruppenpraxen unübersehbar ist, obwohl sich objektive Vorteile dieser Organisationsform deutlich in Grenzen halten und die Akzeptanz in der Kollegenschaft endenwollend ist.

Das hängt damit zusammen,

1. dass es keine Urlaubs- und Krankenregelung gibt (in einem solchen Fall müssen die verbliebenen Kollegen um den ausgefallenen Arzt Mehrarbeit/Nachtdienst leisten),
2. dass für Gruppenpraxen ausgeweitete Ordinationszeiten verhandelt wurden,
3. dass man nicht mehr alleine entscheidungsfähig ist und
4. dass bei Totalausfall eines Partners über die Hereinnahme eines neuen Teilhabers nur mehr minimale Mitentscheidungsfähigkeit besteht, was das Leben zur Hölle machen kann, wenn die „persönliche Chemie“ nicht mehr stimmt
5. dass die Haftung auf alle Gesellschafter einer GP ausgedehnt wird. Dies bedeutet, dass für Ansprüche aus Behandlungsfehlern die Gruppenpraxis haftet
6. dass die Bürokratie zunimmt (Anwalt für jeden Gesellschafter + für die GP).

## Also eigentlich eine wenig attraktive Ordinationsform!

Bisher wurde von Kammerseite immer die Freiwilligkeit bei der Wahl einer Ordinationsform in den Vordergrund gestellt, aber damit ist es nun offensichtlich aus. Ich habe die sehr reale Befürchtung, dass die Sozialversicherung nach Ausweitung der Zahl von Gruppenpraxen von diesen GP eine Rabattierung wie in NÖ und Sbg mit bis zu 14 Prozent (sic), verlangen und die verbliebenen Einzelpraxen mit einer ebensolchen Honorarreduktion abwürgen wird – man wird argumentieren, dass das höhere Honorar der Einzelordinationen gegenüber den GP nicht mehr wirtschaftlich ist.

Das führt dann zu den gleichen Zuständen, wie bereits jetzt bei den Labors: um dem Kostendruck zu entinnen, werden sich die Gruppenpraxen zu größeren Einheiten zusammenschließen und die werden dann von Investmentfirmen oder deutschen Medizinversorgern wie Rhoenkliniken übernommen werden. Dann haben wir die AVZs!

Die Argumentation aus der Kammer, dass es doch besser wäre eigene AVZs zu machen, als sie den Kassen zu überlassen, kann ich nicht nachvollziehen, denn die Intentionen der Gewinnmaximierung sind in beiden Fällen die gleichen und die Besitzstruktur konvergiert letztendlich zum Monopol.

Ich verstehe nicht, wie unsere Kammer solche Verträge aushandeln kann, wo die beschriebene Entwicklung doch ohne große Phantasie abzusehen ist und die von mir genannten



Dr. Wolfgang Werner

Argumente gegen eine Gruppenpraxis nicht zu widerlegen sind. Eigentlich kann ich überhaupt keine Vorteile bei der GP erkennen, was die Kollegenschaft offensichtlich in ebensolcher Weise sieht, denn sonst würde man sich ja um Gruppenpraxisverträge förmlich reißen.

Das Ziel dieser Entwicklung ist abzusehen, nicht nur, weil derzeit nur mehr Gruppenpraxisverträge ausgegeben werden, sondern weil bereits jetzt aus einem Pool Verträge von kleinen schlecht lebensfähigen Praxen aufgekauft und in eine Gruppenpraxis integriert werden können und auf diese Weise Nachbarkollegen an die Wand gedrückt werden.

## Meine Fragen:

1. warum spielt die Kammer hier mit?
2. Ist es möglich, dass unsere Standesvertretung, die wir dafür bezahlen, dass sie Verbesserungen für uns erringt, am Untergang der freien niedergelassenen Ärzteschaft aktiv mitarbeitet?

Ich bin fassungslos und es fehlen mir die Erklärungen dafür!

MR Dr. Wolfgang Werner  
E-Mail: [dr.w.werner@aon.at](mailto:dr.w.werner@aon.at)

### VAXIGRIP Injektionssuspension in einer Fertigspritze; Influenza Impfstoff (Spaltimpfstoff, inaktiviert).

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Eine Dosis von 0,5ml enthält: Auf Hühnereiern vermehrte, gesplattene, inaktivierte Influenza – Viren (Hämagglutinin). Die Zusammensetzung des Influenzaimpfstoffes wird, basierend auf den Empfehlungen der WHO für die nördliche Hemisphäre und der Entscheidung der Europäischen Union (Committee for Human Medicinal Products) jährlich neu angepasst. Anwendungsgebiete: Prophylaxe von Influenza, besonders bei Personen, bei denen ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von assoziierten Komplikationen besteht. Die Anwendung von VAXIGRIP soll gemäß den offiziellen Empfehlungen erfolgen. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit auf einen der Wirkstoffe, auf einen der sonstigen Bestandteile, auf Eier, Hühnerweiß, Neomycin, Formaldehyd und Octoxynol-9. VAXIGRIP enthält maximal 0,05 Mikrogramm Ovalbumin pro Dosis. Bei Patienten mit fieberhafter Erkrankung oder akuter Infektion soll die Impfung verschoben werden. Sonstige Bestandteile: Pufferlösung: Natriumchlorid, Kaliumchlorid, Dinatriumhydrogenphosphat, Kaliumdihydrogenphosphat, Wasser für Injektionszwecke. Inhaber der Zulassung: Sanofi Pasteur MSD SNC, 8 Rue Jonas Salk, 69007 Lyon, Frankreich. Abgabe: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Weitere Informationen betreffend Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkung mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekte sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Stand der Information: Juli 2009.

### VAXIGRIP JUNIOR Injektionssuspension in einer Fertigspritze; Influenza Impfstoff (Spaltimpfstoff, inaktiviert).

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Eine Dosis von 0,25ml enthält: Auf Hühnereiern vermehrte, gesplattene, inaktivierte Influenza – Viren (Hämagglutinin). Die Zusammensetzung des Influenzaimpfstoffes wird, basierend auf den Empfehlungen der WHO für die nördliche Hemisphäre und der Entscheidung der Europäischen Union (Committee for Human Medicinal Products) jährlich neu angepasst. Anwendungsgebiete: Prophylaxe von Influenza, besonders bei Kindern von 6 bis 35 Monaten, bei denen ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Influenza - assoziierten Komplikationen besteht. Die Anwendung von VAXIGRIP JUNIOR soll entsprechend den nationalen Empfehlungen erfolgen. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit auf einen der arzneilich wirksamen Bestandteile, auf einen der Hilfsstoffe, auf Eier, Hühnerweiß, Neomycin, Formaldehyd und Octoxynol-9. VAXIGRIP JUNIOR enthält maximal 0,025 Mikrogramm Ovalbumin pro Dosis. Bei Kindern mit fieberhafter Erkrankung oder akuter Infektion soll die Impfung verschoben werden. Sonstige Bestandteile: Pufferlösung: Natriumchlorid, Kaliumchlorid, Dinatriumhydrogenphosphat, Kaliumdihydrogenphosphat, Wasser für Injektionszwecke. Inhaber der Zulassung: Sanofi Pasteur MSD SNC, 8 Rue Jonas Salk, 69007 Lyon, Frankreich. Abgabe: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Weitere Informationen betreffend Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkung mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekte sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Stand der Information: Juli 2009.

Sanofi Pasteur MSD GmbH, 2345 Brunn am Gebirge, Campus 21, Europaring F11/402.

# Kassenarzt-Dilemma: Rezept im Nachhinein

von Wolfgang Geppert

**K**aum eine andere Berufsgruppe bastelt so krampfhaft an der Verbesserung ihres Images wie die Apotheker. Unsummen werden in öffentlichkeitswirksames Eigenlob investiert. Manche Werbesprüche der Pharmazeuten lassen den Eindruck entstehen, einzig und allein sie seien Experten in Sachen der Arzneimittel. Unterschwellig erheben die Apotheker den Anspruch, die Verschreibungen der Ärzte auf Unvereinbarkeiten überprüfen zu müssen. Der Ball kann zurückgegeben werden. Schwachstellen zeigen sich auch im Bereich Beratung durch die Apotheker.

Geht es um das nachträgliche Ausstellen von Kassenrezepten, dann prallen die Meinungen der Vertragsärzte aufeinander. „Warum soll ich da herumstreiten? Ich lasse mir die Liste der vom Apotheker bereits ausgefolgten Medikamente geben und übertrage sie einfach auf ein Kassenrezept“, sagen die Einen. „Nein, so einfach geht das nicht! Wo mein Stempel darunter steht, dafür habe ich Verantwortung zu übernehmen“, meinen die Anderen. Die Leidtragenden sind unter anderen auch die Patienten.

In Entlassungsbrieffen werden primär Originalprodukte empfohlen, auch dann wenn der Kranke bis zur stationären Aufnahme primär mit Generika versorgt war. Landet der aus dem Krankenhaus Entlassene vorschriftsgemäß zuerst beim Hausarzt, dann ist es dessen Aufgabe, die Medikation wieder auf die von der Kasse so gewünschte Palette zurückzuführen. Dazu gehört unter anderem der von den Sozialversicherungsträgern herbei geschworene Einsatz von Generika. In manchen Bundesländern soll es noch dazu das Billigste seiner Gruppe sein. Nachbauprodukte führen in Krankenanstalten aus den allseits bekannten Gründen nur ein stiefmütterliches Dasein.

Gehen die Patienten oder ihre Angehörigen nach der Entlassung mit dem Arztbrief direkt in die Apotheke, dann bekommen sie meist die vom Krankenhaus empfohlenen Originalpräparate. Die nachträgliche Rezeptur wird dann zum kassentechnischen Hochseilakt: „Brauchen Sie die Packung vorerst komplett auf, das nächste Mal verschreibe ich ihnen wieder ihr von früher bekanntes Präparat!“ „Damit Sie den beim Apotheker hinterlegten Einsatz wieder retourn bekommen, verordne ich ihnen jetzt einmalig das vom Krankenhaus empfohlene Produkt.“ Klingt nicht nur kompliziert, sondern ist es auch. Folge: „Hirnsausen“ bei allen Beteiligten. Doch was macht der geübte Kassenarzt mit empfohlenen und womöglich schon ausgegebenen Medikamenten, die der Betroffene nachweislich früher nicht vertragen hat? Was mit Doppel- oder Dreifachverordnungen? Darf er auch dann alles brav im Nachhinein rezeptieren? Die folgende Begebenheit soll zum Nachdenken anregen und im Endeffekt zu Verbesserungen in dieser Angelegenheit führen.

## Die Vorgeschichte

Die hochbetagte Patientin eines befreundeten Kollegen wurde im Dezember des Vorjahres als Fußgängerin im Wohnort von einem PKW niedergestoßen. Dem Polytrauma folgten monatelange Krankenhausaufenthalte in Wien und NÖ. In den Zwischenphasen wurde die alleinstehende Frau in ihrem Wohnhaus von Fachkräften



Dr. Wolfgang Geppert

eines mobilen Dienstes gepflegt. Ein auswärts wohnender Sohn der Patientin übernahm die „Oberaufsicht“ der Pflege. Unter anderem sorgte er für die Beibringung der notwendigen Medikamente und überprüfte die regelmäßige Einnahme der Arzneien. Seine Berichte über den Gesundheitszustand der Mutter hielten den Hausarzt auf dem Laufenden.

Plötzlich riss dieser Kontakt ab. Der Allgemeinmediziner konnte sich den Grund nicht erklären. Die Patientin landete ohne Wissen des Mediziners zur weiteren Mobilisation in einem weit entfernten Landesklinikum, während der Sohn durch einen Unfall selbst zum Patienten geworden war. Niemand fand sich, diese Veränderungen dem Hausarzt mitzuteilen. Obwohl dem besagten Krankenhaus in Sachen Entlassungsmanagement ein guter Ruf vorausleitet, war bei der Entlassung der pflegebedürftigen Patientin am 30. September von dieser Sonderqualifikation nichts zu bemerken. Weder an diesem Mittwoch, noch an den Tagen zuvor, wurde der behandelnde Hausarzt von einem Mitarbeiter des Klinikums über die Heimkehr der leidgeprüften Frau in Kenntnis gesetzt.

Kliniken mit gut etabliertem Entlassungsmanagement setzen den Arzt des Vertrauens schon 2 bis 3 Tage vor der Entlassung in Kenntnis, damit dieser zusammen mit den mobilen Diensten und Angehörigen entsprechende Vorbereitungen treffen kann. Andere Häuser wieder setzen ihre Patienten völlig spontan auf die Straße oder besser vor die Wohnungstür. So kommt es, wie es kommen muss: Spät nachmittags, am ordinationsfreien Tag oder gar am Wochenende soll dann der Allgemeinmediziner im Dickicht der Gesundheitsbürokratie zum Zauberer mutieren: Am Pflegeplatz vorhandene Medikamente auf ihre weitere Verwendbarkeit überprüfen, vom Entlassungsarzt empfohlene Originalpräparate auf Generika umstellen, über das Arzneimittel-Bewilligungs-System (ABS) den Chefarzt noch am letzten Zipfel erwischen. Diese Liste ließe sich noch beliebig fortsetzen.

## Mit dem Entlassungsbrief direkt in die Apotheke

In unserem speziellen Fall suchten die Fachkräfte des mobilen Dienstes mit dem Entlassungsbrief gleich direkt die nächste Apotheke auf. Das war an einem Donnerstag, dem ordinationsfreien Tag des besagten Arztes. Sowohl der Anrufbeantworter, als auch eine Tafel beim Ordinationseingang, gaben an diesem Tag die Namen der vertretenden Ärzte bekannt. Alle drei hatten an besagtem Tag ihre Pforten geöffnet. Die Praxis eines dieser Kollegen liegt nur wenige hundert Meter von der erwähnten Apotheke entfernt.

Tatsache ist, nicht ein rosa oder weißes Kassenrezept, sondern der Krankenhaus-Entlassungsbrief wurde dem Apotheker vorgelegt. Dann geschah das, was uns Ärzte in schöner Regelmäßigkeit Kopfschmerzen bereitet: Ohne Rückfrage nach vielleicht noch zu Hause vorhandenen Packungen werden Präparate ausgegeben, die womöglich sogar der Bewilligungs- oder Dokumentationspflicht unterlie-



gen. Ein Apotheker, bei einem ähnlichen Anlassfall in meiner Praxistätigkeit auf dieses Vorgehen angesprochen, antwortete mir: „Herr Doktor, wir können nicht anders! Wir Apotheker müssen in solchen Fällen schnell und unbürokratisch helfen.“ Schnell und unbürokratisch möge diese Hilfe sein, primär für die Pharmazeuten. Alles ausgehen und, wie im beschriebenen Fall, Euro 227,- Einsatz kassieren. Der schwarze Peter wird damit dem Hausarzt zugeschoben. Auf dem sogenannten Einsatzschein prangt ein Satz in zweifacher Ausfertigung: „Bitte Rezept nachreichen!“ Kein Wort davon, dass diese Vorgangsweise der Apotheker für uns Vertragsärzte denkbar ungünstig ist.

Der nachträglich Verschreibende hat die Wahl zwischen Pest und Cholera. Verweigert er dem Patienten oder dessen Angehörigen die nachträgliche Rezeptur, gibt es Streit und Hader mit allen Beteiligten. Folge: Patienten und eigene Nerven gehen verloren. Folgt er den Vorgaben des Apothekers, hat er nur Ruhe bis zur nächsten Überprüfung durch die Kasse. Noch zeit- und nervenraubender ist der Versuch, vom Apotheker bereits ausgefolgte Medikamentenpackungen nachträglich über ABS einer Bewilligung zuzuführen. Meine diesbezüglichen Erfahrungen sind durchwegs negativer Natur und würden in ihrer kompletten Auflistung den Rahmen dieser Darstellungen sprengen.

### Drei Analgetika am Stück

Als Pikanterie am Rande ist der Umstand erwähnenswert, dass bei der Polytraumapatientin, deren Acetylsalicylsäure-Unverträglichkeit seit Jahren bekannt war, in besagtem Spital Thrombo ASS 100mg zum Einsatz gebracht worden ist. Ein Telefonanruf beim behandelnden Arzt der Abteilung lässt die Liste der Allergien und Unverträglichkeiten von der Rückkehrerin um eine Zeile schrumpfen: „Bei uns hat sie das ASS-Präparat vertragen.“

Warum die Medikamentenvorgabe des Entlassungsbriefes neben dem obligaten Antirheumatikum gleich drei Analgetika enthält, ist vom nachbehandelnden Arzt nicht hinterfragt worden. Die gleichzeitige Verabreichung von Acetylsalicylsäure, Metimazol (Novalgin) und Paracetamol (Mexalen) stellt keine anerkannte Kombination dar. Kurz dürfte der Apotheker auch gezögert haben, zu Metimazol (Novalgin) auch noch ein Paracetamol-Präparat (Mexalen) über den Ladentisch zu schieben. Vermutlich hat er sich damit beruhigt: „Da gebe ich nur eine 10er Packung her.“ Bei den meisten

anderen Spezialitäten hat er durchwegs zu den Großpackungen gegriffen. Damit wird auch ersichtlich, dass bei Apothekern rosa Rezepte von Spitälern stammend, nicht sehr beliebt sind, denn auf diesen speziellen Kassenrezepten kommen nur Kleinpackungen zur Verordnung.

So gibt es bei dieser Vorgangsweise zwei Gewinner. Erstens: Die Entlassungsärzte, denn sie sparen sich das mühevollen Rezeptieren. Zweitens: Die Apotheker, denn so können diese gleich zu Großpackungen greifen. Ein Missstand ist auch darin zu erachten, dass die 27 Häuser der Landeskliniken Holding NÖ in dieser Causa eine völlig divergierende Handlungsweise an den Tag legen. Während in Tulln der Griff zu diesen speziellen Rezepten zur Routine gehört, kennen manche Kolleginnen und Kollegen im Landesklinikum Weinviertel diese Formulare nur vom Hörensagen. Es braucht nicht extra erwähnt zu werden, dass die Patientin in ihrem Badezimmerschrank einen Großteil der im besagten Klinikum verordneten Medikamente noch vorrätig hatte. Diclofenac (im Arztbrief als Voltaren 50mg empfohlen) war zu diesem Zeitpunkt noch in zwei Spielformen vorhanden.

### Trospiumchlorid in Hülle und Fülle

Warum die Ärzte der behandelnden Abteilung, Trospiumchlorid in zwei Darreichungsformen empfohlen haben, ist mir ebenso unklar, wie der Grund für die gleichzeitige Verabreichung von Thrombo ASS, Mexalen und Novalgin. Tatsache ist, dass für die Harnblase vorgesehene Trospiumchlorid ist der Wirkstoff sowohl in Inkontan (2mal 15 mg) als auch in Spasmolyt (2mal 20 mg). Wollten die Kollegen im Krankenhaus mit Absicht in eine hohe Dosierung einsteigen? Auch bei dem Punkt wäre es von Vorteil gewesen, wenn der Apotheker diese Doppelmedikation zu hinterfragen begonnen hätte.

Das Werbematerial für den „Tag der Apotheke“ lag schon neben der Tara: „10 Minuten für meine Medikamente“. Doch der kostenlose Medikamenten-Chek stand erst am 6. Oktober auf dem Programm. Gott sei Dank ist nichts passiert! Nur eine harmlose Nebenwirkung von Trospiumchlorid in hoher Dosierung machte sich bemerkbar. Die erste Visitenberufung des befreundeten Kollegen nach der Entlassung erfolgte unter anderem wegen extremer Mundtrockenheit der Pflegepatientin: „Herr Doktor, mir klebt die Zunge am Gaumen

APOTHEKE

Mag. pharm. [REDACTED]

---

01.10.09 09:37:16 8271 07/02

Kunde: [REDACTED]

Bitte Rezept(e) nachreichen für:

1X THROMBO ASS FTBL 100MG	100ST	
Privatpreis:	5,30	
1X SPASMOLYT DRG	50ST	
Privatpreis:	31,00	
1X COLIDIMIN FTBL 200MG	36ST	
Privatpreis:	80,00	
1X LASIX TBL 40MG	50ST	
Privatpreis:	6,30	
1X AMLODIPIN GEN TBL 5MG	30ST	
Privatpreis:	12,75	
1X PANTOLOC FTBL 40MG	28ST	
Privatpreis:	23,60	
1X NOVALGIN TR	10ML	
Privatpreis:	1,85	
1X TRESLEEN FTBL 50MG	28ST	
Privatpreis:	14,85	
1X VOLTAREN FTBL 50MG	50ST	
Privatpreis:	10,85	
1X THIAMAZOL SAN TBL 20MG	50ST	
Privatpreis:	5,65	
1X CEREMIN FTBL 40MG	50ST	
Privatpreis:	14,70	
1X INKONTAN FTBL 15MG	50ST	
Privatpreis:	19,60	
1X MEXALEN TBL 500MG	10ST	
Privatpreis:	1,20	

Offener Betrag EUR 227,45

Bereits bezahlt: 0,00

Es betreute Sie Mag. [REDACTED]  
Bitte Rezept nachreichen! (14 Tage)

**EINSATZSCHEIN** [REDACTED]

fest!“ Das Absetzen von Inkontan ließ diese Nebenwirkung verschwinden. Vielleicht wird die Patientin in Zukunft die soeben auf dem Markt erschienene, hochdosierte Retardkapsel Urivesc besser vertragen. Die Kombination von Inkontan und Spasmolyt hingegen, war nicht haltbar.

### Ginkgo-Extrakt auf Kasse oder privat

Ein Versteck- und Verwirrspiel der besonderen Art wird in Österreich mit Ginkgo-Präparaten betrieben. Das Produkt Tebofortan 40mg ist seit nunmehr 20 Jahren am Markt und besitzt die Kassenfreiheit. Exakt die gleiche Menge Trockenextrakt aus Ginkgo-biloba-Blättern steckt auch in jeder einzelne Filmtablette eines Produktes namens Ceremin.

Der Unterschied liegt nur im Kassenstatus. Während Tebofortan 40mg den Kassen in Rechnung gestellt werden kann, gibt es Ceremin nur privat zu kaufen. Was die Krankenhausärzte dazu bewogen hat, Ceremin zu empfehlen, entzieht sich meiner Kenntnis. Tatsache ist, die Patientin hatte am 1. Oktober, so die Recherche ihres Haus-

arztes, noch ausreichende Mengen von Tebofortan-Filmtablets in ihrem Vorrat. Ob der Apotheker auf den Preisunterschied zwischen Ceremin (Euro 14,70) und Tebofortan (Rezeptgebühr), hingewiesen hat, lässt sich nicht rekonstruieren. Der behandelnde Arzt versuchte nachträglich sowohl der Fachkraft des mobilen Dienstes, als auch der Patientin diese Sachlage zu erklären. Vergeblich! Die Causa ist zu komplex, um einfach zwischendurch erläutert zu werden. Für die Außenstehenden war der Schuldtragende für diesen Kuddelmuddel der besonderen Art schnell gefunden: „Herr Doktor, Sie waren ja an diesem Donnerstag nicht erreichbar!“

Dr. Wolfgang Geppert

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

## Standespolitische Weitsicht ist mehr denn je gefragt

### Sinn und Unsinn von Disease Management Programmen

von Christoph Reisner

## Liebe Kolleginnen und Kollegen!

**D**er Vorstand der NÖÄK hat im September beschlossen, das „Disease Management Programm Diabetes mellitus Typ 2 „Therapie aktiv“ zum 1. 4. 2010 zu kündigen. Prompt hagelte es Kommentare und Beschwerden: Gebietskrankenkasse und Land haben sich gewundert, Ärztinnen und Ärzte haben sich beschwert. Der NÖ Patientenanwalt Dr. Gerald Bachinger konnte die Kündigung nach eigenen Angaben „kaum fassen“. Zwischenzeitlich haben sich auch einige Selbsthilfegruppen kritisch zu Wort gemeldet. Doch aus der Ärzteschaft hagelte es nicht nur Kritik: Dass nach zwei Jahren nur eine Minderheit der niedergelassenen Ärzteschaft im Programm eingeschrieben war, sagt schon einiges aus. Persönliche, die Kündigung bestärkende Rückmeldungen von (sowohl teilnehmenden als auch nicht teilnehmenden) Ärztinnen und Ärzten haben mir die Richtigkeit dieses Schritts bestätigt.

Grundlage für die Teilnahme an diesem Projekt seitens der Ärztinnen und Ärzte waren Sonderschulungen, teilweise kostenpflichtig und nach den Vorgaben von NICHT-Ärzten, so genannte „Qualitätsstandards“, Administrationsvorgaben, Bestätigungen durch den Patienten sowie eine Kontrolle durch Dritte. Und das in einem medizinischen Gebiet, welches zweifelsfrei „zum kleinen Einmaleins“ einer jeden Ärztin/eines jeden Arztes zählt. Hauptausschlaggebend für die Entscheidung im Sinne der Patientinnen und Patienten war jedoch eine Absage an die Tendenzen zur Zerstückelung von Einzelfächern, die uns Ärztinnen und Ärzte immer mehr der Berufung berauben, die uns zur Wahl unseres Berufes geleitet haben. Wir stellen uns so einer Entwicklung entgegen, wonach zukünftig nur noch so genannte „Spezialisten“ bestimmte, im ärztlichen Beruf elementare Behandlungen durchführen

dürften, wenn sie nach den Vorgaben der politischen Führung vor allem in Bürokratie nachweislich zertifiziert geschult wurden.

Die Versorgungslage der Kassenpatienten im Bereich Diabetes mellitus Typ 2 war bereits vor dem Projekt völlig ausreichend. Mehr als 90 Prozent der betroffenen Patienten in Niederösterreich wurden im Projekt DMP nicht erfasst. Daher kam es aus unserer Sicht zu keiner Verbesserung des ärztlichen Leistungsangebotes. Die statistische Erfassung der Diabetespatienten stand bei den Schulungen und auch beim Projekt selbst im Vordergrund. Der Großteil der Diabetespatientinnen und -patienten werden und wurden auch ohne das neue Projekt von uns Ärztinnen und Ärzten schon immer sehr gut durch ihre Krankheit begleitet. In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, dass der Erfolg der Diabeteseinstellung ganz maßgeblich von den Betroffenen abhängt.

Ohne entsprechende Compliance, ohne Beachtung der entsprechenden Diät, ohne entsprechende Begleitmaßnahmen und Aktivitäten der Erkrankten wird jede Diabeteseinstellung scheitern.

Die Forderung der Ärztekammer nach neuen Leistungen im Kassenvertrag dieses Krankheitsbild betreffend wurde hingegen ständig abgeblockt. Das Konkurrenzsystem der Plattformprojekte ermöglicht stattdessen die Ausgliederung von Leistungspositionen aus dem Kassenvertrag und damit die Etablierung einer eigenständigen Leistungsschiene der Plattform. Damit sind die Planstellenhoheit und die Vertragshoheit der Verhandlungspartner GKK und Ärztekammer mittelfristig gefährdet.

Die Kontinuität der von Anbeginn an kritischen Haltung gegenüber diesem Projekt führte zum Kündigungsbeschluss im Kammervorstand. Im Vordergrund →



Foto: Tschank - Wiener Neustadt

Dr. Christoph Reisner

stand hierbei eine konsequente, langfristige politische Beurteilung. Wir sprechen uns mit dieser Entscheidung gegen die Tendenzen zur Zerstückelung von Einzelfächern genauso aus wie gegen übertriebene Dokumentationsvorschriften, die uns immer mehr der Berufung berauben, die uns zur Wahl unseres Berufes geleitet haben. Somit stellen wir uns einer Entwicklung entgegen, wonach zukünftig nur noch so genannte „Spezialisten“ bestimmte, im ärztlichen Beruf elementare Behandlungen durchführen dürften, wenn sie nach den Vorgaben der politischen Führung vor allem in Bürokratie nachweislich zertifiziert geschult wurden.

Im benachbarten Deutschland sieht man bereits, wohin die dort vorhandene ähnliche Tendenz führt. Einmal damit begonnen, werden immer weitere Management-Programme in das ärztliche Berufsleben drängen. Für immer mehr Teilgebiete drohen notwendige Sonderqualifikationen. Wir Ärztinnen und Ärzte benötigen jedoch eine Aufwertung unserer Routinearbeit. Unter anderem auch für die bestmögliche Betreuung der Diabetiker. Gerade im hausärztlichen Bereich sollten die Ärztinnen und Ärzte das anwenden dürfen, was zu den elementaren Grundlagen ihres Berufs gehört. Dies gehört im Kassenvertrag verankert und nicht in einer als Qualitätssicherung getarnten Zugangsbeschränkung für Patientinnen und Patienten durch übertriebene Bürokratie festgeschrieben.

Wenn die Verantwortlichen in der Politik die Wertigkeit der Diabetesbehandlung wirklich derzeit so hochrangig ansehen,

### Die Zukunft der Lehrpraxis

Die zukünftige Finanzierung der Lehrpraxis ist aus meiner Sicht nur dann möglich, wenn die öffentliche Hand Verantwortung übernimmt und damit finanzielle Mittel dafür bereitstellt. In beiden BUNDESKURIEN gibt es seit vielen Jahren Gespräche und Diskussionen. Nun ist es erstmals in beiden Gremien zu einstimmigen Beschlüssen über die Höhe des Betrages gekommen. Ich sehe das grundsätzlich als Erfolg, sehe jedoch auch ein, dass ein Lehrpraktikant unter diesen Bedingungen in einer Ordination unmöglich zu finanzieren ist. Es ist aber unmöglich, dass wir für unsere Jungärztinnen und Jungärzte in Krankenhäusern Gehälter fordern, die wir selbst nicht bereit sind an diese zu bezahlen.

Bei der Planung des Curriculums für den „Facharzt für Allgemeinmedizin“ sind 1,5 Jahre Lehrpraxis verpflichtend. Aus meiner Sicht liegt es nun am Bundesministerium, Geld dafür bereitzustellen. Ist Geld der öffentlichen Hand vorhanden? Ich denke das ist eine Frage der Prioritäten. Denken wir daran, wie rasch ein Bankenpaket geschnürt werden konnte, wie die Autoindustrie unterstützt wird. Es liegt nun an der Politik, zu sagen, wie wichtig gute Ausbildung ist und welche Priorität diese hat.

dann sollte (wie von der Ärztekammer immer gefordert) eine Anhebung der Kassenleistungsposition für alle Kassenärzte bzw. mit Refundierungsanspruch des Patienten sowie mit gesichertem Abrechnungsanspruch ohne zusätzliche Schulungen (unter anderem nach den Vorgaben von NICHT-Ärzten) gefordert und umgesetzt werden. Ich bin absolut für strukturierte Behandlungskonzepte und Disease-Management-Programme.

Ich bin auch ein absoluter Freund der Fortbildung sowie von Ausbildungsnachweisen in Fachbereichen, die nicht verpflichtend im Zuge der allgemeinen ärztlichen Ausbildung sind. Ich verwehre mich jedoch dagegen, dass für Behandlungen, die man in seiner Ausbildung gelernt hat, nun eine neuerliche Ausbildung nachzuweisen ist. Weiters verwehre ich mich gegen eine doppelgleisige Dokumentation. Im Hinblick auf zukünftige DM-Programme wird man darauf achten müssen, dass der Schwerpunkt auf eine Verbesserung der Behandlung gelegt wird, und keine zweigleisige Dokumentation erforderlich ist.

Mit kollegialen Grüßen,  
Christoph Reisner

## 9. Österreichische Wintertagung für Allgemeinmedizin

**Termin:** 16. bis 23. Jänner 2010, **Ort:** Hotel RoteWand, Lech am Arlberg, Zug

**Anmeldung:** Wiener Medizinische Akademie, Christian Linzbauer, Alser Straße 4, 1090 Wien, Tel.: +43 (0)1 405 13 83-17, Fax: +43 (0)1 407 82 74, E-Mail: christian.linzbauer@medacad.org

**Teilnahmegebühren:** Mitglieder der ÖGAM, DEGAM und SGAM € 325,-, JAMÖ-Mitglieder € 165,-, Turnusärzte € 215,- für Nichtmitglieder € 355,-, Tageskarten (vor Ort) € 75,-

**Anmeldeschluss:** Dienstag, 5. Jänner 2010 (danach melden Sie sich bitte vor Ort an!)

Parallel zu den Vorträgen und Workshops für Ärzte bieten wir auch ein Fortbildungsprogramm für MitarbeiterInnen in ärztlichen Praxen an.

#### Hotelreservierung:

##### HOTEL ROTEWAND

(Tagungshotel), Zug 5, A-6764 Lech am Arlberg, Tel.: +43 (0)5583 34 35, Fax: +43 (0)5583 34 35-40, E-Mail: [gasthof@rotewand.com](mailto:gasthof@rotewand.com), [www.rotewand.com](http://www.rotewand.com)

##### ADLER-HOTEL-PALMA

Zug 344/516, A-6764 Lech am Arlberg, Tel.: +43 (0)5583 27 57, Fax: +43 (0)5583 33 79, E-Mail: [office@adler-palma.at](mailto:office@adler-palma.at), [www.adler-palma.at](http://www.adler-palma.at)

##### TOURISMUSVERBAND

TOURIST OFFICE Lech-Zürs Booking Agency, Tel.: +43 (0)5583 21 61-235, Fax: +43 (0)5583 31 55, E-Mail: [reservation@lech-zuers.at](mailto:reservation@lech-zuers.at), [www.lech-zuers.at](http://www.lech-zuers.at)

Detaillierte Informationen finden Sie unter [www.oegam.at](http://www.oegam.at)

# The Fascination of Complexity

## Dealing with Individuals in a Field of Uncertainty

Bericht von der 15. WONCA Europe Conference in Basel 16. bis 19. September 2009 von Waltraud Fink und Gustav Kamenski

**Z**um Thema gab es eine Fülle von Veranstaltungen. Die Zahlen sprechen für sich: Bei insgesamt 10 Vortragsstunden an zweieinhalb Kongresstagen musste man jede Stunde selbst planen und aus 17 verschiedenen Workshops oder einstündigen themenzentrierten Modulen mit jeweils 6 Kurzpräsentationen auswählen. Es gab 3 verschiedene Kongress-Lokalitäten mit jeweils 4 bis 7 Vortragsräumen.

Dazu kamen am Morgen jeweils zwei Keynote-Speakers, die die Komplexität in der primärärztlichen Versorgung aus der Sicht ihres Fachgebietes beleuchteten: von der systemischen Sicht in der Allgemeinmedizin, den faszinierenden Anwendungsgebieten der Nanotechnologie und der Weltklima- und Umweltforschung hin zu den Verbreitungsmöglichkeiten und Risiken innovativer Technologien und den vielfältigsten Aspekten der Genetik in der Medizin.



In den Pausen konnte man im Labyrinth der 555 Poster wandeln und die gigantische Arbeit, die dahinter steckt, ermessen. Zahlreiche Sponsoren der Pharmaindustrie und der Medizintechnologie präsentierten sich an den Ständen, aber auch die WONCA-Teilorganisationen und die Allgemeinmedizin-Gesellschaften der Länder, in denen die kommenden Konferenzen abgehalten werden: Málaga 2010, Warschau 2011, Wien 2012 und Prag 2013.

Die wissenschaftliche Qualität und die praktische Relevanz der fast 1000 Präsen-



tationen mag unterschiedlich sein, aber die Tatsache, dass sie großteils aus allgemeinmedizinischen Einrichtungen stammen, zeigt die Lebendigkeit und die Potenz der weltweiten Vereinigung von primärversorgenden Allgemeinärzten und Allgemeinärztinnen. Von österreichischen Teilnehmern und Teilnehmerinnen wurden 10 Vorträge und Workshops bestritten.

Am meisten werden bei solchen großen Tagungen die informellen Kontakte mit einzelnen Kollegen und Kolleginnen aus aller Herren Länder geschätzt. Die gesellschaftlichen Programmpunkte bieten neben den Workshops und Pausen reichlich Gelegenheit dazu. Erfahrungen werden ausgetauscht. Man versteht sich sofort, weil man merkt, dass die Erlebnisse, die Probleme in



der täglichen Praxis sich überall ähneln. Das gibt Gemeinschaftsgefühl. Aber nicht zuletzt lässt sich auch voneinander lernen. Eine komplexe Art der Fortbildung, die man sich zur Stimulierung der beruflichen Zufriedenheit immer wieder einmal gönnen sollte.

Waltraud Fink und Gustav Kamenski



# Der Kopf des Joseph Haydn



Joseph Haydn ©Haydnjahr 2009

**E**isenstadt hat die Haydnfestspiele zum zweihundertsten Todestag des Komponisten festlich gestaltet. Zwar fehlte es nicht an politischem Pomp, dennoch überstrahlte der künstlerische Glanz alles andere. Nur eine dunkle Episode, die sich nach Haydns Tod zugetragen hatte, wurde kaum erhellt.

## Der Kampf der Wagen und Gesänge

An einem Juniwochenende des Jahres 1954 war ich mit meiner Familie winziger Teil einer riesigen Menschenmenge, die die Straßen Eisenstadts bis hinauf zur Bergkirche säumte. Im Rahmen der für uns Kinder nicht enden wollenden Feierlichkeiten fuhr mehr als hundert Autos durch die Stadt. Sogar die sowjetische Besatzungsmacht hätte eine ähnliche Blechlawine nur mit Mühe zuwege gebracht. Als Höhepunkt und Abschluss des Festaktes trug der Bildhauer Gustinus Ambrosi eine Urne mit dem Schädel Joseph Haydns in dessen Mausoleum. Dort wurden nach hundertfünfzig Jahren die sterblichen Überreste des Komponisten endlich wieder vereint.



Das Haydn-Mausoleum. Foto von Friedrich Walzer, www.fotocommunity.de

Die Fragen der Kinder nach dem Sinn der Zeremonie konnten auch die Erwachsenen nicht so ohne weiteres beantworten: „Die Tat zweier Verbrecher, die von der Idee eines Verrückten verwirrt wurden.“ Mehr war nicht zu erfahren. Fast zwanzig Jahre später verdiente ich mir in den Semesterferien ein Zubrot als Fremdenführer im Schloss Esterhazy. Die Touristenströme wollten vor allem unterhalten werden, wofür Eisenstadt ein ideales Ambiente bot: das Schloss in seiner barbarischen Pracht, der im englischen Stil angelegte, wenn auch ziemlich verfallene Park und vor allem der prächtige Haydn-Saal, in dem der Fürst mit seiner Entourage statt Ö3 den neuesten Kompositionen seines Kapellmeisters gelauscht hat. Nur selten fragte ein besonders interessierter Besucher nach der merkwürdigen Geschichte von Haydns Kopf. Und obwohl ich im Medizinstudium schon von der Gallischen Schädellehre gehört hatte, wusste ich keine Antwort darauf.

## Intermezzo

Die Sterne der ersten Wiener Medizinischen Schule waren erloschen, die Morgenröte der zweiten noch nicht heraufgedämmt. An Wiens medizinischer Universität huldigte man dem Brownianismus, einer Lehre, die Reiz und Erregbarkeit als Grundlage des Lebens betrachtete. Fortan wurde die Mischung der Körpersäfte durch Sthenie und Asthenie ersetzt.

Zu dieser Zeit wurde in Wien ein junger Deutscher promoviert, Franz Joseph Gall. Er interessierte sich unter anderem für Hirnanatomie, wusste um die Faserstruktur des Nervensystems, konnte weiße und graue Substanz bestimmen, beschrieb die Kreuzung der Pyramidenbahn und ebenso den Ursprung der Hirnnerven in der medulla oblongata.

Das Gehirn bestand für ihn aus insgesamt sechsundzwanzig Organen, die die körperlichen und charakterlichen Eigenschaften eines Menschen festlegen sollen. In einem dieser „Organe“ sollte Broca später das Sprachzentrum finden. Aber Gall ging noch weiter: Wie alle nach Erkenntnis Strebenden verstieg auch er sich in Spekulationen. So sollten seine Gehirne, bei allen Menschen unterschiedlich ausgeprägt, charakteristische Formen des Schädels verursachen, sodass der Geübte gleichsam auf den ersten Blick erkennen könne, ob er einem Genie oder einem Verbrecher gegenüberstehe.

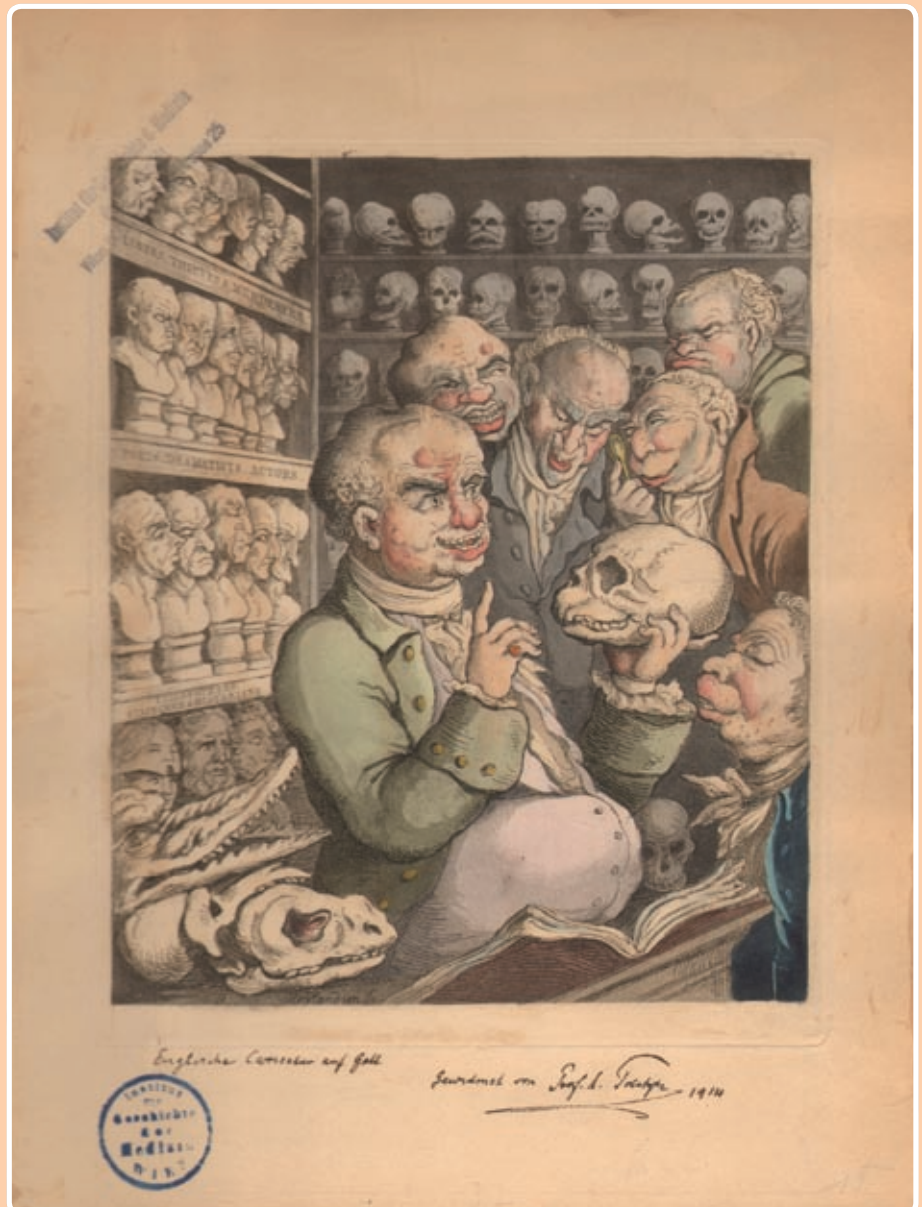
Die Phrenologie, wie Galls Schädellehre genannt wurde, hatte ebenso glühende Befürworter wie zynische Kritiker. 1801 wurde Gall auf allerhöchsten Erlass in Wien mit Vorlesungsverbot belegt, was seine Jünger nur noch beflügelte. 1809 starb Joseph Haydn, das Musikgenie seiner Epoche (Mozart war schon viele Jahre tot und Beethoven noch nicht am Zenith seines Ruhmes). Was also lag näher, als in Haydns Schädel den von Gall postulierten „Thonsinn“ zu suchen.

## Die Wiener Gemütlichkeit

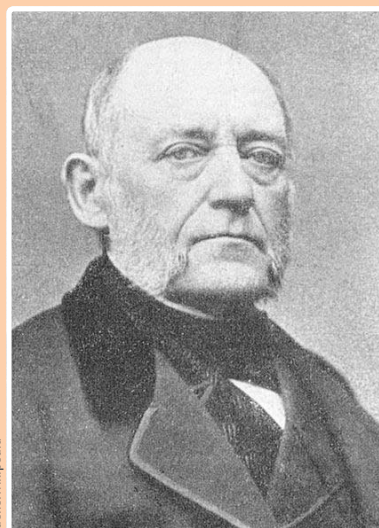
Karl Rosenbaum und Johann Nepomuk Peter waren die Rädelsführer einer vermutlich größeren Gruppe von Männern, die an der Leichenschändung beteiligt waren. Zumindest Rosenbaum hatte durchaus andere als wissenschaftliche Gründe. Er war Fürst Esterhazys Sekretär gewesen und von diesem entlassen worden - zu Unrecht, wie er, Rosenbaum, meinte. Aber auch die Beweggründe der anderen waren alles andere als klar. Der Schädel wurde „im allgemeinen Spital seciert“, was wahrscheinlich bedeutet: skelettiert, angeblich waren die Gesichtszüge Haydns noch kenntlich, was erstaunlicher Weise keinen Skandal zur Folge hatte. Auch ist nicht bekannt, dass eine der damaligen medizinischen Zelebritäten den Schädel zu wissenschaftlichen Zwecken zu Gesicht bekam. Vielmehr wurde er Mittelpunkt eines mehr als obskuren Kults, der sich im Hause Rosenbaum und keinesfalls im Geheimen abspielte.

Als Fürst Esterhazy mehr als zehn Jahre später Haydns sterbliche Reste von Wien nach Eisenstadt überführen lassen wollte, fehlte im Sarg unter der Perücke der Kopf! Die Polizei wusste aufgrund von Indiskretionen Bescheid, aber statt die Leichenschänder verhaften zu lassen, verhandelte der Fürst mit ihnen und zahlte sogar ein Lösegeld für die Herausgabe des Kopfes. Der erste Schädel, den der Fürst bekam, war der falsche, der zweite ebenso, aber das wurde zumindest damals nicht bemerkt.

In der Zwischenzeit ging der Kopf des berühmten Mannes von Hand zu Hand, und offensichtlich war allen dessen Identität bekannt. So ist es fast logisch, dass er irgendwann in das pathologische Institut Prof. Carl v. Rokitanskys gelangte. Dessen Nachfolger Prof. Dr. Hans Kundrat gab Haydns Schädel im Glauben, dieser sei des Pathologen Privatbesitz (!), an dessen Söhne zurück. Rokitansky war mit einer



Quelle: Sammlungen der MUW (Medizinische Universität Wien), Bildersammlung



Quelle: wikipedia

Carl Freiherr von Rokitansky (1804–1878).

berühmten Sängerin verheiratet, die vier Söhne traten in die Fußstapfen der Eltern und nach ihnen gefragt pflegte der stolze Vater zu sagen: „zwei heilen und zwei heulen.“

Zumindest hatten sie, wenn schon nicht Pietät, so doch genügend „Thonsinn“, Haydns Schädel der Gesellschaft der Wiener Musikfreunde zu überlassen, die ihn im Musikverein bis 1954 aufbewahrte.

## Brüder reicht die Hand zum Bunde

Wie Mozart war auch Haydn Freimaurer. In den Zeiten der Restauration, die in ganz Europa der französischen Revolution folgten, waren in Österreich und Deutschland Wissenschaft und Lehre nie wirklich frei.



Der Protomedikus Stiff und Metternichs rechte Hand, von Gentz, sorgten dafür, dass es an den Universitäten nach des Kaisers Willen „keine Grübeleien“ gab.

Grillparzer schrieb mit spitzer Feder:  
*„Dort tönt kein Wort durch späherwache Lüfte,  
 Scheu kriecht das Denken in sich selbst zurück,  
 Die Brust vernieten krummgebogne Stifte,  
 Und gantzlich stumpf, gilt dort für ganzes Glück.“*

Die Begründer der zweiten Wiener Medizinischen Schule erreichten infolge lebenslangen Lernens fachliche Höhen, in die ihnen die Hofräte nicht zu folgen vermochten. Das ist bis heute, bald hundert Jahre nach Ende des Wiener Hofes, so geblieben.

Wir sollten uns angesichts der geschilderten Skurrilitäten immer vor Augen halten, dass die Geschichte der Medizin die Geschichte ihrer Irrtümer ist, auf deren Beseitigung erst die Erfolge aufbauen konnten.

So wie Franz Anton Mesmer, geblendet von seinem tierischen Magnetismus und als Scharlatan von Wien vertrieben, heute der Vorläufer Sigmund Freuds als Entdecker des Unbewussten ist, wird auch Franz Josef Gall als Pionier der Hirnforschung und der Verhaltensbiologie angesehen.

Und so wie sie ist auch Sigmund Freud heute noch umstritten, was seiner Bedeutung für die Medizin keinen Abbruch tut. Die Wissenschaft ist auch frei, wenn sie irrt!

Literaturverzeichnis: Erna Lesky, **Meilensteine der Wiener Medizin**, Verlag Wilhelm Maudrich. Peter Wehle, **Haydn, Haydn über alles**, Verlag Kremayr&Scheriau. Franz Prost (Hg) „Der Natur und Kunst gewidmet“, Verlag Böhlau.

## DAS OFFENE WORT

**Im August dieses Jahres hatten vier Kolleginnen und Kollegen einen Termin bei Gesundheitsminister Stöger. Der HAUSARZT berichtete in seiner Septembernummer darüber. Jetzt zieht Dr. Ulrike Haas eine Zwischenbilanz:**

### Nimmt man uns ernst?

Von Ulrike Haas

*Wir haben noch keine Antwort auf unseren Besuch beim Gesundheitsministerium bekommen. Ist das Ministerium zu sehr beschäftigt, die Weisungen aus Brüssel zu befolgen? Wozu dann eine nationale Behörde?*

*Es gibt Bestrebungen in Linz eine Medizinische Universität zu installieren, um den nötigen Nachwuchs an AllgemeinmedizinerInnen zur Nahversorgung zu gewährleisten. Wenn aber unsere jungen KollegInnen sehen, wie man mit uns verfährt, werden sie lieber ins Ausland gehen. Wir zahlen alle die Ausbildung. Dann quälen sie sich durch den Turnus, in dem sie als Systemerhalter benutzt werden. Wenn sie dann noch zur freiberuflichen Arbeit motiviert sind, wollen sie sich sicherlich nicht für ihr Engagement disziplinieren lassen, weil Leute im „Elfenbeinturm“ etwas anderes von ihnen verlangen als es die Bedürfnisse an der Basis erfordern.*

*Wie man mit uns umgeht, setzt ein Signal an den Nachwuchs! Können wir uns das leisten?*



**Dr<sup>n</sup> Ulrike Haas**, Ärztin für Allgemeinmedizin

Akademische Referentin für feministische Bildung und Politik, Linzerstr. 12, A 4050 Traun, [www.drulrikehaas.info](http://www.drulrikehaas.info)

**Neurontin® 300 mg / 400 mg – Kapseln, Neurontin® 600 mg / 800 mg – Filmtabletten. Zusammensetzung:** 300 mg Kapseln: Jede 300 mg Hartkapsel enthält 300 mg Gabapentin. Sonstige Bestandteile: Jede 300 mg Hartkapsel enthält 41 mg Lactose (als Monohydrat). **Liste der sonstigen Bestandteile:** Jede Hartkapsel enthält die folgenden sonstigen Bestandteile: Lactose-Monohydrat, Maisstärke und Talkum. Kapselhülle: Gelatine, gereinigtes Wasser und Natriumdodecylsulfat. Die 300mg Hartkapseln enthalten die Farbstoffe Titandioxid (E171) und Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172). Die für alle Hartkapseln verwendete Drucktinte enthält Schellack, Titandioxid (E171) und Indigocarmin, Aluminiumsalz (E132). 400 mg Kapseln: Jede 400 mg Hartkapsel enthält 400 mg Gabapentin. Sonstige Bestandteile: Jede 400 mg Hartkapsel enthält 54 mg Lactose (als Monohydrat). **Liste der sonstigen Bestandteile:** Jede Hartkapsel enthält die folgenden sonstigen Bestandteile: Lactose-Monohydrat, Maisstärke und Talkum. Kapselhülle: Gelatine, gereinigtes Wasser und Natriumdodecylsulfat. Die 400mg Hartkapseln enthalten die Farbstoffe Titandioxid (E171), Eisen(III)-oxid (E172) und Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172). Die für alle Hartkapseln verwendete Drucktinte enthält Schellack, Titandioxid (E171) und Indigocarmin, Aluminiumsalz (E132). 600 mg Filmtabletten: Jede 600 mg Filmtablette enthält 600 mg Gabapentin. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Jede Filmtablette enthält die folgenden sonstigen Bestandteile: Poloxamer 407 (Ethylenoxid und Propylenoxid), Copovidon, Maisstärke, Magnesiumstearat. Tablettenfilm: Opadry white YS-1-18111 (enthält Hypromellose, Talkum). Poliermittel: Candelillawachs. 800 mg Filmtabletten: Jede 800 mg Filmtablette enthält 800 mg Gabapentin. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Jede Filmtablette enthält die folgenden sonstigen Bestandteile: Poloxamer 407 (Ethylenoxid und Propylenoxid), Copovidon, Maisstärke, Magnesiumstearat. Tablettenfilm: Opadry white YS-1-18111 (enthält Hypromellose, Talkum). Poliermittel: Candelillawachs. **Anwendungsgebiete:** Epilepsie: Gabapentin ist als Zusatztherapie bei Erwachsenen und Kindern von 6 Jahren und älter mit partiellen Anfällen mit und ohne sekundäre Generalisierung indiziert (siehe Abschnitt 5.1). Gabapentin ist als Monotherapie bei Erwachsenen und Jugendlichen von 12 Jahren und älter mit partiellen Anfällen mit und ohne sekundäre Generalisierung indiziert. **Behandlung von peripheren neuropathischen Schmerzen:** Gabapentin ist zur Behandlung von peripheren neuropathischen Schmerzen wie schmerzhafter diabetischer Neuropathie und postherpetischer Neuralgie bei Erwachsenen indiziert. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der sonstigen Bestandteile. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** andere Antiepileptika. **ATC-Code:** N03 AX 12. **Inhaber der Zulassung:** Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H., Wien. **Stand der Information:** November 2008. **Verschreibungspflicht / Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Informationen zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen sind der Austria-Codex-Fachinformation zu entnehmen.**

# Die Behandlungspflicht des Kassenvertragsarztes

von Markus Lechner

**N**ach § 11 Abs 1 des Gesamtvertrages mit der NÖGKK (und auch nach allen anderen Gesamtverträgen) besteht eine Behandlungspflicht des Kassenvertragsarztes „gegenüber allen Anspruchsberechtigten, die den Vertragsarzt aufsuchen.“ Diese Behandlungspflicht gilt auch gegenüber Versicherten bei anderen Gebietskrankenkassen, Inhabern von europäischen Sozialversicherungskarten etc.

Aus dieser allgemeinen Formulierung ist abzuleiten, dass sich der Kassenvertragsarzt seine Patienten nicht aussuchen kann. Gegenüber jedem Anspruchsberechtigten besteht vielmehr ein Kontrahierungszwang, also die Verpflichtung, einen Behandlungsvertrag abzuschließen und diesen Behandlungsvertrag auch zu erfüllen.

**In der Praxis stellt sich des Öfteren die Frage, ob dieser Kontrahierungszwang umfassend ist, also ob es auch Ausnahmen zu dieser Behandlungspflicht gibt oder nicht.**

Die Frage ist zu bejahen: Bereits aus der allgemeinen Judikatur des Obersten Gerichtshofs zum Kontrahierungszwang z. B. bei Monopolisten kann gefolgert werden, dass ein Vertragsarzt bei Vorliegen eines „guten sachlichen Grundes“ den Abschluss des Behandlungsvertrages verweigern kann. Umgekehrt: Ohne „guten sachlichen Grund“ kann die Behandlung eines Anspruchsberechtigten nicht verweigert werden.

Diesen allgemeinen Grundsatz hält § 19 des GV NÖGKK (und auch die anderen Gesamtverträge) nach der Überschrift „Ablehnung der Behandlung“ fest:

**„Der Vertragsarzt ist berechtigt, in begründeten Fällen die Behandlung eines Anspruchsberechtigten abzulehnen. Er hat auf Verlangen des Versicherungsträgers diesem den Grund für die Ablehnung mitzuteilen.“**

Was aber ist nun ein „Grund“ im Sinne des § 19 GV NÖGKK oder ein „guter sachlicher Grund“ im Sinne der aufgezeigten Judikatur des Obersten Gerichtshofs?

Zunächst könnte man aus der Formulierung des § 19 GV NÖGKK versuchen abzuleiten, dass jeder (nur erdenkliche) Grund – ob sachlich gerechtfertigt oder nicht, ob „gut“ oder nicht – einen Grund für die Ablehnung der Behandlung darstellt. Dieser Schluss könnte sich auch aus der ansonsten in der Rechtsordnung an verschiedenen Stellen üblichen Formulierung „wichtiger Grund“ aufdrängen, zumal § 19 GV NÖGKK gerade nicht auf das Vorliegen eines „wichtigen Grundes“ abstellt.

So weit wird man in der Auslegung des § 19 GV NÖGKK aber nicht gehen können: Nicht jeder erdenkliche Grund wird die Ablehnung der Behandlung rechtfertigen können. Allerdings müssen auch keine „wichtigen Gründe“ für die Verweigerung der Behandlung vorliegen, also Gründe, die die Behandlung geradezu unzumutbar erscheinen ließen.

Mit der Judikatur des Obersten Gerichtshofs wird man davon ausgehen können, dass bei Vorliegen eines „guten, sachlichen Grundes“ der Vertragsarzt die Behandlung des anspruchsberechtigten Patienten verweigern wird können.

## Was können nun derartige „gute sachliche Gründe“ sein, was nicht?

Der Kassenvertragsarzt wird die Behandlung jedenfalls nicht ablehnen können, nur weil die Behandlung aufwändig sein könnte, selbst wenn sie vom Krankenversicherungsträger nicht entsprechend honoriert werden sollte (z. B. bei aufwändigen Verbandswechseln).

Wahrscheinlich wird auch kein ausreichend guter, sachlicher Grund vorliegen, wenn ein Vertragsarzt ausgelastet ist und einen im Nachbarsprengel ansässigen Anspruchsberechtigten ablehnen will. Diesfalls wird wohl das Recht des Patienten auf freie



Mag. Markus Lechner

Arztwahl durchschlagen, insbesondere wenn Gründe vorliegen sollten, die dem Patienten das Aufsuchen des Nachbarkollegen unzumutbar machen.

Gute sachlich gerechtfertigte Gründe werden allerdings in folgenden Konstellationen zu erblicken sein:

- der Patient wirft dem Arzt Fehlbehandlungen vor, oder verstrickt ihn gar in außergerichtliche oder gerichtliche Verfahren wegen behaupteter Fehlbehandlungen
- der Patient pöbelt den Vertragsarzt, dessen Personal oder die anderen im Wartezimmer wartenden Patienten trotz Ermahnung ständig an
- der Patient erscheint trotz Terminvergabe und Ermahnungen nie zum vereinbarten Termin zu einer Untersuchung und der Vertragsarzt erleidet Umsatzeinbußen, weil er Termine nicht anderweitig vergeben konnte
- der Patient verweigert die verordnete Therapie.

Es wird jedenfalls im Einzelfall zu prüfen sein, ob „gute, sachliche“ Gründe für die Ablehnung der Behandlung vorliegen oder nicht.

**Mag. Markus Lechner, Rechtsanwalt**

6911 Lochau, Althaus 10, Telefon: 05574/53788

Fax: 05574/53789, Handy: 0664/1534383

e-mail: [lechnermarkus@aon.at](mailto:lechnermarkus@aon.at)

# Berufsunfähigkeit bei Ärzten – spezielle Gliedertaxen helfen weiter

von Martina Hagspiel

**U**nter der Berufsunfähigkeit versteht man eine ärztlich bestätigte, dauernde Beeinträchtigung der Berufsausübung durch Krankheit, Unfall oder Invalidität. Bei Berufsunfähigkeit kann man seinen ausgeübten Beruf nicht mehr ausführen. Die Kriterien der Berufsunfähigkeit sind enger gefasst als die der Erwerbsunfähigkeit. Bei einer Berufsunfähigkeit kann der Betroffene noch weiterhin einem anderen Arbeitsverhältnis nachgehen, das seiner körperlichen und geistigen Konstitution entspricht, er kann lediglich seinen ursprünglichen Beruf nicht mehr ausüben.

Gegen die Berufsunfähigkeit kann man sich versichern. Der Versicherungsfall liegt im Allgemeinen bei mindestens 50 Prozent Berufsunfähigkeit vor. Mit der privaten Absicherung der Berufsunfähigkeit über einen Versicherungsvertrag ist automatisch auch die Erwerbsunfähigkeit versichert.

Berufsunfähigkeit ist ein Thema, das nach und nach in der österreichischen Gesellschaft Einzug hält. Ausgehend von Deutschland lässt sich der Trend erkennen, dass immer mehr Menschen über die Möglichkeit einer plötzlichen Arbeitsunfähigkeit und über die damit verbundenen wirtschaftlichen, finanziellen und auch familiären Folgen ernsthaft nachdenken. **Was wäre wirklich, wenn Sie aus gesundheitlichen Gründen seit heute Morgen Ihren Beruf als Arzt nicht mehr ausüben könnten?**

Das Bewusstsein über diese Gefahr ist derzeit leider immer noch sehr gering. So haben bis dato nur rund 0,6 Prozent (!) der ÖsterreicherInnen eine private Berufsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen. Laut Studien scheidet aber bereits jeder 5. Berufstätige vorzeitig aus dem Arbeitsleben aus. In den meisten Fällen bedingt durch Krankheiten wie Rheuma, Gelenk-, Nerven- oder Herzerkrankungen, nur ein geringer Teil resultiert aus Unfällen.

Völliger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit	Normale Gliedertaxe n. Empfehlung des AUVB*	Verbesserte Gliedertaxe für Ärzte Versicherer A Gebrauchshand	Verbesserte Gliedertaxe für Ärzte Versicherer A Gegenhand	Verbesserte Gliedertaxe für Ärzte Versicherer B
Eines Armes	70%	100%	100%	100%
Eines Daumens	20%	70%	40%	100%
Eines Zeigefingers	10%	70%	40%	100%
Eines Mittelfingers	5%	60%	20%	100%
Eines Ringfingers	5%	30%	10%	100%
Eines kleinen Fingers	5%	20%	5%	100%
*****	*****	*****	*****	*****
Der Sehkraft eines Auges	35%	70%		100%
Eines Beines oder Fußes		70%		100%

Die staatliche Rente im Falle einer Berufsunfähigkeit liegt derzeit bei rund € 700,- pro Monat. Dieser Betrag deckt bei vielen Ärzten und Ärztinnen nur einen geringen Teil der monatlichen Fix- und Lebenshaltungskosten wie Miete, Strom, Heizung, Kredit- und Leasingraten etc. ab.

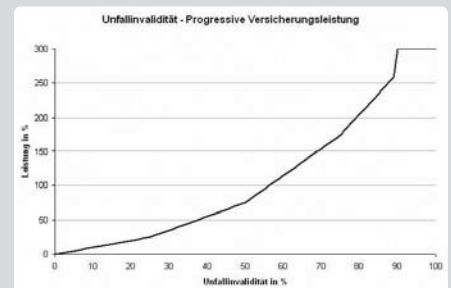
Eine private Absicherung ist in jedem Fall sinnvoll – sowohl für Fachärzte, Assistenz- und Sekundärärzte, als auch für AllgemeinmedizinerInnen. Speziell für Turnusärzte, die rasch studiert haben, ist eine private Absicherung anzuraten, da die staatliche Deckung erst nach Vollendung des 27. Lebensjahres mit mindestens fünf Beitragsjahren zu greifen beginnt.

## Was ist bei einer Versicherung gegen Berufsunfähigkeit besonders zu beachten?

Wichtig ist insbesondere die Leistung bei Invalidität. Hier ist für Ärzte relevant, dass sie eine „erhöhte Gliedertaxe für Ärzte“ in Ihren Vertrag einschließen. Die Tabelle zeigt, welche Gliedertaxen derzeit am Markt zum Einsatz kommen.

Aus den angeführten Beispielen in der Tabelle ist ersichtlich, dass bei einer Versicherungssumme von EUR 100.000,- bei Gebrauchsunfähigkeit eines Daumens laut AUVB-Verbandsbedingungen der Versicherer EUR 20.000,-, der Versicherer A EUR 70.000,- und der Versicherer B EUR 100.000,- leisten würde.

Zu beachten ist auch, dass es unterschiedliche Progressionsstafelungen bei den Versicherern gibt. Die Leistung kann mit der Höhe des Invaliditätsgrades progressiv und nicht nur linear ansteigen.



Beispielskizze: Zusätzliche berufliche Risiken, wie Infektionen (z. B. Hepatitis oder HIV etc.) sind nicht in jeder Versicherung mitversichert. Oft benötigt man hier den Einschluss einer sog. Infektionsklausel.

**Das Thema Berufsunfähigkeit wird in den kommenden Jahren immer wichtiger werden. Eine rechtzeitige Vorsorge kann durch nichts ersetzt werden. Für weitere Details empfehle ich Ihnen sich eingehend in einem Beratungsgespräch mit Ihrem unabhängigen Versicherungsmakler zu informieren. Wichtig ist, dass hier immer ein individuelles Konzept gemacht werden muss.**

# Der Freibetrag für investierte Gewinne – aus weniger Brutto mehr Netto

von Martina Hagspiel

**S**eit dem 1. 1. 2007 können Einnahmen-Ausgaben-Rechner, sowie Freiberufler bis zu 10 Prozent ihres Jahresüberschusses, maximal EUR 100.000,- pro Jahr, einkommensteuerfrei stellen, was wiederum eine Reduzierung der Bemessungsgrundlage für Ihre Einkommensteuer mit sich bringt. Das Ganze nennt sich „Freibetrag für investierte Gewinne (FBiG)“.

Nach dem Entwurf des Steuerreformgesetzes 2009 soll der (in Gewinnfreibetrag umbenannte) Freibetrag attraktiver ausgestaltet werden. Konkret soll er von 10 Prozent auf 13 Prozent angehoben werden und setzt sich zukünftig aus einem Grundfreibetrag und einem allenfalls geltend zu machenden investitionsbedingten Gewinnfreibetrag zusammen.

Für einen Gewinn bis 30.000 € kommt man zukünftig automatisch in den Genuss des Grundfreibetrages in Höhe von maximal 3.900 €, das entspricht 13 Prozent von 30.000 € pro Person und Jahr. Für die Geltendmachung des Grundfreibetrages muss man keine Investitionen nachweisen (als Ausgleich für die begünstigte Besteuerung des 13./14. Bezuges von Lohnsteuerpflichtigen). Dieser wird also bei der Veranlagung zur Einkommensteuer für das Jahr 2010 automatisch berücksichtigt.

Übersteigt der Gewinn die Grenze von 30.000 €, kann man bis zu einem zusätzlichen Gewinn von maximal 739.230 € einen investitionsbedingten Gewinnfreibetrag geltend machen. Voraussetzung dafür ist, dass im jeweiligen Gewinnjahr Investitionen in neue abnutzbare körperliche Anlagen mit einer Nutzungsdauer von mehr als vier Jahren getätigt werden oder begünstigte Wertpapiere gekauft werden. Beides muss natürlich in der Steuererklärung angegeben werden.

Zu beachten ist, dass bei jeder Form der Betriebsausgabenpauschalierung nur der Grundfreibetrag zusteht, nicht aber der investitionsbedingte Gewinnfreibetrag.

Diese Änderungen treten erst ab der Investition mit dem Jahr 2010 in Kraft. Für das Jahr 2009 müssen die 10 Prozent der Gewinne auch unter der 30.000 Euro-Grenze in entsprechendem Umfang investiert werden um diese steuerschonend einsetzen zu können. Werden Investitionen in Verlustjahren getätigt, steht keine Begünstigung in Form des Freibetrages zu.

## Zur Veranschaulichung ein sehr vereinfachtes Beispiel:

Gewinn	40.000
Davon 10 %	4.000
Investitionen	6.000
Möglicher Freibetrag	4.000
Steuerpflichtiger Gewinn	36.000

Im Ergebnis wird dadurch zusätzlich zu den laufenden Abschreibungen die Steuerbemessungsgrundlage vermindert.

Zum begünstigten Anlagevermögen zählen grundsätzlich Wertpapiere, die den Voraussetzungen zur Wertpapierdeckung für Pensionsrückstellungen entsprechen. Diese müssen jedoch mit einem expliziten Hinweis versehen sein, dass sie für den Freibetrag für investierte Gewinne anerkannt sind.

Das Investment in die dafür vorgesehenen §14 Abs 5 Z 4 EStG Fonds, kann bis zu 50 Prozent Steuerersparnis auf das eingesetztes Kapital bringen (je nach betrieblicher Gewinnsituation) – und das ohne die entsprechende Wertentwicklung des Fonds mit einzubeziehen. Selbst in einem schwierigen Marktumfeld und bei fallenden Märkten kann daher in Kombination mit dem Steuerzuckerl ein beträchtlicher Vorteil erzielt werden.

Die Voraussetzung für das Investment ist, dass die begünstigten Wertpapiere, genauso wie erworbene Wirtschaftsgüter, vier Jahre im Betriebsvermögen bleiben müssen. Bei vorzeitigem Verkauf kommt es zur Nachversteuerung. Bei Wertpapieren ist dies nur der Fall, wenn keine Ersatzbeschaffung vorgenommen wird (nur körperliche Anlagegüter können eine Nachversteuerung vermeiden).

Wichtig zu erwähnen ist, dass ein Investment immer im laufenden Kalenderjahr gemacht werden muss. Dies bedeutet, dass der Kauf für heuer noch bis zum 31. Dezember 2009 durchgeführt sein muss.

An dieser Stelle möchte ich für kommende Jahre auch noch auf die Möglichkeit des monatlichen Investierens hinweisen. Leider wird ein monatliches Investment in steuerlich begünstigte Fonds selten empfohlen (wahrscheinlich da diese Variante mit einem größeren Aufwand verbunden ist). Eine Prognose des zukünftigen Gewinnes wird mit Hilfe einer Umsatzplanung und dem Ergebnis des letzten Jahres gemacht.

Die daraus resultierenden 10 Prozent werden auf eine Monatsrate heruntergebrochen.

Ein Sparplan wird in die monatlichen Fixkosten einkalkuliert – dadurch können Engpässe am Ende des Jahres vermieden werden.

Weiters können fallende Märkte bzw. Kursschwankungen in diesen zwölf Monaten als Einkaufsstärke mitgenommen werden, denn niedrige Kurse bedeuten eher ein Kaufsignal als verhaltenes Resignieren oder Abwarten.

Natürlich ist dieses Thema sehr beratungs-, und betreuungsintensiv, denn diese begünstigten Investments unterscheiden sich stark in Ihrer Qualität und in Ihrer Performance.

Hier ist ein Vergleich sehr empfehlenswert, denn es gibt in Österreich tolle Optionen, die nicht immer automatisch bei der Hausbank erhältlich sind.



**Martina Hagspiel**

gew. gepr. Vermögensberaterin,  
Versicherungsmaklerin und  
Beraterin in Versicherungs-  
angelegenheiten  
gem. §94Z. 76 GewO 1994

Mobil: 0664 84 39 414

Email: [office@martina-hagspiel.com](mailto:office@martina-hagspiel.com)

**Disclaimer:** Die angeführten Informationen dienen lediglich der unverbindlichen Information, stellen kein Angebot zum Kauf oder Verkauf der genannten Finanzinstrumente bzw. Versicherungen dar und dürfen auch nicht so ausgelegt werden. Die Informationen dienen nicht als Entscheidungshilfe für rechtliche, steuerliche oder andere Beratungsfragen. Jeder, der diese Daten zu diesen Zwecken nutzt, übernimmt hierfür die volle Verantwortung. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Investitionen in die beschriebenen Finanzinstrumente mit Risiken verbunden und nicht für jeden Anleger geeignet sind. Soweit Informationen zu einer bestimmten steuerlichen Behandlung gegeben werden, wird darauf hingewiesen, dass die steuerliche Behandlung von den persönlichen Verhältnissen des Mandanten abhängt und künftig Änderungen unterworfen sein kann. Die Autorin gibt ausschließlich ihre private Meinung wieder und übernimmt keine Garantie für die Korrektheit, Zuverlässigkeit, Aktualität oder Vollständigkeit der genannten Informationen. Es besteht keine Verpflichtung zur Richtigstellung etwaiger unzutreffender, unvollständiger oder überholter Angaben.