

Brief des Präsidenten

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

von Christian Euler

Nicht ohne Absicht habe ich mir ein wesentliches Thema unserer Generalversammlung, die im Oktober in Rust stattfand, für den vorweihnachtlichen Brief an Sie aufgehoben: Die Treue unserer Mitglieder.

Der Österreichische Hausärzterverband ist die einzige standespolitische Gruppierung der Ärzteschaft, die von ihren Mitgliedsbeiträgen existieren kann. Jedes Jahr überweisen uns hunderte Kolleginnen und Kollegen einen namhaften Betrag als Zeichen ihres Vertrauens in unsere Arbeit. Unser Mitgliedsbeitrag ist noch dazu um ein Mehrfaches höher als in vergleichbaren Gruppierungen. Das sichert seit Jahren die Existenz unseres Verbandes, der traditionsgemäß keine lukrativen Kammerämter zu vergeben hat. Dabei ist es wesentlich zu wissen, dass die großmächtigen Ärztekammerfraktionen von ihren Funktionären „Parteisteuern“ einfordern, dass also jede/jeder in ein Amt gewählt/r beweisen muss, dass sie/er weiß, wem er diese Funktionärsaufgabe und die damit verbundene finanzielle Aufwandsentschädigung zu verdanken hat.

Dem ehrenamtlichen Engagement im Hausärzterverband könnten diese Gruppierungen nicht viel abgewinnen. Sie finanzieren sich über ihre Mitglieder in bezahlten Funktionen der Standesvertretung, wir finanzieren uns über freiwillig geleistete Mitgliedsbeiträge. Das gibt auch die Richtung unseres Denkens und unserer Bemühungen vor. Wir transportieren die Anliegen der Basis in die Gremien, und sind davor geschützt von oben herab zu agieren. Für diese Bodenständigkeit und ihre ermutigenden Beweise der Wertschätzung unserer Arbeit danke ich Ihnen in aller Form und aus vollem Herzen.

Wir haben die letzten sechs Jahre unsere Finanzen und unsere Mitgliederkartei professionell verwalten lassen. Durch das unerwartete Ableben unseres Schatzmeisters Nitsch-Fitz und einige Jahre später das gleiche Schicksal unserer Hanni Baselli waren wir gut beraten, die Hilfe des Wirtschaftstreuhänders Peter Eisenreich anzunehmen. Mit seinem Wissen und den Möglichkeiten seiner Kanzlei wurden die buchhalterischen Hinterlassenschaften aufgearbeitet und in einen tadellos geordneten Zustand gebracht.

Es ergibt sich jetzt die Möglichkeit, die Mitgliederverwaltung und Buchhaltung wieder selbst durchzuführen. Grund dafür ist der mit 1. Jänner 2008 beginnende Ruhestand unseres Dr. Paul Reitmayr als Kassenvertragsarzt. Paul ist seit „Menschengedenken“ Schatzmeister der niederösterreichischen Großgruppierung und seit drei Jahren auch des ÖHV. Er ist mit der Materie vertraut und bereit den nötigen Teil seiner neu gewonnenen Freizeit für die Ausübung dieses Amtes aufzuwenden.

Somit habe ich Herrn Peter Eisenreich und seinen Mitarbeitern für die geleistete Arbeit der letzten Jahre zu danken. Auf der durch ihren Einsatz entstandenen soliden Basis können wir guten Mutes in Eigenregie weiterarbeiten.

Paul Reitmayr danke ich nicht minder für seine Bereitschaft diese Aufgabe zu übernehmen, wir wissen sie in besten Händen und freuen uns sehr, dass er nicht, wie viele Kolleginnen und Kollegen nach ihrer Pensionierung aus dem ÖHV austritt, sondern ganz im Gegenteil noch fester eintritt. Als erste Handlung seiner neuen Aufgabe hat der sparsame Paul bereits bei der Generalversammlung den Antrag gestellt, die Mitgliedsbeiträge zu senken.



Dies einerseits, weil wir durch umsichtiges Wirtschaften auf ausreichend sicheren finanziellen Beinen stehen, vor allem aber um Ihnen, geschätzte Kolleginnen und Kollegen, mit dieser Geste für Ihre hohe Zahlungsmoral zu danken. Der Mitgliedsbeiträge für 2008 ist demnach: € 90, für Mitglieder der ÖGAM € 80, für pensionierte Kolleginnen und Kollegen € 30.

Ein turbulentes Jahr geht zu Ende. Geschlagene Wahlen, abgesagter Ärztestreik, weiterer Ausbau der Gesundheitselektronik, eine neue Gesundheitsministerin... All diese Ereignisse haben die Themen in unserem „Hausarzt“ mitbestimmt. Ich danke dem MPV-Verlag für seine ambitionierte Zusammenarbeit, die uns auch im kommenden Jahr eine attraktive Möglichkeit geben wird mit Ihnen in Kontakt zu bleiben.

Ob die kommenden Festtage als gnadenreiche Zeit Ihr gläubiges Herz stärken, oder als willkommene Unterbrechung des Arbeitsjahres nur ihren müden Körper, sie mögen Ihnen erholsame frohe Stunden bescheren. Bleiben Sie uns auch im kommenden Jahr gewogen, gemeinsam werden wir besser gerüstet sein für alles, was es bereithält.

Ein frohes Weihnachtsfest und glückliches neues Jahr

Ihr
Christian Euler

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

Kommentare zu unseren Beiträgen sind als Eintrag in das Gästebuch unserer Homepage www.hausaerzterverband.at erwünscht.

Vom Gesundheitssystem zum Gesundheitsmarkt

von Norbert Jachimowicz



Mit großem Erstaunen und großer Sorge verfolgen wir zu Zeit die Turbulenzen im österreichischen aber auch im europäischen Gesundheitssystem. Krankenkassen, die ausgehungert und in die Insolvenz getrieben werden, Ärzte und Krankenanstalten, die mittels bürokratischer Auflagen – alles angeblich im Interesse einer besseren Qualität – in die Handlungsunfähigkeit getrieben werden und mittels oft sinnloser Handlungsanweisungen - siehe ECO, ABS gequält werden.

Wenn die neue Hygieneverordnung so kommt, wie es zu sein scheint, werden kleine ambulante chirurgische Eingriffe in den Praxen nicht mehr möglich sein und die elektro-nische Gesundheitsakte wird unsere Praxen dann endgültig ruinieren.

Warum ist das so?

Dahinter stehen zwei große europaweite strategische Ziele:

1. Das Gesundheitssystem soll zum Gesundheitsmarkt werden und die großen Kapitalgesellschaften möchten in diesen sicher expandierenden Sektor eindringen
2. Dadurch - und das ist das zweite Ziel – wollen die Kapitalgesellschaften die volle Kontrolle über die Arbeitnehmerschaft und auch die Arbeitslosen erlangen.

Um dieses Ziel zu erreichen müssen, um österreichische Verhältnisse als Beispiel zu nehmen, als erstes die Ärzte und als zweites die sozialpartnerschaftlich geführten Krankenkassen ausgeschaltet werden.

Was die Ärzte betrifft, gibt es in der EU eine Vorgabe, die die Abschaffung sämtlicher Kammern der freien Berufe in der EU zum Ziel hat - also auch die Ärztekammern, da diese ja den freien Dienstleistungsverkehr innerhalb der EU behindern. In Österreich wird daher durch das Aushungern der Krankenkassen versucht, die Vertragsärzteschaft in eine Vertragskündigung zu treiben, um dann Schlag auf Schlag durch Änderungen des ASVGs die Schaffung von allgemeinen Versorgungszentren, die dann von Gesellschaften wie der STRABAG, Hartlauer, oder großen Versicherungen betrieben werden, zu ermöglichen.

In diesen AVZ arbeiten dann Ärztinnen und Ärzte, die weisungsgebunden die Bevölkerung nach streng vorgegebenen Richtlinien behandeln, was eine intensive Arzt-Patientenbeziehung erst gar nicht aufkommen lässt – ja sie möglichst zu verhindern trachtet. Verschrieben werden jene Medikamente, die das AVZ vorgibt, ohne Rücksicht auf die Befindlichkeit des Patienten. Krankgeschrieben wird dann, wenn es der Konzern vorgibt.

Wer als Patient damit nicht zufrieden ist, und wer es sich leisten kann, möge zum Privatarzt ausweichen.

Die Krankenkassen sind in einem solchen System nur mehr Inkassostellen der Sozialversicherungsbeiträge und werden über kurz oder lang eliminiert. Damit wird aber auch der Arbeitnehmereinfluss auf das Gesundheitssystem auf ein Minimum zurückgefahren. Gewerkschafter werden in Zukunft nichts mehr im Gesundheitssystem mitzureden haben, womit neben Konsum und BAWAG nun auch die dritte und letzte Säule gewerkschaftlicher Macht - nämlich die Krankenkassen - zum Einsturz gebracht wird.

Wir kämpfen heute und jetzt für eine unabhängige, nicht weisungsgebundene Ärzteschaft, denn nur eine solche garantiert der Bevölkerung und insbesondere den Arbeitnehmern eine optimale, den individuellen Bedürfnissen gerecht werdende, Versorgung. Wir sind sehr erstaunt, dass in dieser so gefährlichen Situation die Vertretung der Arbeitnehmerschaft, also Gewerkschaften und Arbeiterkammer, so schweigsam und duldsam dieser Entwicklung zuschauen.

Dr. Norbert Jachimowicz

ERNST HUBER ETHIK-SYMPOSIUM 2008 GRENZEN DES ORGANERSATZES

Ort: Gasthof Maria Plain - Plainbergweg 41-43, 5101 Bergheim bei Salzburg
Zeit: 22. – 23. Februar 2008, Beginn: 22.2.2008 um 15.00 Uhr

Festvortrag von Univ.-Prof. Dr. Christian Kopetzki, Wien: „Grenzen des Organersatzes“

Themen: Organersatz - intrauterine Therapien? Moderator: Univ.-Prof. Dr. Christoph Aufricht, Wien

Neonatalogie – Überleben um jeden Preis? Moderator: Prim. Univ.-Doz. Dr. Hans Salzer, Tulln

Organersatz – Ökonomie und Akollation. Moderator: Mag. Thomas Russegger, Salzburg

Mandatory Organ Donation Declaration. Moderatorin: Univ.-Doz. DDr. Barbara Maier, Salzburg

Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. Christoph. Aufricht, Wien

Information und Anmeldung: ÖGK für Gesundheit, Ulrike Geosits

5020 Salzburg, Borromäumstraße 12, Tel.: 0662/632940 Fax: 0662/641516, e-mail: office@gruenes-kreuz.org

Wieder einmal Debatte um Ärzteneinkommen

Die Werte des Rechnungshofs sind durch Erhebungsmodalitäten allerdings massiv verfälscht

von Christoph Reisner

Zufälligerweise genau am bundesweiten Protesttag erschienen in allen größeren Tageszeitungen oberflächliche Berichte, wonach sich Ärztinnen und Ärzte laut einem Einkommensbericht der Statistik Austria über die höchsten Einkommen in Österreich freuen dürfen. FachärztInnen würden im Schnitt 113.000.- Euro pro Jahr verdienen, ZahnärztInnen 96.000.- Euro und AllgemeinmedizinerInnen immerhin noch 79.000.- Euro.

Nachdem diese Zahlen nicht einmal ansatzweise mit unseren eigenen statistischen Werten in Einklang stehen, war eine genauere Überprüfung des etwa 450 Seiten starken Druckwerkes notwendig. Diese Analyse ist deutlich ausgefallen: Angestellte ÄrztInnen sind nicht exakt erfasst und beeinflussen allenfalls die Bewertung der Angestellten im öffentlichen Gesundheitswesen. So sind die veröffentlichten Werte ausschließlich auf den selbständigen ärztlichen Bereich bezogen.

Doch bei den Erläuterungen im vorliegenden Rechnungshofbericht werden weitere grobe Unschärfen erkennbar. So heißt es dort wörtlich, dass „Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit schlecht erfasst sind“, da „steuerliche Gegebenheiten bewirken, dass steuerpflichtige Einkommen der Selbständigen häufig nicht den tatsächlichen entsprechen.“ Konkret bedeutet das für die niedergelassenen ÄrztInnen, dass aufgrund mangelnder steuerlicher Gestaltbarkeit das Betriebsergebnis der Arztpraxen - die teilweise mittelständische Größenordnung haben - als „persönliches“ Einkommen in die Steuererklärung wandert. Alle anderen Freiberufler können als Gesellschaftsformen beispielsweise Kapitalgesellschaften wählen, die es ermöglichen, den Gewinn teilweise

sogar Steuer schonend „im Betrieb“ zu lassen und so eine Schmälerung des „persönlichen Einkommens“ zu erwirken. Hier wird also die seit Jahren immer wieder durch die Ärztekammer kritisierte steuerliche Benachteiligung der ÄrztInnen in der Argumentation scharf gegen uns verwendet.

Eine wirklich qualifizierte Vergleichbarkeit etwa mit Steuerberatern oder Rechtsanwälten ist also keinesfalls gegeben. So ist es diesen Berufsgruppen problemlos möglich, größere Teile ihres Einkommens in Kanäle zu leiten, die in vorliegendem Bericht nicht erfasst sind. Was diese wohl auch zu nutzen wissen, da dort üblicherweise große steuerliche Vorteile vorhanden sind. Laut offizieller Zahlen verdient der durchschnittliche Oberarzt (Facharzt) im Krankenhaus in Niederösterreich auf Basis einer 40-Stunden-Woche ein Bruttojahresgehalt von knapp 50.000.- Euro (netto 13,68 Euro pro Stunde), Turnusärzte verdienen etwa 36.000.- Euro pro Jahr (netto 8,66 Euro pro Stunde). Die ungefilterte Behauptung, die Fachärzte Österreichs würden im Schnitt mehr als das Doppelte dieses Betrages verdienen, treibt jedem Arzt berechtigterweise die Zornesröte ins Gesicht. So bekommen Vergleiche mit Beamten (knapp über 40.000.- Euro) und einfachen Angestellten (etwas mehr als 25.000.- Euro) eine ganz andere Bedeutung. Immerhin handelt es sich bei Ärzten um hoch qualifizierte Akademiker mit Verantwortung für Leib und Leben, die von Montag bis Sonntag rund um die Uhr für ihre PatientInnen zur Verfügung stehen.

Das angegebene Einkommen von 79.000 Euro beispielsweise für AllgemeinmedizinerInnen entspräche jedenfalls einem monatlichen Nettoeinkommen von 2.340.- Euro netto umgerechnet auf die steuerliche Situation eines unselbständig Tätigen bei 40 Arbeitsstunden pro Woche. Darin noch



Foto: Tschank - WienerNeustadt

nicht einkalkuliert sind weitere „Unschärfen“ bei freiberuflichen ÄrztInnen wie Unternehmerrisiko, Rücklagenbildung für Investitionen sowie nicht vorhandene Absicherung im Krankheitsfall und die Wochenendbereitschaftsdienste. Dieser Wert spottet jeder Beschreibung, vor allem in Anbetracht des Tätigkeitsprofils und der Verantwortung. Eine seriöse und vor allem unabhängige Analyse von Einkommensdaten unter Berücksichtigung der angeführten Punkte würde daher ein gänzlich anderes Bild von der Ärzteschaft zeichnen. Hier wurden jedoch die berühmten Äpfel mit Birnen verglichen. Was mit diesen Pressemeldungen beabsichtigt wird, ist jedoch klar. Auch im Hinblick auf die Tatsache, von wem sie kommen und vor allem wann sie kommen!

Dr. Christoph Reisner
Präsident der ÄK für Niederösterreich
www.wahlarzt.at

17. Österreichischer Impftag 2008

am 5. April 2008 im Hotel Renaissance Salzburg

Infos: ÖGK für Gesundheit, e-mail: office@gruenes-kreuz.org, Tel: 0662/632940 Fax: 0662/641516

Das ÖGK für Gesundheit wünscht Ihnen ein besinnliches Weihnachtsfest und ein erfolgreiches neues Jahr.

NÖ Gruppenpraxen: Gelungener Wurf oder Totgeburt?

von Wolfgang Geppert

Wer auf einen zukunftsweisenden Gesamtvertrag wartet, der sämtliche Formen kassenärztlicher Zusammenarbeit ermöglicht, könnte enttäuscht werden. Vor der Tür steht eine Minimalvariante voller Einschränkungen und Honorarabschlägen. Das Projekt NÖ Gruppenpraxen droht zu floppen, bevor es aus der Taufe gehoben worden ist. Unter diesen Vorgaben werden wir Vertragsärzte das Rennen gegen die geplanten Allgemeinen Versorgungszentren verlieren.

Interessierten wird angeraten, vor dem Einstieg in das Thema eine Lektion in Fachchinesisch zu nehmen, um über den geplanten Gruppenpraxen-Vertrag in NÖ mitreden zu können. Noch kryptischer wird es bei den Abkürzungen für die geplanten Formen der kassenärztlichen Zusammenarbeit: ZLP, originäre GP, JSP, NFP und so weiter. Aus Platzgründen wird hier die exakte Aufschlüsselung aller Modelle unterbleiben. Was folgt, ist eine vereinfachte Form der Darstellung: Wenn zwei oder mehrere Vertragsärzte im Ort zusammengehen, dann sprechen wir von der „Zusammenlegungspraxis“. Teilen sich zwei oder maximal drei Kollegen eine Planstelle, nennen wir das eine „Jobsharingpraxis“. Die Aufteilung einer Stelle zwischen dem Inhaber des Vertrages und seinem Nachfolger wird als „Nachfolgepraxis“ bezeichnet. Dann gibt es noch die fachgleiche, aber intern spezialisierte Gruppenpraxis. Maximal drei Fachkollegen, die sich auf unterschiedliche Zusatzfächer spezialisiert haben, teilen eine Vertragsarztstelle miteinander. Eine der sechs Formen ermöglicht es Neurologen und Psychiatern zusammenzugehen. Zuletzt bleibt noch die „originäre GP“.

Diese Spielform birgt in sich jede Menge standespolitischen Sprengstoffs. Stellen die Gesamtvertragsparteien einen entsprechenden Bedarf fest, dann kann so eine originär vereinbarte GP mit zwei oder mehreren Gesellschaftern ausgeschrieben werden. Auch das Zusammenwürfeln verschiedener Fachrichtungen ist dabei möglich. Bei meinen folgenden Ausführungen fasse ich alle sechs Formen zum übergeordneten

Begriff „Gruppenpraxis“ zusammen und verwende dafür die Abkürzung „GP“. Für die Mehrzahl nehme ich das Kürzel „GPs“ in Anspruch.

Zwangsehen

Nachdem gesetzliche Bestimmungen festlegen, dass nur der fachlich qualifizierteste Bewerber eine Kassenplanstelle zugesprochen bekommen kann, werden Gesellschafter unter gewissen Umständen gezwungen, einen „Fremden“ in ihre Runde aufzunehmen. Ein namhafter Rechtsexperte bringt in seinem Gutachten über den vorliegenden Entwurf eines GP-Gesamtvertrages dazu ein anschauliches Beispiel: „Bei einer originären GP mit drei Gesellschaftern muss infolge Pensionierung eines der Gesellschafter eine Stelle neu ausgeschrieben werden. Diese ist unter Einhaltung der gesetzlichen Regelung... nach zu besetzen. Die in der originären GP verbleibenden zwei Gesellschafter erhalten einen neuen Gesellschafter, dessen Person sie nicht selbst bestimmen können.“ Dieser Neueinsteiger ist der erstgereichte Bewerber. Der Experte dann weiter: „Mit diesem haben sie als wirtschaftlich freie Unternehmer einen Gesellschaftsvertrag abzuschließen oder diesen in den bestehenden Vertrag aufzunehmen, ob dies gewünscht ist oder nicht.“

Wahl zwischen zwei Übeln

Unsere Kurie gerät mit den GP Modellen in Teufels Küche. Selbst Standesvertreter mit rosaroter Brille haben ihre Zweifel daran, dass der in Aussicht stehende NÖ GP-Gesamtvertrag Kooperationswillige in großer Zahl anlocken wird. Insidern ist klar, dass, was den Kassenvertragsärzten Jahrzehnte lang vorenthalten worden ist, nämlich breit gefächerte Kooperationsformen, nicht mit einem Schlag herbeigezaubert werden kann. Die zahlreichen Einschränkungen und die vom Hauptverband geforderten Honorarabschläge könnten das Projekt zum Bauchfleck werden lassen. Nämlich dann, wenn sich nur eine kleine Anzahl von Kollegen in dieses Vertragskorsett schnüren lässt. Doch auf einen Flopp dieser Art lauern die Sparpolitiker, um ihre von langer Hand geplante Etablierung Allgemeiner Versorgungszentren, kurz AVZs genannt, Wirklichkeit werden zu lassen. Selbst die Gesundheitsministerin hält an der Schaffung



Dr. Wolfgang Geppert

dieser Zentren fest. Der Glaube der Reformen an diese Wunderwaffe im Kampf gegen die Kostenexplosion im Gesundheitsbereich wird erst dann erschüttert, wenn die ersten Bilanzzahlen solcher Zentren vorliegen. Werden diese Versorgungseinheiten durch Bund oder Land geleitet, dann können schon heute rote Bilanzzahlen prognostiziert werden. Betreiben Hartlauer und Co die AVZs, dann schaut es primär für die dort tätigen Kollegen düster aus. Das Lohnniveau sinkt in den Keller und die Arbeitsbedingungen ähneln in kurzer Zeit denen in einem Billigmarkt. So haben wir Ärztevertreter die Wahl zwischen zwei Übeln. Heben wir ein verbocktes System aus der Taufe, dann ist ein Flop dieser notwendigen Innovation vorgeben. Lassen wir aus Vernunftgründen ein derartiges Regelwerk fallen, dann höre ich schon heute die abwertenden Äußerungen einiger Landes- und Bundespolitiker: „Kammer und Kasse sind unfähig, neue patientenfreundliche Versorgungseinheiten zu etablieren!“

Blick in die Zukunft

Der Zeitpunkt meiner Betrachtungen fällt auf den dritten Sonntag im November. Die Dezember-Ausgabe fordert einen derart frühen Redaktionsschluss. Es wird spät abends und im Hintergrund läuft Ö3 mit den Sternstunden von Gerda Rogers. Am Telefon eine Enddreißigerin mit Partnerproblemen. Die Astrologin beschreibt die astrale Konstellation und fällt in Sekunden-schnelle ihr Urteil: „Lassen sie die Finger von diesem Mann!“ Ich bin geneigt, zum Hörer zu greifen, um der Astrologin meine Frage zu stellen: „Frau Rogers, wie stehen die Sterne für Gruppenpraxen in NÖ?“ Schnell lasse ich den Plan fallen, weil mir klar wird, hier bei Ö3 geht es um Liebesfragen. Und Liebe zu den Ärzten ist beim

GP-Gesamtvertrag sicher nicht im Spiel. Schon der Gesetzgeber zeigt den zukünftigen Gesellschaftern mit den Vorgaben des ASVG, der Reihungskriterienverordnung und den Niederlassungsrichtlinien die kalte Schulter. Doch besonders lieblos empfinde ich die Bedingung unseres Vertragspartners, GPs für Kassenärzte nur unter gleichzeitiger Akzeptanz von Honorarabschlägen Wirklichkeit werden zu lassen. Die Rabattgewährung der Röntgenologen bei ihrer GP-Etablierung haben Hauptverband und die Gebietskrankenkassen auf den Geschmack gebracht. Zahlreiche Experten warnen vor einer Reduktion der ohnehin bereits niedrigen Kassentarife. Was im täglichen Betrieb erspart wird, geht mit erhöhtem Aufwand bei Rechtsanwälten und Steuerberatern verloren.

Da GPs nur in Form Offener Erwerbs-Gesellschaften auftreten können, sind erhöhte Verwaltungskosten unvermeidbar. Das beginnt schon mit der Eintragung ins Firmenbuch. Die in Zukunft vom Kammeramt erarbeiteten Mustergesellschaftsverträge werden nicht immer das Wohlgefallen der Ärzte-Berater genießen. Ähnlich den Medizinern, die oft kritisch die Behandlungsmethoden anderer Kollegen beurteilen, agieren auch viele Juristen und Wirtschaftstreuhandler. Schon jetzt höre ich die Stimmen der Experten: „Den Mustervertrag kann ich ihnen nicht empfehlen.“ Zwei Tage vor Beginn der Kassenverhandlungen in Sachen GPs versuche ich mich als Frau Rogers und wage einen Blick in die Zukunft.

In zwei bis drei Jahren wird es ein Leichtes sein, den HAUSARZT 12/2007 aus dem Archiv zu holen und meine Prophezeiungen mit der Realität zu vergleichen. Mein von mir erwarteter Geburtstermin für das Regelwerk ist der erste April 2008. In diesem Zusammenhang rechne ich mit einem erhöhten Arbeitsaufwand des Kammeramtes. Schon heute gibt es Anfragen in dieser Causa. Doch nach Bekanntwerden des endgültigen Vertragstextes werden die zuständigen Kammerangestellten, wie Frau Mag. Frieß, Frau Eisenbarth und Frau Grünberger, mit Anfragen sicher überhäuft. Die Komplexität der Materie lässt eine Beratung zwischendurch nicht zu. Folge: Die besagten Kräfte brauchen personelle Unterstützung. Die Einstellung einer zusätzlichen Fachkraft wird unumgänglich sein. Womöglich muss auch ein zusätzlicher Jurist angestellt werden. Das alles könnte schlussendlich eine Erhöhung der Kammerbeiträge zur Folge haben.

Honorarreduktionen als Gefahr für alle Vertragsärzte

Einige mutige Kollegen stehen schon jetzt in den Startlöchern und können es nicht erwarten, eine GP zu gründen. Doch Achtung! Die Wermutstropfen sind gar zahlreich. Bei vielen Formen fällt der ordinationsfreie Tag ins Wasser. Zweimal in der Woche heißt es nach

15.00 Uhr geöffnet halten. Die Gebietskrankenkasse wird an dieser Steigerung des Service Gefallen finden. Auch die Honorarabschläge lassen die Herzen der Sozialversicherer höher schlagen. Womöglich so hoch, dass sie eines Tages die Nachbesetzung der Einzelpraxen verweigern und den weich geklopften Jungkollegen das Einscheren in eine Gruppenpraxis nahelegen werden: Zwangsehen zum Vorteil der Kassen.

Erweiterte Stellvertretung als Dauerbrenner

Kooperationswillige Kollegen in NÖ haben die so genannte Erweiterte Stellvertretung schätzen gelernt. Schon heute besteht ein permanenter Druck auf die Kurienführung, die Anzahl dieser Stellen aufzustocken.

Der relativ unkomplizierte Zugang zur Erweiterten Stellvertretung kann Grund dafür werden, dass den GPs mit all ihren Hürden ein Schattendasein zukommt. Nach dem Motto: „Besser der Spatz in der Hand...“ Sollten meine Voraussagen nicht eintreten und wider Erwarten ein Run auf die GPs einsetzen, so hätten die Planer der staatlichen Versorgungszentren das Nachsehen.

Dr. Wolfgang Geppert, 2193 Wilfersdorf
e-Mail: geppert@aon.at

Beitrittserklärung:

Ja, ich trete dem ÖHV bei:

- als ordentliches Mitglied (Arzt/Ärztin f. Allgemeinmedizin, in Ausbildung, in Pension) 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@utanet.at, Internet: www.hausaerzteverband.at



Name

Adresse

Telefon

e-Mail

Unterschrift

Stampiglie

Eine Bemerkenswerte Veranstaltung

von Peter Pözlbauer

Am 28. November 2007 luden das FORUM LAND und die IG-Med zu einer gemeinsamen Veranstaltung nach Altlangbach in das Hotel Steigenberger. Die Diskussionsveranstaltung trug den Titel „Der Landarzt als Werteträger. Ist seine Existenz gefährdet?“

Das Podium war mit den Repräsentanten der IGMed, der Abgeordneten zum Nationalrat Landesbäuerin Frau Anna Höllner und - als Star des Abends - Bundesminister Dipl.-Ing. Josef Pröll besetzt.

Die Ärzte sprachen mit Empathie. Dr. Schwarz hatte sogar einen seiner Patienten mitgebracht, der aus seiner eigenen, sehr persönlichen Lebenssituation die Wichtigkeit der Arzt-Patient-Beziehung darstellte, was im Auditorium tiefen Eindruck hinterließ.

Frau Abgeordnete Höllner zeigte Verständnis für die Nöte der Landärzte, wich aber keinen Finger breit von der Parteilinie ab, in der AVZs ein fixer Bestandteil sind. Minister Pröll war da wesentlich umgänglicher. Er hatte allerdings auch seine Stammwähler im Saal, die genauso von Budgetkürzungen bedroht sind wie wir Ärzte. Vielleicht machte ihn gerade das aufgeschlossen und gesprächsbereit.

In der anschließenden Diskussion zeigten sich sehr rasch zwischen Landwirten und Landärzten Meinungsunterschiede, die es



Von links: **Präs. Ing. Hans Penz**, Direktor des NÖ Bauernbundes, **Dr. Christian Eglseer**, IGMed, niedergelassener Internist, Amstetten, **Dr. Christian Schwarz**, IGMed, Allgemeinmediziner mit Hausapotheke, Oberndorf an der Melk, **NR Anna Höllner**, **BM DI Josef Pröll**, **Prim. Univ.-Doz. Dr. Gerhard Schwab**, FA für Chirurgie, Klinikum Krems, **Richard Grasl**, Chefredakteur des ORF NÖ

wert gewesen wären, kontroversiell abgehandelt zu werden. Dass es dazu nicht kam, war schade, aber der Verlauf von Diskussionen scheidet immer und überall der gleiche zu sein. Nur mit Mühe konnte sich der Moderator in das Schlusswort flüchten, das er - eine nette Geste - einen Medizinstudenten sprechen ließ. Insgesamt war es eine gelungene Veranstaltung, die in einem gemütlichen

Meinungsaustausch bei Wein und Brot endete. Als Erfolg können die Veranstalter für sich verbuchen, dass Minister Pröll ihnen ein Gespräch angeboten hat, eine Gelegenheit, die sie hoffentlich in unser aller Interesse nützen werden. Der Ärzteschaft sind, will sie in der öffentlichen Meinung wieder wahrgenommen werden, viele IGMed's zu wünschen.

Fortbildungsveranstaltung „Gangstörung in der Rehabilitation“

Freitag, 29. Februar 2008, 8.45 bis 13.00 Uhr

Wiener Rathaus, Nordbuffet anlässlich des 4. Wiener Rehabilitationstages

Veranstalter: Univ.-Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation AKH Wien. Österreichische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation. **Wissenschaftliche Leitung:** Univ.-Prof. Dr. Tatjana Paternostro-Sluga

Themen: Gangstörungen bei Wirbelsäulenerkrankungen und Arthrosen, bei Endoprothesen, bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen und Osteoporose, bei PAVK, bei Erkrankungen des ZNS und PNS, bei Querschnittlähmungen, bei Amputationen sowie Schwindel im Alter

ReferentInnen: M. Dominkus • W. Grisold • M. Köller • R. Koppensteiner • C. Mittermaier • M. Mödlin • T. Paternostro-Sluga • M. Pinter
M. Quittan • M. Vogelauer • C. Zorn

Die Fortbildung ist für das DFP der ÖÄK mit 4 Punkten approbiert.

Information: MedEvent, T: 01/545 38 10, e-mail: medevent@medevent.cc



Zum Thema Datensicherheit

Ein Interview mit Jürgen Gambal von Christian Euler

Zur Person Jürgen Gambal. In Judenburg/Steiermark aufgewachsen, war von 1964 bis 2005 mit Softwareentwicklung und Beratung für das Österreichische Gesundheitswesen beschäftigt. In diesen Jahren Leiter der IT-Abteilung der AUVA, Mitautor des Dokumentes „Strategie für eine nationale Gesundheitstelematik“ im Auftrag des Gesundheitsministeriums, seit 1995 Mitglied der STRING-Kommission (Standards und Richtlinien für den Informatikeinsatz im österr. Gesundheitswesen), Mitglied des ON Komitees 238 „medizinische Informatik“, Vorsitzender des Arbeitskreises „Gesundheitswesen“ bei AUSTRIAPRO, einer Organisation der Wirtschaftskammer, Mitglied internationaler Arbeitsgruppen zur Standardisierung des Nachrichtenaustausches im Gesundheitswesen, ist derzeit auch Leiter der AG Strategie bei E-Health Experts im Rahmen der UBIT (UnternehmensBereich Informationstechnologie) in der WKÖ.

Euler: Sehr geehrter Herr Gambal. Ich habe Sie vor mehr als zehn Jahren das erste Mal gesehen. Es war in Graz bei einer Tagung über Krankenhaus-telematik. Ich war als e-card-Gegner eingeladen. Noch heute denke ich mit Dankbarkeit an Ihre zuvorkommende und respektvolle Art dem einzigen Technikskeptiker gegenüber, der nicht einmal eine E-Mail-Adresse hatte, gleichsam ein Obdachloser war. Sie waren schon damals ein Routinier der elektronischen Datenverarbeitung im Gesundheitswesen. Bitte schildern Sie unseren Lesern Ihren Weg zum Experten.

Gambal: Ich habe mein Maschinenbaustudium nach sechs Semestern abgebrochen und bin 1964 in die AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) als Programmierer eingetreten. 1968 absolvierte ich bei IBM die ersten Seminare über Datenbanken im Gesundheitswesen. 1971 wurde ich in der AUVA Abteilungsleiter und war ab 1977 für die Entwicklung des Krankenhausinformationssystem (KIS) „ASTRA“, das 1984 erstmals in Graz implementiert wurde, verantwortlich.

In den 90er Jahren wurde die digitale Bildverarbeitung mit eingebunden. Das System läuft noch heute erfolgreich in sieben Unfallkrankenhäusern. Damals bin ich in zahllosen Nächten mit den Ärzten der Krankenhäuser zusammen gesessen und habe die Anforderungen an das System hautnah kennen gelernt. Danach war ich KIS-Berater in freiberuflicher Tätigkeit, ich habe mich auch mit Nachrichtenstandardisierung für das Gesundheitswesen beschäftigt. Kurz: Ich bin ein IT-Saurier im Gesundheitswesen und gehöre damit einer aussterbenden Rasse an.

Euler: Es sind einige Fragen, die ich Ihnen zur genaueren Erörterung vorlegen will. Dies deshalb, weil Ihnen niemals Fortschrittsfeindlichkeit und Aktionismus vorwerfen kann. Nach wiederholten Aussagen derzeit Verantwortung tragender Gesundheitspolitiker ist für ELGA mit Kosten von 30 Millionen Euro zu rechnen. Sie halten das Zehnfache für realistischer?

Gambal: Es gibt internationale Erfahrungen. Zum Beispiel hat Kanada 2003 einen Fünfjahresplan für die Entwicklung des Gesundheitswesens budgetiert. In diesem Rahmen wurden für die Einführung eines EHR (electronic health record) 600 Mill. Dollar veranschlagt.

Dabei ist zu erwähnen, dass Kanada, so wie auch Australien, auf den Erfahrungen des GEHR (good electronic/european Health Record), einem von der EU 1991 bis 1995 geförderten Projekt, aufgebaut haben und daher bereits jahrelang an dessen Weiterentwicklung arbeiten. In Fachkreisen werden diese Aktivitäten zitiert und die veranschlagten Summen als realistisch eingestuft. Interessierte kann ich auch auf eine Diplomarbeit verweisen: Internationale



Entwicklung des elektronischen Gesundheitsakts am Beispiel Kanada und USA. (Internetadresse siehe Seite 52).

Euler: Sie haben sich kritisch zu den zwei Machbarkeitsstudien betreffend ELGA geäußert, die nebenbei bemerkt zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Vor allem weisen Sie darauf hin, dass nur bei empfindlicher Lockerung des Datenschutzes an eine Machbarkeit zu denken ist.

Gambal: Bereits im Jänner 2005 hat Frau Ministerialrätin Dr. Kotschy und die STRING-Kommission eine datenschutzrechtliche Analyse zu ELGA erarbeitet. In ihren Schlussfolgerungen schreibt sie: **Auch im Falle der Führung eines lebensbegleitenden elektronischen Gesundheitsaktes auf Basis der grundsätzlichen Einwilligung des Betroffenen wird es notwendig sein, eine entsprechende gesetzliche Grundlage für ELGA zu schaffen, da aus Praktikabilitätsabwägungen nicht davon ausgegangen werden sollte, dass in jedem Einzelfall der Verwendung von ELGA-Daten die ausdrückliche Zustimmung des Betroffenen eingeholt und dokumentiert werden kann.**

Auch in den beiden vom BMfGFJ in Auftrag gegebenen Studien wird darauf hingewiesen, dass zur Einrichtung von ELGA im Zusammenhang mit dem Datenschutzgesetz ein eigenes Gesetz erforderlich ist und eine klare und interpretationsfreie Definition seitens Politik unbedingt erforderlich ist. In der aktuellen Planungsphase werden diese gesetzlichen Änderungen wohl als notwendig erkannt, aber damit beschäftigt man sich erst zu einem späteren Zeitpunkt. Devise: wir rennen einmal los, wir werden schon sehen, wohin wir kommen.

Euler: Sie stellten schon öfter fest, derzeit wisse kein Mensch auf der Welt, wie eine elektronische Gesundheitsakte benutzerfreundlich für Heilberufe zu gestalten wäre.

Gambal: Ich möchte ausdrücklich festhalten, dass ich natürlich für eine Verfügbarkeit relevanter Gesundheitsinformationen auf elektronischer Basis bin. Weltweit herrscht in den Industrienationen Einigkeit: ELGA wird kommen. Nur das österreichische Projekt wird meiner Erfahrung nach so nicht





funktionieren. Alle Betroffenen und deren kritische Fragen werden ausgeklammert, ein Nutzen kann noch nicht bemessen werden, mit Inhalten und Struktur beschäftigt sich niemand und eine organisierte Information der Öffentlichkeit findet nicht statt, obwohl dafür bereits Mittel freigegeben wurden.

Euler: Die Ärzteschaft stellt ihren Mitgliedern gegenüber ELGA als utopisches Projekt dar, über das sich standespolitisch den Kopf zu zerbrechen verfrüht sei.

Gambal: Univ.- Prof. DI DDr. Wolfgang Dorda stellt in seinen Vorträgen unermüdlich fest: ELGA ist primär ein inhaltlich medizinisches Thema! Ich kann diese Feststellung nur unterstützen: Dieses Projekt darf nicht den Technikern überlassen werden! Erst wenn inhaltliche/medizinische, legislative und ökonomische Fragen beantwortet sind, sollen Techniker mit der Umsetzung beginnen. Dorda warnt auch vor einer möglichen Informationsflut. Unstrukturierte Dokumentensammlungen werden keine Hilfe sein. Auch kann niemandem zugemutet werden aus Haftungsgründen alle Informationen immer parat zu haben. Ich sehe zwei Möglichkeiten einer praktikablen Vorgangsweise: Die Beschränkung auf a.) basisanamnestische Daten oder b.) auf fallbezogene Episoden, in denen die Behandlungen mehrerer Gesundheitsdienstleistungsanbieter (GDA) dokumentiert sind. Ist die Episode abgeschlossen kann die Akte in ELGA gelöscht werden. Nicht betroffen davon bliebe die Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht des einzelnen GDA.



Euler: Sie sind derzeit auch Leiter der Arbeitsgruppe Strategie bei den E-Health Experts in der WKÖ. Wer sind die E-Health Experts, wer arbeitet in ihrer Arbeitsgruppe mit und welche Ziele verfolgen sie?

Gambal: Die E-Health Experts sind Vertreterinnen und Vertreter von rund 300 ansonsten zueinander im Wettbewerb stehenden Unternehmen in ganz Österreich und haben sich vorgenommen, in allen wichtigen Gremien des Gesundheitsinformatikbereiches als vollwertiger Partner mitzuwirken. Etwa 25 bis 30 Damen und Herren der Softwareindustrie nehmen regelmäßig

an den Sitzungen der Strategiegruppe teil. Andere Arbeitsgruppen beschäftigen sich mit Fragen der Softwarezertifizierung und Dokumentationssoftware für den niedergelassenen Bereich.

Ich stoße bei meiner Arbeit immer wieder auf offene Fragen, die dringender Klärung bedürfen. Ich nenne Ihnen zwei Beispiele, die in Zusammenhang mit Datenschutz, Freiwilligkeit und Machbarkeit stehen. Im DSGVO 2000 (Datenschutzgesetz) wird die Übermittlung von Daten so geregelt, dass der Empfänger dem Übermittelnden seine ausreichende gesetzliche Zuständigkeit oder rechtliche Befugnis - soweit diese nicht außer Zweifel steht - im Hinblick auf den Übermittlungszweck glaubhaft gemacht hat.



Bevor ein Gesundheitsdienstleister Informationen über seine Patienten weitergibt, hat er sich über dessen Berechtigung zu versichern. Diese Berechtigung liegt vor, wenn die betroffene Person beim Empfänger der Informationen (z. B. Befunde) in Behandlung steht. In der ELGA-Kommunikation fällt diese Voraussetzung weg: Der Arzt stellt seine Informationen zur Verfügung, ohne die Empfänger zu kennen.

Wenn diese Informationen also mehr oder weniger zentral verfügbar sind erhält ein Satz in der §15a Vereinbarung Bedeutung:

Erfassung weiterer Daten: Zur Beobachtung, Analyse und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems sowie zur integrierten Planung der Gesundheitsversorgungsstruktur und zur Weiterentwicklung der leistungsorientierten Vergütungssysteme unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche können weitere erforderliche Daten erfasst und angefordert werden. Entsprechende Maßnahmen sind vorher in der Bundesgesundheitsagentur zu beraten. Bedeutet dies, dass ein Beschluss der Bundesgesundheitsagentur reicht und weitere erforderliche Daten werden aus den ELGA-Datenbanken angefordert?

Das zweite Beispiel betrifft die Freiwilligkeit bzw. Zustimmung. Allen kritischen datenschutzrechtlichen Fragen wird noch mit dem Argument eine Teilnahme ist ja nur freiwillig bzw. der Patient muss zustimmen ausgewichen. Diese Freiwilligkeit/Zustimmung hat aber mehrere - noch unbekannte - Dimensionen: Freiwilligkeit für Pa-

tienten? Für Gesundheitsdienstleister? Für einzelne Informationen? Für das Sammeln? Für die Weitergabe? Bereits jetzt melden Techniker Bedenken an, dass in einem System, das mit derartig hohem Errichtungs- und Betriebsaufwand verbunden sein wird, eine Freiwilligkeit keinen Sinn macht. Bis jetzt sind keine konkreten Antworten bekannt.

Euler: Sie kennen wahrscheinlich die kolportierte Aussage des Leiters der ARGE-ELGA, DI Dr. Aleander Schanner, angeblich gemacht im Juni dieses Jahres bei einer Sitzung der Landesgesundheitsplattformen, es könne bei ELGA keine Freiwilligkeit bei Ärzten und Patienten geben, sonst wäre das ganze nicht machbar. In äußersten Ausnahmefällen könne ein Patient die Speicherung seiner Daten beanspruchen, dann aber hätte er eine Pönale zu bezahlen, weil er das Gesundheitssystem schädigt. Dieses von Sitzungsteilnehmern berichtete Statement wurde inzwischen mehrfach in Abrede gestellt, wäre aber genau die radikalste und einfachste Antwort auf die von Ihnen zitierten Fragen. Wir dürfen also gespannt und aufmerksam bleiben.

Ich danke Ihnen für Ihre Zeit und Ihre fundierten Antworten, nicht minder für Ihre Hinweise auf weiterführende Literatur.

Weiterführende Informationen:

Initiative Elga:
www.initiative-elga.at

Arge Elga:
www.arge-elga.at

E-Health Experts:
www.ehealth-experts.at

Ausgaben für das kanadische Gesundheitswesen:
<http://www.fin.gc.ca/budget03/booklets/bkheae.htm>

Diplomarbeit aus dem Jahr 2006
„Internationale Entwicklung des elektronischen lebensbegleitenden Gesundheitsakts am Beispiel Kanada und USA“
http://www.meduniwien.ac.at/msi/mias/php/imcdb/generic_search/search.php?cfg_suche=stud_arbeit&mlt_autor=&eq_l_personid

das Gespräch führte Christian Euler
im Rahmen des Kongresses für
Allgemeinmedizin am 23.11. in Graz

Gedanken, Worte und Taten

ÖHV-Präsident Dr. Euler als Mensch

von Peter Pözlbauer

Wann immer jemand im Licht der Öffentlichkeit steht, wird sein Tun und Denken argwöhnisch beobachtet, denn der Verdacht sitzt tief, dass zwischen beiden eine unüberbrückbare Diskrepanz besteht. Und dass dem oft so ist, beweisen die Klatschspalten zahlloser Buntblätter. Aber es gibt Ausnahmen, und eine will ich, nicht nur des vorweihnachtlichen Friedens willen, sondern aus gegebenem Anlass, entsprechend würdigen.

Meine Turnusausbildung führte mich, ähnlich der Walz früherer Handwerksgesellen durch fünf Spitälern in drei Bundesländern. Endstation war das Krankenhaus Eisenstadt, wo Dr. Euler und seine Frau Elisabeth ebenfalls ihre Turnusausbildung machten. Wir waren KollegInnen, mehr nicht - bis zu einem denkwürdigen Tag.

Damals ging der dienstälteste Primarius, er leitete die chirurgische Abteilung, in Pension. Unter heute nicht mehr vorstellbaren Mühen hatte er das kleine Ordensspital in der Nachkriegszeit, Eisenstadt lag tief in der russischen Besatzungszone, wieder aufgebaut, und war auch danach, als die Zeiten wieder besser wurden, dem Provinznest treu geblieben, obwohl er als Wiener andere Berufsmöglichkeiten gehabt hätte. Trotz großen täglichen Arbeitspensums legte er größten Wert auf die Ausbildung seiner jungen ÄrztInnen.

Nun ist unter den vielen Tugenden der Barmherzigen Brüder die Sparsamkeit eine der größten. Daher wurde die Abschiedszeremonie für den verdienstvollen Mann auf ein Essen im engsten Kreis der Primarkollegen und einiger handverlesener Oberärzte beschränkt. Dr. Euler wollte sich damit nicht abfinden. Aufgeregt kam er auf unsere Abteilung. Ein Kollege, der auch Betriebsrat war, organisierte - besser - improvisierte eine Versammlung im Speisesaal, zu der sich auch tatsächlich alle einfanden, an der Spitze das Priorat, die Primarii und die Spitalsverwaltung.

Was fehlte, war ein Festprogramm, denn um ein solches zu erstellen war einfach keine Zeit. Und so hielt - mir stockte der Atem - Dr. Euler, einer der jüngsten Turnusärzte, dem Ältesten, verdienstvoll scheidenden eine Laudatio. Nie wieder, weder vorher noch nachher, habe ich so eine Rede gehört. Die menschlich-ethorische Glanzleistung wurde noch dadurch gesteigert, dass einer der Spitalsleiter sich bemüßigt fühlte, auch etwas sagen zu müssen und ausführlich über Fallzahlen, Bettenschlüssel, Ambulanzfrequenzen usw. referierte.



Christian und Elisabeth Euler mit fünf ihrer sieben inzwischen erwachsenen Kinder.

Um einen weiteren Faux pas dieser Art im Keime zu ersticken, haben wir laut und gar nicht so falsch „Gaudeamus igitur“ gesungen. Anschließend dankte der Jubilar Dr. Euler in kurzen, bewegten Worten und verließ, nachdem er uns allen die Hände geschüttelt hatte, die Stätte seines Wirkens für immer.

Einige Jahre später ließ sich Dr. Euler mit seiner Familie in Rust am Neusied-



Christian und Elisabeth Euler

lersee nieder, wo er seither als Kreisarzt tätig ist. Mit seiner Frau Elisabeth, die Amtsärztin und Hofrätin ist, hat er sieben Kinder. Diese wuchsen in einem ländlichen Selbstversorgeridyll auf, es gab Hühner, Schafe, eine Kuh und sogar ein Pferd. Noch heute, da die meisten schon berufstätig sind oder einen eigenen Haushalt gegründet haben, versammelt sich die Familie, wenn immer möglich, jeden Sonntagabend um den liebevoll gedeckten Tisch. Ein schöneres Kompliment können Kinder ihren Eltern kaum machen.

Dr. Euler hat sich zunehmend in der Standespolitik engagiert. Uns gereicht es zur Ehre, dass er das im Österreichischen Hausärzterverband tat. Seine kompetente und konziliante Argumentation brachte ihm rasch Sympathien ein, seit Jahren ist er Präsident des ÖHV. Und gerät als solcher manchmal auch ins Kreuzfeuer der Kritik. Als die selbstdarstellerische Gesundheitsministerin durch immer unsäglichere Statements auf sich aufmerksam machte, reagierte Dr. Euler über die APA mit einer gepfefferten Replik.

Das Medienecho war bemerkenswert. Allerdings gab es auch Nebenwirkungen - nicht unerwünschte, aber doch unerwartete. Plötzlich fühlten sich KollegInnen, die sich nie zu Wort gemeldet hatten, wenn Politiker abfällig über ÄrztInnen hergezogen sind, bemüßigt, Frau Dr. Kdolsky in Schutz zu nehmen, einer ist sogar unter Protest aus dem ÖHV ausgetreten.

Das Engagement für die Patientinnen ist die Grundlage unserer Tätigkeit. Auch hier leistet Dr. Euler Vorbildliches. Nicht ohne Grund wurde er beim diesjährigen Kongress für Allgemeinmedizin in Graz bereits zum zweiten Mal für eine Falldarstellung ausgezeichnet. Und noch jemand würdigte sein Engagement: Die Stadt Rust, seit 1681 Freistadt mit eigener Verwaltung, hat trotz ihrer Kleinheit sowohl eine evangelische als auch katholische Kirche mit jeweils aktiver Pfarrgemeinde. Deren Seelsorger wurden im Rahmen ihrer Tätigkeit auf den aufopfernden Einsatz ihres Kreisarztes für chronisch Kranke und Sterbende aufmerksam. Gemeinsam beantragten die beiden geistlichen Herren bei der Stadtverwaltung die Ehrenbürgerschaft für Dr. Euler, und gemeinsam, in einer Art Doppelkonferenz hielten sie bei der Verleihung der hohen Ehre die Laudatio. Dr. Euler dankte ihnen in Versform.

Menschen und ihre Medizin.

Ein philosophischer Beitrag von Günther Loewit

Präambel:

Der Mensch ist zu 100 Prozent sterblich.

Daher bleibt der Begriff „heilbar“ immer begrenzt.

Alle folgenden Überlegungen spielen sich innerhalb dieser Grenze ab.

Sätze:

Die Leidensbereitschaft nimmt mit zunehmender Lebenserwartung ab.

Die Leidensfähigkeit ist verkehrt proportional zum Lebensstandard.

Lebensqualität wird mehr und mehr im Funktionieren des Körpers bzw. in der einwandfreien Funktion seiner Bestandteile gesehen.

Die Begriffe „Glück“ und „Zufriedenheit“ sind nicht ISO zertifizierbar und finden daher in der modernen Medizin keine Anwendung mehr.

Das System der Gemeinschaft will die Kosten für die Gesundheit des Einzelnen möglichst niedrig halten. (Sein Erhalt ist nur von der Fortpflanzungsfähigkeit und nicht vom körperlichen Wohlbefinden des Individuums abhängig.)

Laut ASVG hat sich die Sozialversicherung einer freien Ärzteschaft zu bedienen, um die Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Keinesfalls sind Staat oder Versicherungen selbst im Stande zu heilen.

Die Schauspielerin Susi Nicoletti verstirbt 86-jährig im Jahre 2005 nach einer mehrstündigen Operation am offenen Herzen im Wiener AKH. Das kulturelle Österreich ist über den Verlust (zu Recht) entsetzt. Aber kein Österreicher wagt die Frage zu stellen, ob die beliebte Schauspielerin nicht ohne den gefährlichen Eingriff länger unter uns geblieben wäre. Hier sei die Frage nur andeutungsweise in den öffentlichen Raum gestellt. Anständigerweise fragt niemand, wie viele junge Leben um den Preis der Operation erhalten hätten werden können. Anderswo. Mit einfachen Mitteln, wie Wasser und Lebensmitteln. Und damit keine falschen Antworten in Erwägung gezogen werden können, sei die Frage nach der Gleichwertigkeit aller Leben, (arm oder reich, jung oder alt) erst gar nicht gestellt.

Sigmund Freud stellte fest: Der Arzt heilt mittels der Liebe.

Die Liebe ist ebenso wenig wie „Glück“ oder „Zufriedenheit“ fassbar, und kann weder von der Pharmaindustrie produziert, noch vom Staat zur Verfügung gestellt werden. Sie entzieht sich der Qualitätssicherung und der Fortbildung, zwei modernen Begriffen. Die „Droge Arzt“ (Balint) ist wegen ihrer Nebenwirkungen aus der Mode gekommen.

Aber: Eine Medizin, durch staatliche Kontrolle ihrer Nebenwirkungen beraubt, wird auch deutlich in ihrer Wirkung eingeschränkt sein. Denn niemand kann die Kräfte, die der Arzt in seinem Patienten freizusetzen vermag, qualifizieren oder gar quantifizieren. Auch lassen sich diese Wirkungen kaum reproduzieren und nur sehr schwer in einer kontrollierten Fortbildung weitergeben.

Es waren genau diese, nur in der Intensität und Einmaligkeit der Arzt-Patient-Beziehung begründeten, heilenden Wirkungen, die Ärzte Honorarnoten an Stelle von Rechnungen ausstellen ließen. (Honor = lat. Ehre).

Denn ärztliche Kunst ist in identer Form nicht wiederholbar und daher auch nicht auspreisbar.

Jeder Mensch, jeder Körper, vor allem aber jede Seele hat ihre Eigenheiten, die über Krankheitsentstehung und Krankheitsverlauf entscheiden. Das bedeutet, dass ein operativer Eingriff, an einem Patienten A vorgenommen, nicht das gleiche Ergebnis wie bei einem Patienten B zeigen wird.

Bei einem 87-jährigen Mann wird vor einer Bruchoperation die im so genannten Behandlungspfad vorgeschriebene Darmspiegelung durchgeführt. Dabei wird die Darmwand durchstoßen, eine eitrige Bauchentzündung führt in weiter Folge zu einem Multiorganversagen



Dr. Günther Loewit

und zum Tod. Wenige Monate zuvor hatte der Patient eine Bypassoperation am Herzen gut überstanden und sich in weiterer Folge so wohl gefühlt, dass er auch die scheinbar harmlose Bruchoperation in Angriff nehmen lassen wollte.

Die Juristen und Philosophen haben nun folgende Fragen zu klären:

Hätte man in Anbetracht des Alters des Mannes nicht auf die Spiegelung verzichten können und wurde sie unter Einhaltung aller vorgeschriebenen Sicherheitsmaßnahmen durchgeführt? War die Operation überhaupt not-wendig? Hätten sich Patient und Ärzteschaft nicht mit der gelungenen Herzoperation zufrieden geben sollen? Wer trägt Schuld am Tod des Patienten und welche Versicherung wird eine wie große Summe an welche Angehörigen zu bezahlen haben?

Anlässlich der Eröffnungen neuer Krankenhäuser überbieten sich Politiker aller Schattierungen in Präsenz und Volksnähe. (Während die Bauarbeiter unsichtbar bleiben) Das leibliche Wohl der Wähler läge ihnen am Herzen, könnte man meinen.

Aber: Das Heilen und Erhalten von Gesundheit ist immer noch Stärke und Aufgabe der Ärzte. Der Politiker ist lediglich an der Stimme des Patienten, nicht aber an seinem Körper interessiert. Ärzte sind bei den Politikern noch nie besonders beliebt gewesen. (Außer im Falle eigener Erkrankungen). Allenfalls werden sie von Politik und Gesellschaft geachtet.

Wenn derzeitige Versuche der Politik, ärztliche Freiheit weiter einzuschränken, erfolgreich sein werden, wird es ein unvorstellbares Aufblühen der Kurfuscher und Wunderheiler geben, weil sich Menschen allgemein und Patienten im Besonderen nach „angenommen sein“ und „Behandlungskompetenz“ sehnen. Diese

werden alternative Heiler bald für sich reklamieren, wenn es der „Schulmedizin“ nicht gelingt, die Begriffe „Wert“ und „Würde“ in den eigenen Reihen zu halten.

Der Schriftsteller Zvi Yavets schreibt:

„Nach der Behandlung war ich immer müde, wurde von meiner Mutter ins Bett getragen und schlief sofort ein. Noch heute bin ich davon überzeugt, dass die Küsse meiner Mutter mehr zu meiner Genesung beigetragen haben, als die Apparate.“

günther loewit

www.guenther-loewit.at

DAS OFFENE WORT

Betrifft: Wichtige Ergänzung zum Artikel über Fibromyalgie

Mir erscheint eine wichtige Ergänzung zu Ihrem sehr informativen Artikel über das Fibromyalgie-Syndrom (Hausarzt 09/07, Anmerkung der Redaktion) notwendig:

Fibromyalgie-PatientInnen oft traumatisiert

Wie aus der psychologischen Fachliteratur zu dieser Erkrankung und auch aus einer eigenen Untersuchung hervorgeht, haben viele (bis zu 80 Prozent!) der betroffenen PatientInnen in ihrer Kindheit Misshandlungen, sexuelle Gewalt und/oder gravierende Vernachlässigung erlebt. Die Folgen zeigen sich nicht nur in einer seelischen Reaktionsbildung auf das erlittene Leid. Die Erkenntnisse der Traumaforschung lassen bei akutem Trauma auf eine gleichzeitige Überaktivierung (Hyperarousal) von Sympathicus und Parasympathicus schließen; bei chronischem Hyperarousal kommt es dann zu verschiedenartigen Veränderungen der Hormone und Neurotransmitter der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse, die den bei Fibromyalgie-PatientInnen in der Forschung gefundenen Laborveränderungen durchaus entsprechen. Wie ihre behandelnden ÄrztInnen auch wissen, leben diese Menschen auch sehr oft in belastenden Beziehungen und Lebensumständen.

Zur Behandlung: außer den im Artikel angeführten Therapien ist daher meistens Psychotherapie sinnvoll, manchmal ist Traumatherapie indiziert. Achtsamkeitstraining nach Jon Kabat-Zinn, das an den Psychosomatik-Kliniken in Deutschland zunehmend und mit gutem Erfolg bei verschiedenen psychosomatischen Erkrankungen angewendet wird, hat auch, wie in einer eigenen Untersuchung in der Praxis nachgewiesen, beim Fibromyalgie Syndrom günstigen Einfluss auf die Beschwerden und den Verlauf.

Für die interdisziplinäre Praxis für Fibromyalgie

Dr. Elfriede Kastenberger, Marchetstraße 10, 2500 Baden, T: 02252/81811

Minirin® Melt 60 µg – Lyophilist zum Einnehmen, Zusammensetzung: 1 Stück enthält 60 µg Desmopressin-azetat sowie Gelatine, Mannitol und wasserfreie Zitronensäure. **Minirin® Melt 120 µg – Lyophilist zum Einnehmen, Zusammensetzung:** 1 Stück enthält 120 µg Desmopressin-azetat sowie Gelatine, Mannitol und wasserfreie Zitronensäure. **Anwendungsgebiete:** Zentraler Diabetes insipidus (idiopathisch; nach Hypophysektomie, Schädel-Hirn-Trauma oder Operationen im Hypophysenbereich). Polyurie/Polyipsie bei Vorliegen eines ADH-Mangels. Enuresis nocturna im Alter ab 5 Jahren bei normaler Konzentrationsfähigkeit der Niere, nach Versagen üblicher Maßnahmen und Ausschluß einer organischen Ursache (siehe Warnhinweise) und Behandlung der Nykturie bei Erwachsenen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile, Schwangerschaftstoxikosen, habituelle oder psychogene Polydipsie, Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz (Creatinin-Clearance unter 50 ml/min) bekannte Hyponatriämie, Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion. **Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen:** Organische Ursachen der Enuresis nocturna und er Nykturie sind vor Behandlung auszuschließen. Die Behandlung der Enuresis nocturna und der Nykturie mit Minirin ohne gleichzeitige Einschränkung der Flüssigkeitsaufnahme kann zu Wasserretention und/oder Hyponatriämie führen. **Schwangerschaft und Stillzeit:** Die bisher vorliegenden Erfahrungen mit Minirin während der Schwangerschaft zeigen, dass Desmopressin keine negativen Auswirkungen auf die Schwangerschaft oder den Gesundheitszustand des Fötus oder Neugeborenen hat. Minirin sollte Schwangeren mit Vorsicht verabreicht werden. Die Mengen an Desmopressin, die durch die Muttermilch auf das Kind übertragen werden können, sind zu gering, um die Diurese zu beeinflussen. **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** Ferring Arzneimittel Ges.m.b.H., Wien. Rezept- und apothekenpflichtig. **Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln sowie Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Champix® 0,5 mg/1 mg Filmtabletten. Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält 0,5 mg/1 mg Vareniclin (als Tartrat). **Sonstige Bestandteile:** Champix 0,5 mg: Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Calciumhydrogenphosphat, Croscarmellose-Natrium, Hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat (Ph. Eur.). Filmüberzug: Hypromellose, Titandioxid (E 171), Macrogol, Triacetin. **Champix 1 mg:** Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Calciumhydrogenphosphat, Croscarmellose-Natrium, Hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat (Ph. Eur.). Filmüberzug: Hypromellose, Titandioxid (E 171), Macrogol, Indigocarmin, Aluminiumsalz (E 132), Triacetin. **Anwendungsgebiete:** Champix ist zur Raucherentwöhnung bei Erwachsenen angezeigt. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Inhaber der Zulassung:** Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NJ, Vereinigtes Königreich. **Stand der Information:** April 2007. **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.**

Referenzen: 1. Gonzales D et al. Varenicline, an α4β2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. A randomized controlled trial. JAMA 2006; 296(1):47-55. 2. Jorenby DE et al. Efficacy of varenicline, an α4β2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation. A randomized controlled trial. JAMA 2006; 296(1):56-63. 3. Tonstad S et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation. A randomized controlled trial. JAMA 2006; 296(1):64-71. 4. CHAMPIX® Fachinformation.

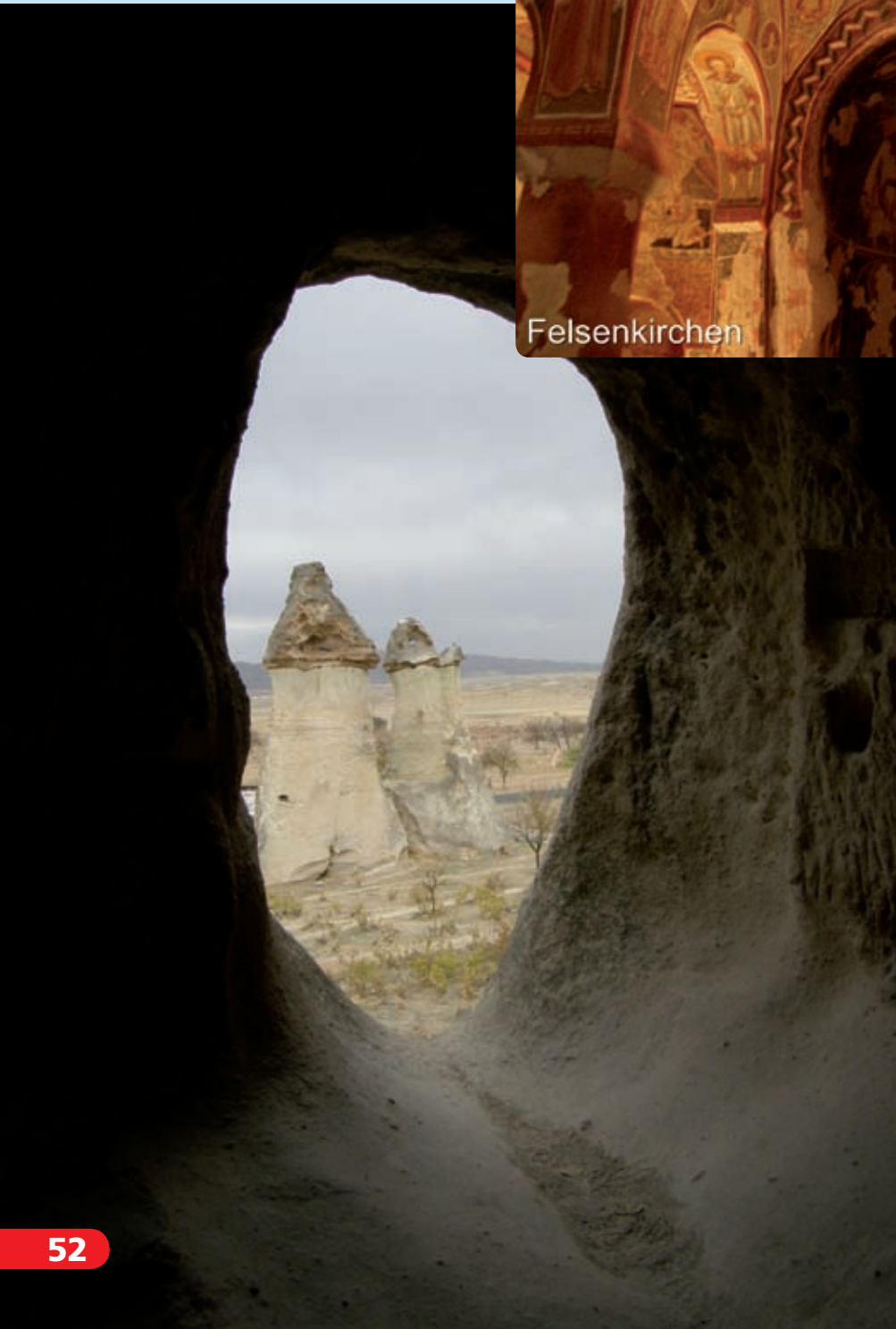
Der Apostel Paulus, der heilige N



Reisen nach Kappadokien liegen im Trend. So sind auch wir auf Einladung des Ärztlichen Reise- und Kulturjournals in die Türkei gereist. Aber nicht nur die landschaftliche Schönheit, auch die geschichtliche Bedeutung der Region ist überwältigend - und viel zu wenig bekannt.



Felsenkirchen



Vor zehn Millionen Jahren waren im heutigen Kappadokien drei Vulkane aktiv. Die Lavaströme, die nach und nach die ganze Gegend bedeckten, waren aus Tuff, Mergel, vulkanischer Asche, Basalt und andere Materialien unterschiedlicher Härtegrade. Insgesamt überwiegt jedoch das eher weiche Tuffgestein. Nach dem Erlöschen der Vulkane haben Wind und Wasser die Landschaft zu dem geformt, was wir heute bestaunen, ein Prozess, der immer noch im Gange ist.

Aber auch der Mensch hat die leicht zu bearbeitenden Felsformationen für seine Zwecke genützt. Im Laufe der Jahrhunderte sind ganze Städte in den Tuff geschlagen worden, oft zehn und mehr Stockwerke tief, mit heute noch intakten Schutzeinrichtungen gegen feindliche Eindringlinge sowie einer Infrastruktur, die es der schutzsuchenden Bevölkerung ermöglichte, beliebig lange in ihren unterirdischen Verstecken auszuharren. Auch frühchristliche Gemeinden haben hier Zuflucht gefunden, ihre mit prachtvollen Fresken verzierten Felsenkirchen sind in den unterschiedlichsten Stadien der Fertigstellung - und des Verfalls zu bewundern.

Ihre größte Bedeutung hat die Region wohl in der Geschichte der Weltreligionen Christentum und Islam.

Nikolaus und der Mystiker Mevlana

Der heilige Paulus war eine der interessantesten Persönlichkeiten unter den Aposteln: Er entstammte einer streng jüdischen Familie, war hellenistisch gebildet, hatte darüber hinaus eine pharisäisch-theologische Ausbildung und besaß das römische Bürgerrecht. Mit diesem Hintergrund war es ihm in Jerusalem bald zu eng, er ging nach Antiochia und gründete dort die „Heidenmission“, dehnte sein Wirken in der Folge auch auf Perge und Ephesus aus, alle drei bedeutende Zentren dieser Zeit.

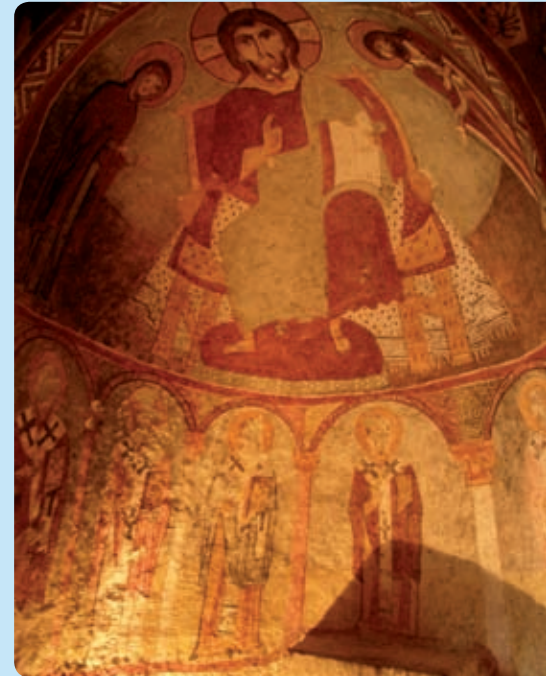
In Ephesus ereignete sich der berühmte Aufstand des Demetrius, jenes Silber Schmiedes, der um seine Einkünfte fürchtend, die anderen Devotionalienhändler und zuletzt auch das ganze Volk gegen Paulus aufhetzte. „Groß ist die Aphrodite von Ephesos“ brüllte der Pöbel im bis zum letzten Platz besetzten Amphitheater, Paulus wurde in das seither nach ihm benannte Gefängnis nahe dem Hafen geworfen und hatte dort reichlich Zeit, einige seiner berühmten Briefe zu verfassen. Auch für Agnostiker sind die Paulusbriefe interessante Dokumente jener Zeit, die sowohl die heidnische Welt als auch den Missionierungseifer eines der ersten Christen widerspiegeln.

In räumlicher Nähe und nur drei Jahrhunderte später wirkte einer der bedeutendsten Heiligen des christlichen Glaubens: der Bischof Nikolaus von Myra.

Historisch gesichert sind nur wenige Details seines Lebens, umso üppiger sind die Legenden, die sich um seine Wunder taten ranken. Er gilt als Wohltäter der Kinder und Schutzpatron der Händler und Seefahrer. Auch die orthodoxen Christen verehren ihn tief und haben ihn auf zahlreichen Ikonen abgebildet. Weltweit ist er auch heute noch der populärste Heilige. Mit dazu beigetragen hat zweifelsohne die ruchlose Tat italienischer Seeräuber, die 1087 die Gebeine des heiligen Nikolaus geraubt und nach Bari gebracht haben sollen. Während in der Basilika von Myra der aufgebrochene Rankensarkophag als Beweis der Untat gezeigt wird, feiert Italien bis heute am 9. Mai, dem Tag, als das Seeräuberschiff mit den Reliquien in Bari anlegte, sein Nikolausfest.

Wiederum einige Jahrhunderte später, genau im Jahr 1219, flüchtete eine angesehene islamische Gelehrtenfamilie aus Balch im heutigen Afghanistan vor den Horden des Dschingis Khan.

Der Sohn der Familie, Dschalal ad-Din Rumi, damals noch ein Kind, wurde der berühmteste Sufi seiner Zeit. Der Sufismus ist eine mystische Richtung des Islam, die die reine Gottesliebe durch Meditation, Askese und ekstatische Selbstenäußerung zu erlangen sucht. Dschalal ad-Din Rumi verfasste ein umfangreiches mystisch-poetisches Werk. Darüber hinaus kreierte



er einen ekstatischen Reigentanz, der vom Orden der tanzenden Derwische bis in unsere Zeit überliefert wurde. Seine Schüler nannten Dschalal ad-Din „Mevlana“, was soviel heißt wie „unser Herr und Meister“. Er liegt in Konya begraben. Sein Mausoleum, nach dem Verbot des Mevlana-Ordens durch Kemal Atatürk in ein Museum umgewandelt, ist ein bedeutendes Heiligtum und frequentierte Pilgerstätte des Islam. In Konya geht keine türkische Frau ohne Kopftuch, gibt es in den Restaurants für Touristen keinen Alkohol und im Ramadan müssen sich diese denselben rigorosen Fastenregeln unterwerfen wie gläubige Moslems.

Die tanzenden Derwische zählen zum Kulturerbe. Seitens des Ordens wird größter Wert darauf gelegt, dass es sich hier um keine Touristenattraktion handelt. Während der Aufführungen, immer an historischen Stätten, wird absolute Ruhe verlangt, Fotografieren, auch ohne Blitz, ist strengstens untersagt und nach Beendigung des Tanzes sind Beifallskundgebungen oder gar Applaus verpönt.

Die UNESCO hat, als Würdigung des friedlichen Dialogs der Kulturen und Religionen, 2007 zum Mevlana-Jahr ausgerufen. Damit ist die Bedeutung, die Kleinasien seit zweitausend Jahren hat, noch einmal besonders hervorgehoben.



Der alte König in seinem Exil

Erste Erfahrungen mit Demenz machte ich als Sechsjähriger. Damals hörte mein Großvater auf, mich zu erkennen. Er wohnte im Nachbarhaus unterhalb unseres Hauses, und weil ich seinen Obstgarten als Abkürzung auf dem Weg zur Schule benutzte, warf er mir gelegentlich ein Scheit Holz hinterher - ich hätte in seinen Feldern nichts verloren. Manchmal jedoch freute ihn mein Anblick, er kam auf mich zu und nannte mich Helmut. Aber das war ebenfalls nichts, womit ich etwas anfangen konnte. Der Großvater starb. Ich vergaß diese Erlebnisse - bis die Krankheit bei meinem Vater losging.

In Russland gibt es ein Sprichwort, dass nichts im Leben wiederkehrt außer unseren Fehlern. Und im Alter verstärken sie sich noch. Da mein Vater schon immer einen Hang zum Eigenbrötlerischen hatte, erklärten wir uns seine bald nach der Pensionierung auftretenden Aussetzer damit, dass er jetzt Anstalten machte, jegliches Interesse an seiner Umwelt zu verlieren. Sein Verhalten erschien typisch für ihn. Und so gingen wir ihm etliche Jahre mit Beschwörungen auf die Nerven, er solle sich zusammenreißen.

Heute befällt mich ein stiller Zorn über diese Vergeudung von Kräften; denn wir schimpften mit der Person und meinten die Krankheit. „Lass dich bitte nicht so gehen!“ sagten wir hundertmal, und mein Vater nahm es hin, stolz und von vornherein nach dem Motto, dass man es am leichtesten hat, wenn man frühzeitig resigniert. Er wollte dem Vergessen nicht trotzen, verwendete nie auch nur die geringfügigsten Gedächtnisstützen, und er war auch keiner von denen, die sich beklagen, jemand mache Knoten in seine Taschentücher.

Er leistete sich keinen hartnäckigen Stellungskrieg gegen seinen geistigen Verfall, und er suchte nicht ein einziges Mal das Gespräch darüber, obwohl er - aus heutiger Sicht - spätestens Mitte der neunziger Jahre die Einsicht in den Ernst der Sache besessen haben muss. Wenn er zu einem seiner Kinder gesagt hätte, meine Güte, mein Gehirn setzt sich auf eigene Faust in den Ruhestand, hätten alle besser mit der Situation umgehen können. So jedoch fand ein jahrelanges Katz und Maus-Spiel statt, mit meinem Vater als Maus, mit uns als Mäusen und der Krankheit als Katze.

Diese erste, sehr nervenaufreibende, von Unsicherheit und Verunsicherung geprägte Phase liegt hinter uns, und obwohl ich noch immer nicht gerne daran zurückdenke, begreife ich jetzt, dass es einen Unterschied macht, ob man aufgibt oder weiß, dass man geschlagen ist. Mein Vater ging davon aus, dass er geschlagen ist. In der Etappe seines Lebens angelangt, in der seine geistige Kraft galoppierend verging, setzte er auf innere Haltung; etwas, das mangels wirkungsvoller Medikamente auch für die Angehörigen eine praktikable Möglichkeit ist, mit der Sinnlosigkeit dieser Krankheit umzugehen.

Milan Kundera schreibt: Das einzige, was uns angesichts dieser unausweichlichen Niederlage, die man Leben nennt, bleibt, ist der Versuch, es zu verstehen.

Man kann sich Demenz in der mittleren Phase, in der sich mein Vater momentan befindet, ungefähr so vorstellen: Als wäre man aus dem Schlaf gerissen, man weiß nicht, wo man ist, die Dinge kreisen um einen her, Länder, Jahre, Menschen. Man versucht sich zu orientieren, aber es gelingt nicht. Die Dinge kreisen weiter, Tote, Lebende, Erinnerungen, traumartige Halluzinationen, Satzketten, die einem nichts sagen - und dieser Zustand ändert sich nicht mehr für den Rest des Tages.

Wenn ich zu Hause bin, was nicht allzu oft vorkommt, da wir die Last der Betreuung auf mehrere Schultern verteilen können, wecke ich meinen Vater gegen neun. Er liegt ganz verdattert unter seiner Decke, ist aber ausreichend daran gewöhnt, dass Menschen, die er nicht erkennt, in sein Schlafzimmer treten, so dass er sich nicht beklagt.

„Willst du nicht aufstehen?“ frage ich ihn freundlich. Und um ihm ein positives Gefühl zu vermitteln, fahre ich fort: „Was für ein schönes Leben wir haben.“ Skeptisch rappelt er sich hoch. „Du vielleicht“, sagt er.

Ich reiche ihm seine Socken, er betrachtet die Socken ein Weilchen mit hochgezogenen Augenbrauen und sagt dann: „Wo ist der dritte?“

Ich helfe ihm beim Anziehen, damit das Prozedere nicht ewig dauert, er lässt es bereitwillig über sich ergehen. Anschließend schiebe ich ihn hinunter in die Küche, wo er sein Frühstück bekommt. Nach dem Frühstück fordere ich ihn auf, sich rasieren zu gehen. Er sagt augenzwinkernd: „Ich wäre besser zu Hause geblieben. Dich komme ich nicht so schnell wieder besuchen.“

Ich zeige ihm den Weg ins Badezimmer. Er singt „Oje-oje, oje-oje ...“ und spielt auf Zeitgewinn.

„Du sollst dich doch nur rasieren, damit du etwas gleichschaust“, sage ich.

Er folgt mir zögernd. „Wenn du dir etwas davon versprichst ...“, murmelt er, blickt in den Spiegel, reibt heftig mit beiden Händen die vom Kopf abstehenden Haare mit dem Effekt, dass die Haare hinterher tatsächlich anliegen. Er schaut sich erneut an, sagt „Fast wie neu“, lächelt und bedankt sich anschließend herzlich.





Neuerdings bedankt er sich sehr oft. Vor einigen Tagen sagte er, ohne dass ich den geringsten Zusammenhang hätte herstellen können: „Ich bedanke mich recht herzlich bei dir schon im Voraus.“

Auf derartige Eröffnungen reagiere ich mittlerweile immer entgegenkommend: „Gern geschehen“, sage ich, oder: „Keine Ursache“ oder: „Das tue ich doch gern.“ Denn erfahrungsgemäß sind bestätigende Antworten, die meinem Vater das Gefühl geben, alles sei in Ordnung, sehr viel besser als das Nachfragen von früher, das ihn nur beschämte und verunsicherte; niemand gibt gerne Antworten auf Fragen, die ihn, wenn er sie überhaupt begreift, nur zur Einsicht in seine Defizite bringen wollen.

Am Anfang waren diese Anpassungsmaßnahmen schmerzhaft und kräftezehrend. Weil man als Kind seine Eltern für stark hält und glaubt, dass sie den Zumutungen des Lebens standhaft entgegengetreten, sieht man ihnen ihre Schwächen, wenn sie sichtbar werden, sehr viel schwerer nach als anderen Menschen. Doch mittlerweile habe ich in die neue Rolle einigermaßen gut hineingefunden. Und ich habe auch gelernt, dass man für das Leben eines von Demenz betroffenen Menschen neue Maßstäbe braucht.

Wenn mein Vater sich bedanken möchte, soll er sich bedanken, auch ohne nachvollziehbaren Anlass, und wenn er sich darüber beklagen will, dass ihn alle Welt im Stich lässt, soll er sich beklagen, egal, ob dieser Eindruck in der Welt der Fakten standhalten kann oder nicht.

Für ihn als Betroffener gibt es keine Welt außerhalb der Demenz. Und als Angehöriger kann man nur versuchen, die dort herrschende Verstörung emotional aufzufangen, die Bitterkeit des Ganzen ein wenig zu lindern, indem man die durcheinander geratene Wirklichkeit des Kranken gelten lässt.

Da mein Vater nicht mehr über die Brücke in meine Welt gelangen kann, muss ich hinüber zu ihm. Dort drüben, innerhalb der Grenzen seiner geistigen Verfassung, jenseits unserer auf Sachlichkeit und Zielstrebigkeit ausgelegten Gesellschaft, ist er noch immer ein beachtlicher Mensch, und wenn auch nach allgemeinen Maßstäben nicht immer ganz vernünftig, so doch irgendwie brillant.

Eine Katze streift durch den Garten. Mein Vater sagt: „Früher hatte ich auch Katzen, nicht gerade für mich allein, aber als Teilhaber.“

Und einmal, als ich ihn fragte, wie es ihm gehe, antwortete er: „Es geschehen keine Wunder, aber Zeichen.“

Und dann ansatzlos Sätze so unwahrscheinlich und schwebend, wie sie einem manchmal in Träumen kommen: „Das Leben ist ohne Probleme auch nicht leichter.“

Wit and wisdom of August Geiger. Witz und Weisheit. Schade nur, dass die Sprache langsam aus ihm heraussickert, dass auch die Sätze, bei denen einem vor Staunen die Luft wegbleibt, immer seltener werden. Was da alles verloren geht, das berührt mich sehr. Es ist, als würde man jemandem in Zeitlupe beim Verbluten zusehen. Das Leben sickert Tropfen für Tropfen aus der Person heraus. Die Person sickert Tropfen für Tropfen aus der Person heraus. Noch ist das Gefühl, dass dies mein Vater ist, der Mann, der mitgeholfen hat, mich großzuziehen, intakt. Aber die Momente, in denen ich ihn als Charakter nicht wieder erkenne, werden häufiger, vor allem am Abend.

Die Abende sind es, die einen Vorgesmack auf das bieten, was bald schon der Morgen zu bieten haben wird. Denn wenn es dunkel wird, kommt die Angst. Da irrt mein Vater rat- und rastlos umher wie ein alter König in seinem Exil. Dann ist alles,

was er sieht, beängstigend, alles schwankend, instabil, davon bedroht, sich im nächsten Moment aufzulösen. Und nichts fühlt sich an wie zu Hause.

Ich sitze seit einiger Zeit in der Küche und tippe Notizen in meinen Laptop. Im Wohnzimmer läuft der Fernseher, und mein Vater, der von dort Stimmen hört, schleicht auf Zehenspitzen durch die Diele, lauscht und murmelt mehrmals bei sich: „Das sagt mir nichts“.

Dann kommt er zu mir in die Küche, tut so, als schaue er mir beim Schreiben zu. Aber ich merke mit einem Seitenblick, dass er Unterstützung braucht. Ich spreche ihn an:

„Willst du nicht ein bisschen fernsehen?“

„Was habe ich davon?“

„Na ja, Unterhaltung.“

„Ich möchte lieber heimgehen.“

„Du bist zu Hause.“

„Wo sind wir?“

„Oberfeldgasse 7.“

„Na ja, aber viel bin ich hier nie gewesen.“

„Du hast das Haus Anfang der sechziger Jahre gebaut, und seither wohnst du hier.“

Er verzieht das Gesicht. Die Informationen, die er gerade erhalten hat, scheinen nicht gerade seinen Beifall zu finden. Er kratzt sich im Nacken: „Ich glaube es dir, aber mit Vorbehalt. Und jetzt will ich nach Hause.“

Ich schaue ihn an. Obwohl er seine Verstörung zu verbergen versucht, ist ihm anzumerken, wie sehr ihm der Moment zu schaffen macht. Er ist voller Unruhe, Schweiß steht auf seiner Stirn. Der Anblick dieses kurz vor der Panik stehenden Menschen geht mir durch Mark und Bein. Das Bedürfnis, nach Hause zu gehen, gehört zum Krankheitsbild. Ich erkläre es mir so, dass ein an Demenz erkrankter Mensch aufgrund seiner inneren Zerrüttung das Gefühl der Geborgenheit verloren hat und sich an einen Platz sehnt, →

an dem er diese Geborgenheit wieder erfährt. Da jedoch das Gefühl der Irritation auch an den vertrautesten Orten nicht vergeht, scheidet selbst das eigene Bett als mögliches Zuhause aus. Um es mit Marcel Proust zu sagen, die wahren Paradiese sind die, die man verloren hat. Ortswechsel, egal wohin, bewirken in solch einem Fall keine Besserung, es sei denn durch die bloße Ablenkung, die man aber genauso gut, wenn nicht besser, durch Singen erreicht. Singen ist lustiger, demente Menschen singen gern. Singen ist etwas Emotionales, ein Zuhause außerhalb der greifbaren Welt.

Apropos Singen: Oft heißt es, an Demenz erkrankte Menschen seien wie kleine Kinder - kaum ein Text zum Thema, der auf diese Metapher verzichtet; und das ist ärgerlich.

Denn man kann sich unmöglich zu einem Kind zurückentwickeln, da es zum Wesen des Kindes gehört, dass es sich nach vorn entwickelt. Kinder erwerben Fähigkeiten, Demenzkranke verlieren Fähigkeiten. Der Umgang mit Kindern schärft den Blick für Fortschritte, der Umgang mit Demenzkranken den Blick für Verlust. Die Wahrheit ist, das Alter gibt nichts zurück, es ist eine Rutschbahn, und die größte Sorge, die es einem machen kann, ist die, dass es zu lange dauert.

Ich schalte den CD-Player ein. Meine Schwester hat für solche Zwecke eine Edition mit so genanntem Liedgut gekauft. Hoch auf dem gelben Wagen. Oft funktioniert der Trick. Wir trällern eine halbe Stunde lang, der alte Mann legt sich zwischendurch so sehr ins Zeug, dass ich lachen muss. Mein Vater

lässt sich anstecken, und da es ohnehin an der Zeit ist, nutze ich den Moment und laviere ihn nach oben in sein Schlafzimmer. Er ist jetzt in guter Stimmung, obwohl es mit dem Überblick über Zeit, Raum und Ereignisse noch immer schlecht steht; aber das bereitet ihm im Moment kein Kopfzerbrechen.

Nicht siegen, überstehen ist alles, denke ich und bin von diesem Tag mittlerweile mindestens ebenso erschöpft wie mein Gegenüber. Ich weise meinen Vater an, was er zu tun hat, bis er in seinem Pyjama steckt. Er schlüpft von selbst unter die Decke und sagt: „Hauptsache, ich habe einen Platz zum Schlafen.“ Er blickt um sich, hebt die Hand und grüßt jemanden, der nur für ihn vorhanden ist: „Man kann es hier schon aushalten. Es ist eigentlich ganz nett hier“, sagt er.



Anna nicht vergessen

von Arno Geiger

„Es geht uns gut“ bekam den Deutschen Buchpreis als bester Roman des Jahres 2005. Das neue Buch von Arno Geiger bestätigt seinen Rang: Geschichten über Liebesdaster und Lebensträume, über Menschen, die nicht vergessen werden wollen.

Lukas nimmt Abschied von Berlin, und wie ihm das meiste schief gegangen ist, verbringt er auch die letzte Nacht vor der Rückkehr nach Wien auf der Gästecouch einer todmüden Kellnerin. Am Morgen ist sie nicht wach zu kriegen. Doch als der Klempner klingelt, da findet der junge Mann plötzlich einen Zuhörer, dem er ein ganz anderes Leben erzählen kann, das Leben, das er sich wünschen würde und eine große glückliche Liebe.

Arno Geigers neue Erzählungen beeindrucken durch die Leichtigkeit und Vielseitigkeit seiner Sprache, durch Einfühlungsvermögen und die Konsequenz, mit der er sein Thema verfolgt: die Suche nach dem Glück und das Scheitern. Sprachlich brillant und immer wieder mit großer Komik erzählt er von Herrn Gabriel, der jahrelang im Fundbüro Koffer versteigerte und nun in ihnen Lebensgeschichten zu finden hofft; von Ella, die für misstrauische Ehefrauen deren Männer probeweise in Versuchung führt; davon, wie sich auf der Intensivstation beim Kampf um das Leben eines Jungen zwei Lebenslinien kreuzen.

Zur Person Arno Geiger

Arno Geiger wurde 1968 in Bregenz geboren und wuchs in Wolfurt in Vorarlberg auf. Er studierte Deutsche Philologie, Alte Geschichte und Vergleichende Literaturwissenschaft in Wien und Innsbruck. Für sein Buch „Es geht uns gut“ erhielt er 2005 den Deutschen Buchpreis. Arno Geiger lebt als freier Schriftsteller in Wolfurt und Wien

Bibliographie

- 1996 Das Kürbisfeld. Erzählung, in: manuskripte, Nr. 134/96
- Koffer mit Inhalt. Erzählung, in: Literatur und Kritik, Nr. 315/316
- 1997 Kleine Schule des Karussellfahrens. Roman
- 1999 Irrlichterloh. Roman
- 2002 Schöne Freunde. Roman
- 2005 Es geht uns gut. Roman
- 2007 Anna nicht vergessen. Erzählungen



Foto: Annette Lechner

Verhalten des Hausarztes bei Verstößen von Apothekern gegen das Rezeptpflichtgesetz

von Markus Lechner

Die Regelungen, unter welchen Voraussetzungen rezeptpflichtige Medikamente von öffentlichen Apotheken abgegeben werden dürfen, finden sich im Rezeptpflichtgesetz. Nach § 4 des Rezeptpflichtgesetzes ist die Abgabe von rezeptpflichtigen Medikamenten ohne Rezept verboten; nur in Notfällen ist der Apotheker berechtigt, das Medikament auch ohne Rezept auszugeben.

Freilich kommt es in der Praxis immer wieder vor, dass Apotheker rezeptpflichtige Medikamente auch ohne Rezept - meist gegen „Einsatzschein“ - abgeben. Dies erfolgt in der Praxis im Wesentlichen in zwei Fällen:

a.) Patienten werden aus Krankenanstalten entlassen und erhalten - meist im Entlassungsbericht - Empfehlungen des behandelnden Spitalsarztes, welche Medikamente (weiterhin) eingenommen werden sollen. Die Österreichische Apothekerkammer vertritt den Standpunkt, dass solche Entlassungsberichte sämtliche Formerfordernisse gemäß § 3 des Rezeptpflichtgesetzes für ein gültiges Rezept (ausstellender Arzt, Patientendaten, Medikament, Dosierung, Ausstellungsdatum, Unterschrift des Ausstellers) enthalten. Damit erübrigt sich die Ausstellung eines Einsatzscheines und auch die nachfolgende Rezeptierung durch z. B. den Hausarzt; der Apotheker ist wohl berechtigt, das im Entlassungsbericht verordnete Medikament auszugeben.

Freilich könnten nur Krankenanstaltenrezepte auch mit den Trägern der Sozialversicherung verrechnet werden, die von Krankenanstalten aber selten ausgestellt werden.

Damit kann aber für den niedergelassenen Arzt, der nun das Rezept ausstellen soll, das Dilemma beginnen: Der niedergelassene Arzt ist aufgrund seiner kurativen Einzelverträge mit den Trägern der Sozialversicherung zur ökonomischen Verschreibeweise verpflichtet. Verstößt er gegen das Gebot der Verschreibeökonomie, drohen dem niedergelassenen Arzt sogar Regressansprüche durch die Träger der Sozialversicherung. Empfiehlt die Krankenanstalt z. B. ein Originalpräparat, besteht aber ein gleichwertiges Generikum, ist der niedergelassene Arzt gegenüber den Trägern der Sozialversicherung zur Verschreibung des Generikums verpflichtet.

In solchen Fällen ist niedergelassenen Ärzten jedenfalls zu empfehlen, wenn möglich nicht das von der Krankenanstalt empfohlene, sondern das - gleichwertige - Generikum zu rezeptieren. Ob der Patient das vom Apotheker abgegebene Originalpräparat mangels Verrechenbarkeit mit den Trägern der Sozialversicherung allenfalls selbst zu bezahlen hat, betrifft lediglich das Verhältnis Apotheker - Patient.

Dass niedergelassene Ärzte dennoch vielfach faktisch gezwungen sind, die von Krankenanstalten nicht immer auch nach ökonomischen Gesichtspunkten erfolgte Medikamentenempfehlung zu übernehmen, sollte Grund für - standespolitisch zu fordernde - Regelungen mit Krankenanstalten und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger sein, um mögliche Regressforderungen gegen den niedergelassenen Arzt zu vermeiden.

b.) Patienten mit Dauermedikation vergessen, sich fristgerecht das bisher verordnete Medikament wiederum rezeptieren zu lassen; Apotheker geben das Medikament dennoch gegen Einsatzschein aus.

Diesfalls liegt meines Erachtens ein Verstoß gegen das Rezeptpflichtgesetz vor. Es liegt kein gültiges Rezept vor, die Ausgabe eines rezeptpflichtigen Medikamentes ist daher nach dem Rezeptpflichtgesetz prinzipiell (Ausnahme: Notfall) verboten.



Mag. Markus Lechner

Es kann auch nicht angehen, dass dem behandelnden Arzt die Medikation vom Apotheker „aufgezwungen“ wird. Auch wird der behandelnde Arzt zu entscheiden haben, ob die Dauermedikation beibehalten wird, ob Veränderungen in der Dosierung, der Wechsel des verordneten Medikamentes angezeigt ist und dergleichen.

Der niedergelassene Arzt ist angehalten, über derartige Vorkommnisse zumindest genaue Dokumentationen zu führen, um später allenfalls in die Lage versetzt zu sein, sein korrektes Handeln nachzuweisen.

c.) Substituiert der Apotheker, gibt er also ein anderes, wirkungsgleiches Medikament anstelle des rezeptierten ab, verstößt er ebenfalls gegen das Rezeptpflichtgesetz, weil für das abgegebene Medikament kein gültiges Rezept vorliegt. Wenn gleich in anderen EU-Staaten die Substitution bereits erlaubt ist, in Österreich ist dies noch nicht der Fall.

d.) Alle anderen Fälle der Abgabe von rezeptpflichtigen Medikamenten ohne gültiges Rezept verstoßen jedenfalls gegen das Rezeptpflichtgesetz (Ausnahme: Notfall).

Auch in diesen beiden letztgenannten Fällen ist der Arzt angehalten, über derartige Vorkommnisse zumindest genaue Dokumentationen zu führen.

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