

Brief des Präsidenten

Geschätzte Frau Kollegin, geschätzter Herr Kollege!

Wieder einmal beschäftigen die korrupten Ärzte die Öffentlichkeit. Eine Profittitelgeschichte auf Basis eines Enthüllungsbuches berichtet von der Verstrickung finanzieller Interessen und wissenschaftlicher Erkenntnisse. In einem ersten Reflex empfahl ich das Buch als Weihnachtsgeschenk für demente Leser. Sie wären die einzigen, die sich nicht daran erinnerten, dass derselbe Autor vor mehr als zwanzig Jahren in einem ähnlichen Buch „Bittere Pillen“ das Gleiche veröffentlichte. Kollege Pinter korrigierte mich. Gerade Alzheimer Patienten hätten ein gutes Langzeitgedächtnis, also auch sie würde die Lektüre fadisieren.

Es ist eine Facette des generalisierten Misstrauens, dass man Ärzten nicht zutraut aus ihnen bekannten Tatsachen passende Schlüsse zu ziehen. Ob man etwas von Prof. A. oder Prof B. liest, ob man es in den Pharmainformationsbriefen liest, oder in einer an Inseraten reichen Druckschrift, ob man es auf einem Kongress vorgetragen bekommt, oder von einem Pharmareferenten vorgelegt... wir sind in der Lage unsere Evidenzgrade zu bestimmen.

Die pharmazeutische Industrie gibt Gott sei Dank große Summen für Forschung und Weiterbildung aus. Sicher tatsächlich nur einen Bruchteil dessen, was sie unter diesem Titel verbucht, aber immer noch weit mehr als der Staat. Ich behaupte, es gibt unter Österreichs MedizinerInnen keine einzige Dozentin, keinen Dozenten, die/der bei ihrer/seiner Habilitation nicht von einer Pharmafirma unterstützt wurde. Der Staat schaut zu.

Ich erinnere mich an ein „Förderungsmodell Weissenbacher“, der die sponsoringwilligen Firmen einlud, die beträchtlichen Abonnementkosten für Werbungsfreie medizinische Zeitschriften zu bezahlen, die dann jedem an der Abteilung zur Verfügung standen. Wir müssen nicht verhehlen, dass uns die angesprochene Problematik schon seit jeher bekannt ist und wir stellen uns ein erbärmliches Zeugnis aus, wenn wir sie leugnen. Schärfstens zurückweisen müssen wir den Vorwurf damit nicht standesgemäß umgehen zu können und verächtlich können wir auf jene schauen, die uns durch ihre ebenso gierige wie unkritische Art Pauschalvorwürfen aussetzen.

Für uns niedergelassene Allgemeinmedizinerinnen ist dieses Korruptionsproblem ein marginales, von viel dringlicherer Bedeutung ist die Frage, mit welcher Motivation windig zu Stande gekommene Guidelines als Richtlinien und Maßstäbe unserer Arbeit Verwendung finden. Da ist zwischen den EKO-Richtlinien und den ÖGAM-Empfehlungen kaum ein Unterschied, Geld spielt in beiden Fällen eine bestimmende Rolle.

Es war wohlthuend, dass in Wochen der Pharma-Ärzte-Korruptionsdiskussion, der Kongress für Allgemeinmedizin in Graz „Bewegung“ zum Generalthema hatte und über medikamentöse Therapien kaum gesprochen wurde. Es zeigte aber auch, mit welchem Elan Therapieempfehlungen von höchster Evidenz angewendet und gefördert werden, wenn kein unmittelbares wirtschaftliches Firmen-Interesse dahinter steht. Wo sind die Krankenanstalten die Ernährungstherapie als Chance nützen, wo die Kuranstalten, die Bewegung ernsthaft als „Medikament“ zur Anwendung bringen? Der übergewichtige Typ-2-Diabetiker, der nach drei Wochen aus der Sonderkrankenanstalt für Stoffwechselkranke mit 50 Deka Gewichtsverlust heimkehrt ist ebenso Realität wie der gebackene Leberkäse mit Erdäpfelschmarrn auf dem Speiseplan eines öffentlichen Krankenhauses.

Zu schlechter letzt: Wieder einmal wird eine Säule unseres Gesundheitssystems, die Pharmazeutische Industrie, gezeißelt, weil sie aus gewinnorientierten, börsendotierten Unternehmen besteht. Man misstraut ihr grundlegend.

Zur gleichen Zeit bereiten die gleichen Verantwortlichen die Reform des Gesundheitssystems vor, indem sie vorhandene Strukturen umorganisieren, um sie für nach Gewinnstrebende Investoren attraktiv zu machen. Börsendotierte Gesellschaften in letzter Konse-



quenz in Händen von Versicherungen und Pharmariesen strecken ihre gierigen Hände europaweit nach Spitälern, ambulanten Versorgungseinrichtungen, Alten- und Pflegeheimen und Kuranstalten aus und die Meinungsbildner des Gesundheitssystems erfreuen sich an verheißener Transparenz, Effizienz, Standardisierung und Controlling.

Wir erleben gerade den Niedergang des Bankenwesens. Nach strengen Vorgaben wurde investiert, mit Modellrechnungen argumentiert, die Effizienz beschworen. Jenes Land, das vor einem Jahr wegen des höchsten Lebensstandards seiner Bürger internationale Rankings anführte, ist in die totale Pleite geschlittert und reißt unzählige Investoren mit, sogar österreichische Gemeinden sind dabei. Die einschlägigen Experten sind immer noch Experten und erklären voll Ernsthaftigkeit, dass die Ereignisse in ihren Modellrechnungen nicht vorkamen. Jene die schon vor Jahren die „unvorhersehbaren Geschehnisse“ erkannten und detailliert in Büchern niederlegten sind immer noch keine Experten. Bestenfalls „Exoten“, die in den Nachtstunden der Medien zu Wort kommen.

Wann immer ökonomielastige Krisenmanager marode Betriebe sanieren bleiben Menschen auf der Strecke. Wann immer ökonomielastige Krisenmanager ein Gesundheitssystem sanieren bleiben Menschen auf der Strecke. Das dürfte bisher unerkannt geblieben sein und wir werden in wenigen Jahren erfahren, dass das in den Modellrechnungen einfach nicht vorgekommen sei.

Das Gesundheitssystem ist voll von Skandalen, an den größten wird derzeit gearbeitet.

Ihr Christian Euler

Mitgliederversammlung am 8. und 9. November in Rust

von Christian Euler

Am Wochenende nach Allerheiligen hielt der ÖHV seine Jahresversammlung ab. Rust scheint zum traditionellen Tagungsort zu werden, auch wurde der Vorschlag angenommen den Termin „erstes Wochenende nach Allerheiligen“ als jährlich wiederkehrend festzuschreiben.



Im heurigen Jahr blieb der „Ostblock“, die Landesgruppen Wien, Niederösterreich und Burgenland, unter sich. Die Vertreter Salzburgs und der Steiermark erfuhren die gefassten Beschlüsse und die Inhalte der geführten Diskussionen über das Sitzungsprotokoll.

Die Jahreshauptversammlung 2008 zeichnete sich durch besondere Harmonie aus, was sich im respektvollen Umgang mit kontroversen Meinungen manifestierte. Dass nichts ungesagt blieb, dass kein Thema ausgeklammert wurde, ist vor allem der ambitionierten Vorbereitung unseres Sekretärs Dr. Wolfgang Werner zu danken. Der erfahrene und aktive Bezirksärztevertreter bereitete die brennenden Themen in einer Powerpointpräsentation auf, die einen hochwertigen Impuls für eine qualitätvolle Meinungsfindung abgab.

Wir bekräftigten die Autonomie der Landesgruppen, deren Arbeitsbedingungen verschiedener nicht sein könnten. Wir legten Rahmenbedingungen fest, die gegenseitige Irritation vermeiden sollen.

Wir wiesen die standespolitisch überregionalen Dauerbrenner dem ÖHV zur Bearbeitung zu und beschlossen in diesem Zusammenhang den Auftritt vor der Presse zum 60. Jahrestag der Deklaration der Menschenrechte, sowie für Frühjahr 2009 eine Enquete zum mit dem Arbeitstitel „Qualitätszirkel, eine effiziente Fortbildungsform in der Allgemeinmedizin“.



Unser Schatzmeister Paul Reitmayr konnte Erfreuliches berichten, womit vor allem die Treue und die hohe Zahlungsmoral unserer Mitglieder gemeint sind. Nur durch deren Beiträge können wir Projekte wie die oben genannten in Angriff nehmen. Paul selbst ist für den ÖHV eine Freude, bringt der „Frischpensionist“ doch seine Energie, seine Exaktheit und seine von langjähriger Erfahrung gespeiste Übersicht in seine Funktion als Geld- und Mitglieder-Verwalter in den Hausärzteverband ein.

Der einzige, schwerwiegende Wermuthstropfen der Generalversammlung 09 war das Fehlen unseres Dr. Wolfgang - sonst immer dabei - Gasser, der mitten in einer belastenden Patientenkarriere gefangen war, deren guter Ausgang für uns alle unzweifelhaft und daher auch tröstend sein konnte.



Begegnung mit nachhaltiger Wirkung

Die allgemeine Erklärung der Menschenrechte wird heuer 60 Jahre alt

Ein Grund zum feiern, freilich nicht für alle

von Christian Euler

Beim Kongress für Allgemeinmedizin in Graz wurde ich von unseren altbekannten Freunden Dr. Mervat und Dr. Mohammed Fahmy unserer jungen Kollegin Frau Dr. N.N.* vorgestellt.

Dr. N. N. möchte in einer Lehrpraxis arbeiten, hat auch schon eine entsprechende Stelle in einer Wiener Ordination, was ihr aber fehlt, ist die Österreichische Staatsbürgerschaft.

Während der Kriegsruhen in ihrer Heimat Bosnien 1995 kam N.N. mit Ihrer Mutter und ihren Geschwistern in eine österreichische Universitätsstadt, wo der Vater schon längere Zeit arbeitete. Sie trat ins Gymnasium ein, maturierte im Jahr 2000 und begann an der Universität ihr Medizinstudium. Im heurigen Jahr wurde sie zur Dr. med. univ. promoviert.

Schon am Beginn ihres Studiums hatte sie zum ersten Mal um die Staatsbürgerschaft angesucht, berichtet die Kollegin, man habe ihr aber gleich beschieden, dass eine Studentin ohne Einkommen chancenlos sei. Nachdem sie während der gesamten Studiendauer in einem Teegeschäft als Verkäuferin gearbeitet hatte, alle Formalitäten inklusive die Prüfung für Staatsbürgerschaftswerber erledigt waren, machte die perfekt deutsch sprechende junge Frau den zweiten Versuch.

Diesmal war das Einkommen der nur geringfügig Beschäftigten zu niedrig. So nahm die zielstrebige Studentin, die bei den Eltern wohnte und mit dem Zuverdienst immer ihr Auslangen gefunden hatte, während der letzten Studienmonate eine zweite Arbeit an. Sie begann um 5 Uhr Früh in einer Bäckerei, behielt die Arbeit im Teegeschäft und vollendete ihr Studium.

Das Einkommen überstieg somit die Gerinfügigkeitsgrenze, aber nur für wenige Monate. Nachdem der Sachbearbeiter der Behörde seine Rechnung angestellt, die inzwischen als Akademiker und österreichische Staatsbürger selbstständigen Geschwister unserer Kollegin als Kinder der Familie einbezogen hatte, konnte er mit einem auf die vergangenen drei Jahre berechneten Fehlbetrag von 15.000 Euro die neuerliche Ablehnung des Antrages auf Staatsbürgerschaft begründen.

Die zuständige Ärztekammer sah sich somit gezwungen mit dem Hinweis auf die fehlende Staatsbürgerschaft der frisch promovierten Medizinerin die Arbeit als Lehrpraktikantin, wie auch als Turnusärztin zu versagen.

„Wie wäre es mit der Arbeit als Ärztin in Bosnien zu beginnen?“ fragte ich „mit Volkes Stimme“ Dr. N.N. „Meine Familie, Eltern, Geschwister, meine Studienkollegen, alle sind in Österreich, Bosnien ist für mich ein fremdes Land geworden, Österreich meine Heimat“. „Glauben Sie, dass Ihr Kopftuch in Ihrer unglaublichen Geschichte eine Rolle spielen könnte?“ setzte ich sehr ungeniert nach. „Ich trage das Kopftuch erst wenige Monate, die ersten Ablehnungen bekam ich also unverhüllt. Ich wurde in meiner Familie nicht traditionell nach dem Islam erzogen, lernte die Religion erst in den letzten Jahren über gläubige Freunde kennen.“

Unser Islam ist friedfertig und tolerant, es wurde mir ein Bedürfnis mich sichtbar zu bekennen. Sicher bleibt das Kopftuch nicht unbemerkt. Bei einem meiner letzten Behördenkontakte wurde ich gefragt, ob ich mir vorstellen könne, dass ein Patient von jemandem, der so verkleidet ist, behandelt werden möchte“.

Ich war sprachlos und dachte an die große europäische Tradition der Hospitalorden, die noch heute in unserem Land Spitzenkrankenhäuser betreiben. Ich dachte an meine Turnuszeit und die wohlwollende Behandlung durch die „verkleideten“ Ordensschwwestern Klothilde, Engelberta, Walpurga, Antonia, Birgit...

Frau Dr. N.N. zeigte ich den Artikel 22 der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte: „Jeder hat als Mitglied der Gesellschaft das Recht auf soziale Sicherheit und Anspruch darauf, durch innerstaatliche Maßnahmen und internationale Zusammenarbeit sowie unter Berücksichtigung der Organisation und der Mittel jedes Staates in den Genuss der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte zu gelangen, die für seine Würde und die freie Entwicklung seiner Persönlichkeit unentbehrlich sind“.

Und in Artikel 26 heißt es unter anderem: „Die Bildung muss auf die volle Entfaltung der menschlichen Persönlichkeit und auf die Stärkung der Achtung vor den Menschenrechten und Grundfreiheiten gerichtet sein. Sie muss zu Verständnis, Toleranz und Freundschaft zwischen den Nationen und allen rassischen und religiösen Gruppen beitragen und der Tätigkeit der Vereinten Nationen für die Wahrung des Friedens förderlich sein“.

Ich war froh Frau Dr. N.N. von der Pressekonferenz berichten zu können, die der Österreichische Hausärzterverband anlässlich des sechzigsten Jahrestages der Deklaration der Menschenrechte angesetzt hat, um unter diesem Licht die geplante Gesundheitsreform zu diskutieren.

* Name der Redaktion bekannt

Bezeichnung des Arzneimittels: Velmetia 50 mg/850 mg Filmtabletten, Velmetia 50 mg/1000 mg Filmtabletten. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Tablette enthält 50 mg Sitagliptin (als Phosphat 1 H₂O) und 850 mg bzw. 1000 mg Metforminhydrochlorid. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose (E 460), Povidon K29/32 (E 1201), Natriumdodecylsulfat, Natriumstearylfumarat. Tablettenüberzug: Poly(vinylalkohol), Macrogol 3350, Talkum (E 553b), Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(II,III)-oxid (E 172). **Anwendungsgebiete:** Für Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus: Velmetia ist zusätzlich zu Diät und Bewegung zur Verbesserung der Blutzuckerkontrolle bei Patienten indiziert, bei denen eine Monotherapie mit Metformin in der höchsten vertragenen Dosis den Blutzucker nicht ausreichend senkt oder die bereits mit der Kombination von Sitagliptin und Metformin behandelt werden. Velmetia ist auch in Kombination mit einem Sulfonylharnstoff (z. B. als Dreifachtherapie) zusätzlich zu Diät und Bewegung bei Patienten indiziert, bei denen eine Kombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffes nicht ausreicht, um den Blutzucker zu senken. **Gegenanzeigen:** Velmetia ist kontraindiziert bei Patienten mit: Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile; diabetischer Ketoazidose; diabetischem Präkoma; mäßiger oder schwerer Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance < 60ml/min); akuten Erkrankungen, welche die Nierenfunktion beeinflussen können, wie: Dehydratation, schweren Infektionen, Schock, intravasculäre Gabe von jodhaltigen Kontrastmitteln; akuten oder chronischen Erkrankungen, die eine Gewebhypoxie verursachen können, wie: Herz- oder Lungeninsuffizienz, kürzlich stattgefundenener Myokardinfarkt, Schock; Leberfunktionsstörung; akuter Alkoholvergiftung, Alkoholismus; Stillzeit. **Inhaber der Zulassung:** Merck, Sharp & Dohme Ltd., Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire, EN 11 9BU, Vereinigtes Königreich. **Vertrieb in Österreich:** Kwizda Pharma GmbH, Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Kombinationen mit oralen Antidiabetika. **ATC-Code:** A10BD07. **Weitere Angaben zu Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Das Globalsummen-Finanzierungssystem

von Wolfgang Werner



Dr. Wolfgang Werner

Im Rahmen der wirklich unangenehmen und absolut entbehrlichen Diskussion über unser Gesundheitssystem hat sich unerwarteter Weise eine Nebenfront aufgetan, die das Potenzial von Sprengkraft für uns als Ärzte und für die Kammer, die wir ja alle sind, inne hat! Es geht um das Globalsummen-Finanzierungssystem, über das die niedergelassenen Ärzte (AM und FÄ) honoriert werden sollen.

Kurz ausgedrückt, ist damit gemeint, dass die Krankenkasse der Ärztekammer eine globale Summe Geldes überweist und es der Ärztekammer überlässt, wie sie dieses Geld unter den Kollegen mit Kassenvertrag verteilt. Ein solches Globalsummen-Finanzierungssystem wurde von Prof. Chini für die Ärztekammer Wien ausgearbeitet. Es wird diskutiert, in diesem Modell nicht nur die Ärztefinanzierung, sondern auch die Medikamentenkosten zu integrieren.

Zu diesem Thema habe ich Pro und Kontra überlegt und mit Kammerfunktionären diskutiert:

Gegenargumente:

1. Diese Finanzierung kommt einer globalen Deckelung gleich.
2. Der kassenfreie Raum wird umstritten sein, weil die Kasse den Standpunkt einnehmen könnte, dass mit dieser Pauschalzahlung alle Leistungen abgedeckt sind.
3. Die Einbeziehung der **Medikamentenkosten** in diesen Betrag ist absolut abzulehnen, da man den Ärzten vorwerfen würde, dass sie auf Kosten der Patienten sich ein Körpergeld einbehalten und den Kranken teure aber notwendige Medikamente vorenthalten.
4. Es wird Streitereien zwischen Ärztekammer und Pharmaindustrie um Medikamentenkosten geben. Jede Medikamententeuerung geht unseren Honoraren ab.
5. Verteilungsstreitigkeiten unter den Ärzten insbesondere bei Medikamentenkosten und Sonderleistungen oder Leistungsausweitungen.
6. **Rabattierungsgefahr** wie bei Apothekern mit Preisnachlässen (Die Apotheker zahlen an die Kasse regelmäßig namhafte Beträge aus ihrer Globalsumme).
7. **Interessensgegensatz** in der Kammer zwischen Disziplinierung der Kollegenschaft, um die Honorarsumme nicht zu überschreiten und Ärztevertretung.
8. Ich fürchte, dass unsere Verhandler nicht gegen die Professionalität der Kontrahenten aufkommen.
9. Der Verwaltungsaufwand wird von der Krankenkasse zu uns verlagert.
10. Wenn aus einem medizinischen Versorgungsraum mit Globalsummenfinanzierung ein Kassenvertrag herausgelöst, verkauft und anschließend regional verlagert wird, so hat das zur Folge, dass die verbliebenen Ärzte in diesem Versorgungsraum die nicht mitverlagerten Patienten mit ihrer eigenen Globalsumme mitversorgen müssen, also mehr Patienten mit dem verbliebenen Geld versorgen müssen – also eine Honorarminderung hinnehmen müssen (ist bereits in Deutschland geschehen!)
11. In diesem System weiß niemand bis zum Ende des Abrechnungszeitraumes, wie viel Geld seine Leistung wert war.
12. Es wird eine zusätzliche ärztliche Funktionärsschicht geschaffen, die diese Gelder verwaltet und sich von der beitragszahlenden Kollegenschaft abhebt (Argument Euler).
13. Konzentrationsprozess (Argument Karlas-Pichler).

PRO Argumente:

1. Die Kammer hätte Übersicht über die eigenen Gelder.
2. Einflussnahme auf das Heilmittelverzeichnis.
3. Vertragssicherung von 3 Jahren.
4. keine AVZS (wurde zumindest versprochen).
5. Die Institute sollen wieder in der Kammer integriert werden, wobei unklar ist, ob die Institute das überhaupt wollen.
6. Es soll eine gesicherte Steigerung der Honorare dynamisch möglich sein, das heißt, dass es auch weniger werden kann, wenn z. B. die Arbeitslosigkeit steigt!
7. Durch den Wegfall der Möglichkeit von Einzelverträgen können die Kollegen auch nicht mehr honorarmäßig nach dem Billigstbieterprinzip gegeneinander ausgespielt werden.
8. Herausnahme der Ärztefinanzierung aus einem angedachten gemeinsamen Finanztopf für Spitalsambulanzen und niedergelassene Ärzte (Argument Streinzer), in dem wir von den Ambulanzen an die Wand gedrückt würden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich war zunächst entsetzt, als ich von diesem Honorierungsmodell gehört habe, es ist mir aber ein Anliegen, die Pros und Kontras aufzuzeigen, damit sich die Kollegenschaft selbst ein Bild machen kann. In Deutschland ist ein solches Modell bereits im Einsatz und dürfte dem Vernehmen nach bei den Ärzten eher ungeliebt sein. In einer Resolution vom 22. November 2008 verabschiedete die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) deshalb in München eine Resolution, in der die bayerische Staatsregierung aufgefordert wird, alles zu tun, um die Gefährdung der Patientenversorgung und den drohenden Ruin vieler Praxen im Freistaat abzuwenden.

Also, soweit ist es dort schon gekommen!

Mir ist auch nicht ganz klar, warum die Kasse für ein solches System lieber Geld hergeben soll, als für die gegenwärtigen Strukturen. Die erhofften Gewinne für uns werden im Chini-Modell mit mehr Selbstzurücknahme der Ärzte bei den Folgekosten argumentiert, weil die Ärzteschaft jetzt mit eigenem Geld restriktiver umgehen wird als bisher. Dieses System führt zu einem Konzentrationsprozess bei den technischen Fächern. Allerdings ist damit auch eine Entsolidarisierung verbunden, weil schließlich jeder sich selbst →

der Nächste ist und durch die Entsolidarisierung der Konzentrationsprozess letztendlich auch die niedergelassenen Fachärzte und Allgemeinmediziner in Form von Gruppenpraxen erfassen wird. Eigentlich handelt es sich hier um eine Kollektivisierung, die wir nicht wollen. Das Bestbieterprinzip wird in unsere eigenen Reihen getragen – das Globalbudget geht sich nur aus, wenn es nur mehr ein einziges Großlabor, nur mehr ein einziges Großröntgen und eine einzige Großpraxis mit allerbilligsten Tarifen gibt. Unsere eigentliche Aufgabe, nämlich die Behandlung von Kranken, wird zur Nebensache.

Die angebliche Verbesserung der Selbstbestimmung durch das Chini-Modell ist mir nicht nachvollziehbar: im Regierungsentwurf wurde die Absicht auf Ausdehnung der Ordinationszeiten, die Einführung von Nachtdiensten, die Unterwerfung der ÖQMED unter staatliche Oberhoheit kundgetan – wir haben hier nichts mehr mitzureden, auch die ÖQMED mit der Selbstverwaltung der medizinischen Standards wird zur Illusion. Eigentlich ist es völlig egal, ob man das bestehende System beibehält oder das Globalsummensystem wählt. Ein Ausweg, über den man bisher allerdings noch gar nicht diskutiert hat, wäre der Wechsel von Pflichtversicherung

zur Versicherungspflicht, wo sich der Versicherte die eigene Versicherung und deren Konditionen selbst aussuchen kann.

Eines macht mich ganz besonders stutzig:

Noch nie hat die Kasse etwas unternommen, was zu unserem Vorteil war. Warum soll die Kasse die Hoheit über die Ärztefinanzierung abgeben – und das noch dazu an den Kontrahenten, die Ärztekammer? Es ist mir nicht bekannt, dass plötzlich der Altruismus ausgebrochen wäre. Also: cui bono????

Aber einen gemeinsamen Nenner gibt es – ganz einfach ausgedrückt: Die Allgemeinheit will von uns mehr Leistung und dafür weniger bezahlen!

Meint Euer

MR. Dr. Wolfgang Werner
 Bezirksärztevertreter 10. Bezirk
 Präsident des ÖHV-Wien
 Weitmosergasse 3, 1100 Wien
 Tel: (01) 617 22 68, Fax (01) 617 22 684
 E-mail: dr.w.werner@aon.at
www.drwwerner.at

ÖHV - TURNUSÄRZTE

Die Prüfung für Allgemeinmedizin aus der Sicht von Turnusärzten

von Julia Baumgartner

Nach einer privaten Umfrage unter einigen Kollegen und Kolleginnen ergibt sich folgendes Gesamtbild: Die Prüfungsinhalte stimmen mit den im Turnus vermittelten Lehrinhalten so gut wie gar nicht überein. Das Hauptproblem bei der derzeitigen Ausbildung für Allgemeinmedizin ist: Es gibt keine! Daher ist es für uns Jungärzte nur schwer verständlich, warum wir 390,- € für eine Prüfung bezahlen sollen, auf die wir in unserer Ausbildung nicht vorbereitet wurden! Ausnahme bilden sicher jene Turnusärzte, die einen Teil ihrer Ausbildung in der Lehrpraxis absolviert haben, was derzeit jedoch unter anderem aus finanziellen Gründen nicht für alle Jungärzte möglich ist.

Der Prüfungsstil ist so ausgerichtet, dass man bei diversen Fragen unbegrenzt viele Antworten geben kann, jedoch nur gewisse gewertet werden. Dadurch wird der Prüfling dazu aufgefordert, sämtliche Diagnosen aufzuzählen, auch wenn sie einem noch so unwahrscheinlich und unmöglich erscheinen (ich musste bei meiner Prüfung selbst manchmal innerlich den Kopf über meine Antworten schütteln). Diese teils „sinnlose Aufzählerei“ wird auch durch die verbreitete Meinung, dass die Tests wohl von irgendwelchen Sekretärinnen korrigiert werden, denen das notwendige Wissen über medizinische Zusammenhänge fehlt, gefördert.

Weiters ist es prinzipiell schwierig, praxisbezogene Fragen in theoretische Fälle zu verarbeiten. Es ist sehr schwierig, eine Situation anhand nur weniger Sätze aus der Anamnese zu beurteilen. Meist ist der weitere diagnostische und therapeutische Weg von so vielen Faktoren abhängig! (Wie ist das soziale Umfeld? Welche Laborparameter kann ich in der Praxis bestimmen? Wie schaut der Patient aus?...) Leider steht während der Prüfung auch kein Ansprechpartner mit entsprechendem Wissen zur Verfügung! Die Prüfungsdauer selbst ist ziemlich lang, und wie auch von vielen Kollegen bemerkt, würde man sich für

390,-€ etwas mehr als ein kleines Mineralwasser (vielleicht einen Müsliriegel oder Saft) erwarten.

Bedauerlich finde ich es auch, dass man lediglich erfährt, ob man bestanden hat oder nicht - eine ungefähre Information über die erreichte Punkteanzahl, Gebiete mit Schwächen und Stärken wäre sehr Interessant für die Selbsteinschätzung!

Abschließend möchte ich noch betonen, dass eine gewisse Qualitätssicherung durchaus wünschenswert ist, meiner Meinung nach aber die Prüfung unter den derzeitigen Voraussetzungen kaum als solche angesehen werden kann. Soweit ich aus Gesprächen mit Kollegen weiß, wird die Prüfung rein als „Geldbeschaffungsmethode“ der Ärztekammer gesehen.

Dr. Julia Baumgartner

derzeit am Ende des Turnus
 in einer Lehrpraxis für Allgemeinmedizin
 c/o Dr. Michael Wendler
 St. Weiterstrasse 32, 8046 Graz
 T: (0316) 691950



„Leise flehen meine Lieder....“

Die NÖ Gebietskrankenkasse besinnt sich alter Werte

von Peter Pözlbauer

Dass die e-card, Grundstein für eine vernetzte Gesundheitsbürokratie, auch Schattenseiten hat, mussten wir bereits schmerzhaft erfahren. Es ist nicht sosehr der Missbrauch der anonymen Karte durch Unbefugte, sondern der exzessive Gebrauch durch Anspruchsberechtigte.

Das Problem trat erstmals in Wien mit seiner hohen Ärztedichte und der leichten Erreichbarkeit aller verfügbaren Fachärzte zu Tage. Der Wiener Hausärzterverband machte in einer Pressekonferenz darauf aufmerksam, was zu wütenden Protesten der FachkollegInnen in österreichischen Ärztemedien führte. Einmal mehr stand der ÖHV als Brunnenvergifter am Pranger.

Jetzt kommt ein Echo von unerwarteter Seite. Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse wies in einer Aussendung auf das Problem des Ärztehopping oder Doctor shopping durch Arztnomaden hin und suchte die Fehler natürlich nicht bei sich selbst, sondern in der Hausarzt-Patient-Beziehung. Gezielte Kommunikation und Beziehungsarbeit durch den Hausarzt sei gefragt.

Das wieder erboste viele KollegInnen, die sich zu Unrecht gescholten fühlen. Denn in der Zeit des guten alten Krankenscheins erhielten die Anspruchsberechtigten pro Quartal einen Schein für AllgemeinmedizinerInnen und deren zwei für Besuche bei FachärztInnen. Was darüber hinausging, erforderte eine Überweisung. Mit dem Wegfall dieser Barriere brachen im wahrsten Sinn des Wortes alle Dämme.

Leider sind die Lösungsvorschläge der NÖGKK allzu hausbacken.

Unzufriedenheit hat es in Arzt-Patient-Beziehungen immer gegeben. Dafür gibt es die freie Arztwahl. Die Überweisung an FachärztInnen hatte für uns HausärztInnen in aller Regel den Vorteil, über den Befundbericht sowohl von Diagnose und Therapie informiert zu sein. Aber genau das scheint nicht im Interesse der PatientInnen zu liegen. Es wird ihnen allerdings auch von allen Seiten versichert, sie seien mündig und offenbar nehmen sie ihr Gesundheitsrisiko aufgrund von Mehrfachverordnungen locker in Kauf. Zumal gerade jetzt (Mitte November) die Zeitungen von Berichten über ärztliche Behandlungsfehler nur so strotzen.

Diese Negativberichterstattung über ÄrztInnen in einem bisher nicht gekanntem Ausmaß mag manchen im Gesundheitswesen verantwortlich Tätigen bei der Umsetzung ihrer Sparideen und Regulierungsmaßnahmen durchaus gelegen kommen. Aber die Kehrseite der Medaille ist eben eine Kostenexplosion, der kein erkennbarer Nutzen gegenübersteht.

Auf unsere Einladung hin hat sich die NÖGKK freundlicherweise zu einer Stellungnahme bereit erklärt (siehe Seite 38).

Tamiflu® 30 / 45 / 75 mg Hartkapseln; Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Hartkapsel enthält Oseltamivirphosphat, entsprechend 30 / 45 / 75 mg Oseltamivir. **Tamiflu® 12 mg/ml Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen; Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 g Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen enthält Oseltamivirphosphat, entsprechend 30 mg Oseltamivir. Nach der Zubereitung enthält jeder ml der Suspension 12 mg Oseltamivir. Eine Flasche der zubereiteten Suspension (75 ml) enthält 900 mg Wirkstoff (Oseltamivir). Eine Flasche mit 30 g Tamiflu Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen enthält 26 g Sorbitol. Eine Dosis von 45 mg Oseltamivir, zweimal täglich gegeben, liefert 2,6 g Sorbitol. **Anwendungsgebiete:** Therapie der Influenza. Bei Patienten ab einem Jahr mit influenzaartigen Symptomen, wenn das Influenzavirus in der Bevölkerung auftritt. Die Wirksamkeit konnte nachgewiesen werden, wenn die Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach erstmaligem Auftreten der Symptome begonnen wurde. Diese Indikation basiert auf klinischen Studien an natürlich vorkommender Influenza, bei welcher die vorherrschende Infektion Influenza A war (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt „Pharmakodynamische Eigenschaften“). **Prophylaxe der Influenza.** • Postexposition-Prophylaxe bei Personen im Alter von einem Jahr oder älter nach Kontakt mit einem klinisch diagnostizierten Influenzafall, wenn das Influenzavirus in der Bevölkerung zirkuliert. • Die angemessene Anwendung von Tamiflu zur Prophylaxe einer Influenza sollte von Fall zu Fall auf Basis der Umstände und der Populationen, welche einen Schutz benötigen, beurteilt werden. In Ausnahmesituationen (z.B. in Fällen einer Diskrepanz zwischen den zirkulierenden und den im Impfstoff enthaltenen Virusstämmen, und einer pandemischen Situation) kann eine saisonale Prophylaxe bei Personen im Alter von einem Jahr oder älter erwogen werden. **Tamiflu ist kein Ersatz für eine Gripeschutzimpfung.** Über die Anwendung von antiviralen Arzneimitteln für die Behandlung und Prophylaxe von Influenza sollte auf der Basis offizieller Empfehlungen entschieden werden. Die Entscheidung hinsichtlich des Einsatzes von antiviralen Arzneimitteln zur Behandlung und Prophylaxe sollte die Erkenntnisse über die Eigenschaften des zirkulierenden Influenzaviruses und das Ausmaß der Krankheit in verschiedenen geographischen Gebieten und Patientengruppen berücksichtigen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Tamiflu 30 / 45 / 75 mg Hartkapseln: Kapselinhalt: Vorverkleisterte Stärke (gewonnen aus Maisstärke), Talk, Povidon, Croscarmellose-Natrium, Natriumstearylfumarat. Tamiflu 30 mg Hartkapseln: Kapselhülle: Gelatine, Eisenoxidhydrat (E 172), Eisen(III)-oxid (E 172), Titandioxid (E 171). Tamiflu 45 mg Hartkapseln: Kapselhülle: Gelatine, Eisen(II,III)-oxid (E 172), Titandioxid (E 171). Tamiflu 75 mg Hartkapseln: Kapselhülle: Gelatine, Eisenoxidhydrat (E 172), Eisen(III)-oxid (E 172), Titandioxid (E 171). Tamiflu 30 / 45 / 75 mg Hartkapseln: Drucktinte: Schellack, Titandioxid (E 171), FD und C Blau 2 (Indigocarmin, E 132). Tamiflu 12 mg/ml Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen: Sorbitol (E 420), Natriumdihydrogenphosphat (E 331[a]), Xanthan-Gummi (E 415), Natriumbenzoat (E 211), Saccharin-Natrium (E 954), Titandioxid (E 171), Tutti-Frutti-Aroma (enthält Maltodextrine [Mais], Propylenglycol, Arabisches Gummi [E 414] und naturidentische Aromastoffe [hauptsächlich bestehend aus Bananen-, Ananas- und Pfirsich-Aroma]). **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antivirales Arzneimittel, **ATC-Code:** J05AH02. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Informationen zu Schwangerschaft und Stillzeit und zu Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**



Dr. Peter Pözlbauer

Der schwarze Peter, den wir von Seiten der NÖGKK jetzt zugespielt bekommen, ist unter den oben genannten Umständen besonders irritierend. Wir haben uns gegen das Gate-keeping gewehrt, weil wir nicht als die Verhinderer eines modernen Gesundheitssystems dastehen wollten. Dass wir HausärztInnen immer schon unsere PatientInnen oft mit und in deren Familien ein Leben lang begleitet haben, wollte niemand wahrhaben, geschweige denn anerkennen.

Jetzt aber stoßen wir mit unseren Bemühungen an Grenzen, die wir nicht selbst gezogen haben. Mögen die Bemühungen der NÖGKK zur Vermeidung des Doctor shopping auch noch so gut gemeint sein, sie kommen zu spät. Und selbst wenn wir alle unsere Kräfte aufbieten, die Heilmittelverordnungen zu koordinieren, werden unsere Erfolge eher bescheiden sein. Das Liebeswerben der NÖGKK ist ohne flankierende Maßnahmen vergebens. Aber das hieße, den schwarzen Peter zurückzubekommen!

Stellungnahme der NÖGKK Gemeinsame Strategien gegen doctor shopping

von Michaela Stitz

Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse führt seit geraumer Zeit systematische Auswertungen zur Erkennung von Überversorgung mit Heilmitteln durch. Die Ergebnisse werden laufend mit den Vertragspartnern kommuniziert.

Im Zuge dieser Routine-Analysen sind Extremfälle (siehe unten angeführten Fallbericht) zu Tage getreten, in denen Patienten durch doctor shopping missbräuchlich zum Teil unvorstellbare Mengen an Medikamenten beziehen. **Selbstverständlich wenden wir uns in solchen Fällen direkt an den betreffenden Patienten. Die NÖGKK hält aber auch eine Information aller beteiligten Ärzte für unabdingbar.**

Die ausgesandte Heilmittelinformation ist als Vorbereitung für diesen Kommunikationsweg zu sehen. Keinesfalls liegt es in unserer Absicht, die niedergelassenen Ärzte für doctor shopping verantwortlich zu machen. Ganz im Gegenteil, die Verantwortung des Einzelarztes endet dort, wo ohne sein Wissen und Zutun eine Überversorgung stattfindet. Dieses offensichtlich bewusst von manchen Patienten herbeigeführte Wissensdefizit des behandelnden Arztes wollen wir künftig durch gezielte Information – im Sinne einer Unterstützung für die Patientenführung – schließen.

Ein Kausalzusammenhang zwischen Einführung der e-Card und dem beschriebenen Missbrauch lässt sich unserer Ansicht nach nicht herstellen, denn die Möglichkeit, mehrere Allgemeinmediziner (Vertretung, Urlaub, Erste Hilfe etc.) und einen Facharzt pro Sparte und Quartal ohne Überweisung zu kontaktieren, hat es bei der NÖGKK auch zu Zeiten des Krankenkassenschecks (KKS) gegeben. Auch gab es derartige Missbrauchsfälle schon zu Zeiten des KKS, die Weiterentwicklung der technischen Möglichkeiten (nicht

zuletzt die Einführung der e-Card) macht sie nur transparenter. Die Problematik eines unbeschränkten Zuganges wurde unabhängig von der Einführung der e-Card erkannt. Entsprechende Lösungen werden derzeit diskutiert.

Wir sehen die Heilmittelinformation wie auch die täglich stattfindenden telefonischen Kontakte mit den Vertragsärzten als fachlichen Austausch mit dem Ziel, die vertragspartnerschaftliche Beziehung zu verbessern. Die überwiegend positiven Rückmeldungen der Ärzteschaft bestärken uns in der Fortführung dieses Weges. Gemeinsam sollten wir daher dem Ziel einer Dämpfung der Heilmittelkostenentwicklung schrittweise näher kommen.

Dr. Michaela Stitz, Nö. Gebietskrankenkasse
Leistungsökonomie/Vertragspartnerkontrolle
3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3
Tel.: + 43 50 899-6103, Fax: + 43 50 899-6180
E-Mail: michaela.stitz@noegkk.at

Fallbericht: Eine Frau mittleren Alters, berufstätig, Familie, konsultiert regelmäßig bis zu 12 Ärzte parallel. Alle sind Allgemeinmediziner. Jeder Arzt erhält eine plausible Begründung für die Konsultation und den Wunsch nach Heilmittelverordnung; für den einzelnen Mediziner ist auch die Menge unauffällig. In Summe gelingt es der Versicherten, auf diese Art und Weise 350 Tabletten diverser nicht steroidaler Antirheumatika, 1020 Tabletten eines Antidepressivums und 1000 Tabletten eines Benzodiazepins in einem Monat mit ärztlicher Verordnung zu beziehen! Im beschriebenen Fall wurde zunächst die Versicherte kontaktiert und in der Folge wurden alle beteiligten Allgemeinmediziner telefonisch informiert. Wir werden diesen Fall weiter verfolgen.

Impressum:

Herausgeber:
Österreichischer Hausärzterverband

Internet: www.hausaerzterverband.at

Medieninhaber (Verleger):
MPV Medizinisch
Pharmazeutischer Verlag GesmbH

Verlagsleitung: DI (FH) Gunther Herzele

Verlagsassistent: Iris Freystetter

Redakteurinnen:
Karin Herzele, Mag. Tanja Schuch
Kutschkergasse 26, Postfach 63, 1180 Wien
Tel: 01/533 74 06 oder 526 05 01
Mobil: 0676/37 59 859
e-mail: redaktionsbuero@mpv.co.at

Internet: www.hausarzt.co.at

Anzeigenverkauf:
Stefan Franke MAS, MSc, franke media keg
Inkustraße 1-7, Stiege 2, 3400 Klosterneuburg
T: 02243/98231-10, F: DW-20, 0699/115 19 880
e-mail: s.franke@frankemedia.at

Internet: www.frankemedia.at



Chefredakteur:
Dr. Peter Pözlbauer,
2212 Großengersdorf, Neustift 1
Telefon: 02245/88213

Redaktion:
Dr. Christian Euler
Dr. Arnold Fragner
Dr. Wolfgang Geppert
Dr. Norbert Jachimowicz
Dr. Rolf Jens
Dr. Norbert Labmayer
Dr. Kurt Pinter
Dr. Christoph Reisner
Dr. Wolfgang Werner

Produktion:
AV + Astoria Druckzentrum GmbH
Faradaygasse 6, 1030 Wien

Satz und Layout:
Graphic Art Studio - Atelier Baumgarten
Billrothstr. 42-44/4/15, 1190 Wien,
Baumgarten 15, 3454 Sitzenberg-Reidling
Meister Peter Bors
Mobil: 0699/1925 04 01, Tel./Fax: 02276/21281
e-mail: p.bors@bors.at

Internet: www.bors.at

Erscheinungsweise:

10 Ausgaben,
Jänner und Juli erscheinungsfrei.
Einzelpreis: € 4,-, Jahresabo: € 36,-
Inkl. MWSt. (im Ausland zzgl. Spesen).

RICHTUNG: Unabhängige österreichische Fachzeitschrift für Allgemeinmedizin für alle niedergelassenen Allgemeinärzte und Allgemeinärztinnen und die zum Allgemeinarzt in Ausbildung stehenden Ärzte und Ärztinnen. Der HAUSARZT ist ein - entsprechend der großen Bandbreite der Allgemeinmedizin - umfassendes Informations- und Fortbildungsmedium. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion oder des Verlages wieder, sondern fallen in den Verantwortungsbereich der Autoren. Der Inhalt von entgeltlichen Einschaltungen und Beilagen sowie Angaben über Dosierungen und Applikationsformen liegen außerhalb der Verantwortung der Redaktion oder des Verlages und sind vom jeweiligen Anwender im Einzelfall auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Beiträge in den Rubriken „Nachrichten“, oder „Berichte“ können aus zugesandten Manuskripten der Industrie stammen. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt, verwertet oder verbreitet werden.

An die Redaktion „Der Hausarzt“

Leserbrief zum Artikel von Prof. Mag. DDr. Wolfgang Maurer : „Irrtümer der Impfgegner“ im Hausarzt 9/08 Seite 17

Dr. Gloria Kozel

Ärztin für Allgemeinmedizin

Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Homöopathische Medizin

Kindermannngasse 29, 8020 Graz

Sehr geehrter Herr Prof. DDr. Maurer,

in meiner Eigenschaft als Präsidentin der ÖGHM ist es mir ein Anliegen, Ihren polarisierenden und provokant geschriebenen Artikel: Irrtümer der Impfgegner nicht unwidersprochen zu lassen. Ich möchte gegen die von Ihnen angeführten Attacken gegen Mitglieder der Gesellschaft heftig protestieren, auch wenn manche Aussagen der KollegInnen die Freiheit der ärztlichen Stellungnahme darstellen. Vor allem aber möchte ich Ihnen auf der sachlichen Ebene begeben und Ihnen den Blickwinkel einer ganzheitlichen ärztlichen Sichtweise eröffnen.

Bis auf wenige Kollegen, die sich selbst als Impfgegner bezeichnen, ist es die Meinung der Gesellschaft, dass Impfungen ein wesentliches Instrument bei der Kontrolle gefährlicher Erkrankungen darstellen, so sind wir homöopathischen Ärzte heute zum Beispiel nicht in der Lage, Tetanus entsprechend zu behandeln. Doch das Konzept, immer harmlosere Krankheiten mittels Impfungen ausschalten zu wollen, muss aus dem Blickwinkel einer ganzheitlich orientierten individuellen Medizin äußerst kritisch beurteilt werden. Akute Erkrankungen haben, wie Sie sicher bestätigen können, einen wichtigen Stellenwert in der Entwicklung des Immunsystems.

Nach Ansicht der STIKO sollen Impfungen zum frühest möglichen Zeitpunkt verabreicht werden, um viele statistisch zu erwartende Krankheitskomplikationen zu verhüten. Gerade jedoch Impfungen in den ersten 2 Lebensjahren nehmen messbaren Einfluss auf die Differenzierung der T-Lymphozyten im Sinne einer allergieassoziierten Immunreaktion (Barrios 1996, Rowe 2000). Auch Ihnen werden die Studien von Shaneen 1996 bekannt sein, die einen Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen Impfung und Atopie nahe legen. Im seltenen Vergleich zwischen ungeimpften und geimpften Kindern zeigen letztere, einer amerikanischen Untersuchung zufolge (Enriquez 2005), eine deutlich höhere Rate an Asthma und allergischen Erkrankungen, was ich auf Grund meiner bald 30-jährigen Praxiserfahrung durchaus bestätigen kann.

Es fällt nicht nur mir, sondern auch reflektierten Eltern schwer, sich für ihr Kind in unseren Breiten innerhalb der ersten Lebensmonate Verletzungen vorzustellen, die ein Tetanusrisiko in sich bergen. Auch die Impfung gegen Hepatitis B ist für einen Säugling selbst sicher nicht notwendig, wäre da nicht das Argument der versuchten Ausrottung von Leberkrebs.

Es stören mich persönlich die massiven gesundheitspolitischen und volkswirtschaftlichen Überlegungen, die bei den jeweiligen Impfeempfehlungen mitschwingen. So stehen beim Andenken der Impfung gegen Influenza für schon unter 3-Jährige und gegen Varicellen nicht nur die Erreichung der Herdenimmunität, sondern auch der Vergleich Kosten der Impfung/ Kosten für Pflegeurlaub der Eltern zur Diskussion. Es gibt auch einige kritische Stimmen aus den Reihen der naturwissenschaftlichen Medizin: Arzneimitteltelegramm Nr. 10/2008: „Wird die Wirksamkeit der Influenzaimpfung überschätzt?“ Oder aus der Österreichischen Ärztezeitung vom 10.09.2008: „Influenzaimpfung schützt kaum vor Pneumonie“ Das ist ja die Hauptkomplikation und Haupttodesursache bei Influenza! Wenn die Impfung davor nicht ausreichend schützt, wovor sonst?

Zudem bezahlt die Pharmaindustrie sehr häufig die Studien, die knallharte Fakten belegen sollen – das ist sehr durchsichtig. Mit Impfungen ist gutes Geschäft zu machen, denn Impfstoffe gehören zu den umsatzstärksten Medikamenten der Arzneimittelhersteller.

Zur HPV Impfung behaupten Sie, dass homöopathische ärztliche Impfgegner regelmäßig medizinische Fakten ignorieren. Humane Papillomaviren verursachen nicht notwendigerweise immer Cervixcarcinome, das ist doch allgemein bekannt. So ist die Bewerbung von Gardasil & Cervarix als Impfung gegen Krebs eine deutlich falsche Information der Bevölkerung. Da die Impfung präventiv nur gegen die humanen Papillomaviren 6,11,16 und 18 wirkt und mindestens 11 weitere HPV Typen nicht erreicht, kann sie nicht ehrlich als solche verkauft werden. Haben Sie das Arzneimitteltelegramm Nr.9/08 gelesen? „HPV-Impfstoffe Nutzen weiter unklar.“ Zusammenfassung: „Bestrebungen, möglichst viele Mädchen möglichst schnell zu impfen, halten wir beim jetzigen Kenntnisstand für nicht gerechtfertigt“.

Zum Schluss möchte ich mich als Kollegin gegen Ihre Hetzkampagne gegen ärztliche Impfgegner verwehren – woher nehmen Sie das Recht zu fordern, dass gegen ÄrztInnen hart durchgegriffen werden sollte, wenn sie die Impfeempfehlungen des Impfausschusses ablehnen?

Mit kollegialen Grüßen,

Gloria Kozel

Korrumpierte Medizin – Ärzte als Komplizen der Konzerne

Eine kritische Würdigung des neuen Werkes von Möchtegernskandalautor Dr. phil. Hans Weiss

von Christoph Reisner

Schon die bei Titel und Untertitel benutzten Worte „korrumpiert“ und „Komplize“ weisen den interessierten Leser darauf hin, dass es sich beim vorliegenden Werk um eine spannende Geschichte handeln könnte, bei der endlich einmal die kriminellen Machenschaften der Ärzteschaft und der Pharmawirtschaft aufgedeckt und in weiterer Konsequenz verfolgt würden.

Schließlich werden beide Begriffe synonym für strafrechtlich relevante Vergehen verwendet. Die Kurzbeschreibung im Innenband verspricht dann eine Aufdeckung von unhaltbaren Zuständen in unvorstellbarem Ausmaß. Der Leser kann sich schon darauf freuen, wie die etwa 50.000 in Österreich tätigen ÄrztInnen und PharmamitarbeiterInnen ihr Fett abbekommen.

Was verbirgt sich hinter diesem Buch? Dr. Hans Weiss, bekannt durch mehrere bereits erschienene Werke wie „Bittere Pillen“ oder „Asoziale Marktwirtschaft“, schlüpft in die Rolle eines Pharmareferenten/Pharmaberaters und beschreibt seine Erfahrungen. Er ist jedoch offenbar nur in Deutschland unterwegs, stellt allerdings den vermeintlichen Bezug zu Österreich durch geschicktes Einstreuen von Aussagen in den Textfluss immer wieder her. Etwa durch Teilnahme an „Kongressen in Wien“, durch die Beleuchtung der „Aktivitäten der ÖÄK im Frühsommer 2008“ oder durch seine Vorstellung der Datenbeschaffung der Pharmakonzerne „in Deutschland und Österreich“.

Behauptete Missbräuche sind rein technisch gar nicht möglich

So steht mit eindeutigem Bezug zu Österreich wortwörtlich geschrieben: „Viele Ärzte lassen sich in ihrer Praxis rund um die Uhr von der Pharmaindustrie überwachen. Alles wird aufgezeichnet, jedes ausgestellte Rezept, jede Diagnose, alle Patientendaten, jedes Laborergebnis, jeder Kontakt mit Pharmavertretern, jede Anforderung

von schriftlichem Material bei Firmen, jede Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen. Vermutlich gibt es keine Berufsgruppe, die so genau durchleuchtet und überwacht wird wie die Ärzteschaft. Verschreibungsdaten wandern automatisch vom Computer des Arztes zu den Computern der Firma IMS; von dort auf die Bildschirme der Konzerne und weiter auf die Laptops der Pharmavertreter, die diese Informationen dann nutzen, um den Arzt besser zu beeinflussen. Denn häufig sind die Daten nicht anonymisiert, sondern personenbezogen - und werden von den Konzernen auch gezielt so verwendet.“

Eine detaillierte Kommentierung dieser Zeilen erübrigt sich. Jeder echte Insider weiß genau, dass dies in Österreich rein technisch so nicht möglich ist. Selbst wenn es ELGA in der schlimmsten zu befürchtenden Variante gäbe, wäre die dargestellte Überwachung nicht einmal durch den Hauptverband durchführbar. Leider bleibt trotzdem ein mehr als schaler Geschmack über. Die für Insider mehr als skurrile Behauptung untergräbt dennoch das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, die wichtigste Voraussetzung jedes ärztlichen Handelns. Aber dies ist sicher so gewollt. Nach dem Motto „ein bisschen was vom Dreck bleibt immer hängen“.

Pauschaler Übertrag von Erfahrungen aus anderen Ländern

Weiter geht's mit der pauschalen Anprangerung, die sehr geschickt so verpackt wird, als würden sich nahezu alle ÄrztInnen und PharmamitarbeiterInnen in Österreich illegaler Praktiken bedienen. Seine Erfahrungen bezieht der Autor allerdings aus anderen Staaten. Mag ja sein, dass es irgendwo auf der Welt die beschriebenen Missstände gibt. Aber das ganze direkt auf Österreich umzumünzen ist ungefähr so seriös, als würde man die Polizeibeamten in Italien auf ihre Kontakte zur Mafia und die Annahme von Schmiergeldzahlungen überprüfen und dann das

Ergebnis eins zu eins auf das Nachbarland Österreich übertragen.

Wirklich spannend wird es etwa in der Mitte des Buches. Der Autor rechnet die Preise der Medikamente auf Grund der Großmengenpreise chinesischer Hersteller hoch. Gerade China als internationales Musterland in Bezug auf den Schutz von Eigentumsrechten. Die in Österreich 2006 umgesetzten Medikamente waren daher aus seiner Sicht nicht 2,54 Milliarden Euro wert, sondern mit nur 50,8 Millionen etwa zwei Prozent dieses Betrages. Einzelne Medikamente werden aufgelistet, mit einem Wert von zwischen 0,1 Prozent und 4,8 Prozent des tatsächlichen Endpreises.

Eigentumsrechte der Anderen sind offenbar nichts wert

Allerdings berücksichtigt er hier keinerlei Zusatzkosten, auch die Eigentumsrechte der Herstellerfirma scheinen ohne Wert zu sein. Ein Vergleich: Nach seiner Berechnungsformel dürfte ein ordentlicher Flachbildschirm rein vom Wirkstoffwert her etwa zehn Euro kosten (etwa ein Prozent vom tatsächlichen Preis), eine halbe Bier beim Wirt wäre für 4,7 Cent zu haben (etwa 1,7 Prozent vom tatsächlichen Preis. Nur in Bezug auf seine eigene Schaffenskraft scheint er andere Vorstellungen vom Wert von „Patentrechten“ zu haben. Immerhin verlangt er für sein Buch stolze 19,50 Euro, nach seiner Berechnungsmethode wäre das Buch auf Basis der derzeitigen Papierpreise in China jedoch nur 5,3 Cent wert (0,27 Prozent vom tatsächlichen Preis).

Im Anhang befindet sich jeweils eine Liste mit Konzernen und Ärzten. Den Konzernen werden in großer Anzahl „rechtswidrige und unethische Praktiken vorgeworfen“. Auch nach mehrmaligem Querlesen konnte ich hier keinen Bezug zu Österreich entdecken. Doch dann endlich ein Strohalm: Auf der brisanten Liste der Ärzte, die von Konzernen bezahlt werden, finden sich immerhin neun Namen. Diese haben



Foto: Tschank - Wiener Neustadt

sich geradezu unbeschreiblicher Verbrechen schuldig gemacht: „Referent für Vorträge“, „Beteiligter an klinischen Studien“ oder „Mitglied des Beratungsgremiums“ lauten die Vorwürfe.

Autor scheint an „Weltanschauungs-Dilemma“ zu leiden

Der Autor scheint jedenfalls an einem „Weltanschauungs-Dilemma“ zu leiden: Er nutzt die Möglichkeiten der Recherche und Pressefreiheit in einem Umfeld westlicher, demokratischer Strukturen, lehnt sich aber ganz deutlich gegen die Marktwirtschaft auf. So als wüsste er nicht, dass ausschließlich marktwirtschaftliche Mechanismen in der Lage sind, eine Weiterentwicklung auf dem Sektor der Medikamente und Medizin zu gewährleisten.

Daher gibt es auch im internationalen Vergleich nachweislich die beste medizinische Betreuung der „Normalbevölkerung“ in Systemen mit „sozialer Marktwirtschaft“ und „Demokratie westlichen Zuschnitts“. Ich bezweifle, dass der Autor ein Krankenhaus in Nordkorea oder Afghanistan einer Behandlung durch jene Spezialisten in Österreich vorziehen würde, deren Namen er geradezu unbeschreiblich durch den Schmutz zieht.

Zu den Spielregeln der Marktwirtschaft gehören auch Marketing, Werbung und Verkauf. Zu den Spielregeln gehört auch, dass es in jedem Bereich Spezialisten gibt, die bei den produzierenden Firmen in Lohn und Brot stehen. Medikamente müssen

auf jeden Fall entwickelt, getestet und auf Basis der Erfahrungen weiterentwickelt werden. Genau so wie in allen anderen Branchen. Wer sollte das denn machen? Etwa der Staat? Wer sollte diese Entwicklung denn wissenschaftlich begleiten, außer die einzige dafür ausgebildete und legitimierte Berufsgruppe der ÄrztInnen? Sollten wir das als einzige Berufsgruppe gratis machen?

Wer forciert denn eigentlich Generika?

Ihr besonderes Fett bekommen die Hersteller von Generika ab. Der Autor kritisiert mehrfach, dass immer mehr nachgebaut und immer weniger geforscht wird. Diese unglaubliche Frechheit ist ein besonderer Schlag ins Gesicht der angesprochenen Berufsgruppen.

Man erinnere sich an den Versuch der Gesundheitsreform im Frühsommer. Alle Berufsgruppen und Interessenvertretungen forderten verstärkten Einsatz von Generika, angetrieben durch die Aut-idem-Regelung. Allen voran die Apothekerkammer, Politiker, Wirtschaftsbund, etc.

Dagegen ausgesprochen haben sich nur die Ärztekammern und die

Pharmawirtschaft, vertreten durch Pharmig und Generikaverband. Der Autor prügelt jedoch nun genau jene Berufsgruppen, die als einzige vor der medizinischen Sinnlosigkeit dieses Trends gewarnt haben. Der Laie weiß davon nichts und macht im logischen Schluss nun auch uns für die Missstände verantwortlich.

Konkrete moralische oder strafbare Vorwürfe sind nicht zu finden

Die geballten, jedoch unbelegten Vorwürfe gegen Pharmaindustrie und Ärzteschaft in diesem Buch folgen jedenfalls dem Jahrzehnte alten Muster. Anerkannte wissenschaftliche Methoden werden diskreditiert, um politisches Kleingeld zu machen.

Der Vorwurf, in bezahlten Studien Kranke ohne deren Wissen mit unwirksamen Medikamenten zu behandeln und damit den gutgläubigen Patienten Schaden zuzufügen, zeugt von unerhörter Inkompetenz des Autors. Natürlich muss es solche Studien geben, damit man den Effekt einer Wirksubstanz von nichtpharmakologischen Eigenschaften unterscheiden kann.

An diesem Kapitel „Ärztliche Versuchskaninchen“ zeigt sich auch ganz deutlich die Arbeitsweise des Autors. Zu

Beginn werden Aussagen von Opfern medizinischer Versuche im Nationalsozialismus gedruckt. Ohne Bezug dazu folgt seine Analyse der Praktiken im Bereich medizinischer Studien. Der oberflächlich lesende Laie ist natürlich schockiert. Diese Methode zieht sich durch das ganze Buch: Überschriften und Einleitungen suggerieren strafrechtlich relevante Tatbestände, die Schreibweise suggeriert ein unglaubliches Ausmaß. Mangelnde Bezüge zu Österreich werden durch geschicktes Einstreuen von Textpassagen ohne Zusammenhang hergeleitet. Konkrete moralische oder strafbare Vorwürfe sind jedoch nirgendwo zu finden.

Nutzloses Druckwerk zieht die Branche durch den Schmutz

Resümee: „Korrumpierte Medizin“ ist ein nutzloses Druckwerk, welches für den oberflächlich lesenden Laien den Großteil der Ärztinnen und Ärzte sowie die gesamte Pharmabranche in Österreich durch den Schmutz zieht. Die Vertreter der einzelnen Berufsgruppen, die an der Heilung von Menschen beteiligt sind, müssen sich unglaubliche und nicht zu belegende Vorwürfe gefallen lassen. Zahlreiche offenbar willfährige Journalisten springen bereitwillig auf den Zug auf und verbreiten ungefiltert

diese ungeprüften Behauptungen. Der Autor lehnt sich zurück und erklärt lächelnd, dass er sich vor juristischen Maßnahmen nicht fürchtet. Braucht er auch nicht, denn der einem Phantasieroman gleichende Inhalt ist derartig dünn, dass man rechtlich wirklich nichts dagegen unternehmen kann.

Gott sei Dank herrschen in der Medizin andere Spielregeln. Ärztinnen und Ärzte sowie Pharmaunternehmen unterliegen einer Unzahl an Qualität sichernden Tätigkeits- und Dokumentationsverpflichtungen. Die Entwicklung innerhalb der Medizin beweist, dass der Weg nicht so verkehrt sein kann. Heutzutage werden Krankheiten schmerzlos geheilt, die vor einigen Jahrzehnten noch tödlich und mit viel Leid verbunden waren.

Wenn wir die gleiche Arbeitsweise wie dieser Journalist hätten, müssten wir Staatsanwalt, Richter, Berufsverbot und Zuchthaus fürchten. Berechtigterweise! Es bleibt die leider nicht zu klärende Frage, wer wirklich hinter der Verbreitung dieses Druckwerks steht.

Dr. Christoph Reisner
Präsident der NÖ Ärztekammer
wahlarzt@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@inode.at, Internet: www.hausaerzteverband.at



Name

Adresse

Telefon

e-Mail

Unterschrift

Stampiglie

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

1. Casaburi R et al. A long-term evaluation of once-daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2002;19:217-224. 2. Anzueto A et al. One-year analysis of longitudinal changes in spirometry in patients with COPD receiving tiotropium. Pulm Pharmacol Ther 2005;18:75-81. 3. Casaburi R et al. Improvement in exercise tolerance with the combination of tiotropium and pulmonary rehabilitation in patients with COPD. Chest 2005;127:809-817. 4. Maltais F et al. Improvements in symptom-limited exercise performance over 8 h with once-daily tiotropium in patients with COPD. Chest 2005;128:1168-1178. 5. Niewoehner DE et al. Prevention of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease with tiotropium, a once-daily inhaled anticholinergic bronchodilator: a randomized trial. Ann Intern Med 2005;143:317-326

Auf Augenhöhe mit dem Hauptverband

von Christian Euler

Unsere Begegnung kam auf ungewöhnliche Weise zu Stande. Ich hörte zum zweiten Mal die Aussage Dr. Erich Lamingers, es wäre wichtig Rahmenbedingungen zu schaffen, die es der Sozialversicherung ermöglichen mit der Ärztekammer auf Augenhöhe zu sprechen. Es war nötig auf diese Ansicht zweimal zu verschiedenen Zeitpunkten und in verschiedenen Medien zu stoßen, ich hätte sonst an einen Hörfehler geglaubt. So aber rief ich die Seite des Hauptverbandes im Internet auf und schickte unter „Kontakte“ eine kurze Nachricht mit dem Wunsch, Dr. Laminger zu dieser seiner Aussage näher befragen zu dürfen. Prompt erhielt ich eine vorprogrammierte Antwort: „Ihre Nachricht ist angekommen und wird an entsprechende Stelle weitergeleitet“.

Gut zehn Tage später wurde ich in der Ordination angerufen und war nicht sofort orientiert, als eine Sekretärin mit mir die Modalitäten für ein Gespräch mit dem Vorsitzenden des Hauptverbandes vereinbaren wollte. „Woll'n Sie mit ihm telefonieren? Wie haben Sie sich den Gedankenaustausch vorgestellt?“ Mir schien es ein Gebot der Höflichkeit persönlich zu erscheinen, auch die freundliche Dame hielt das für angemessen und so stand der Termin, meinen ordinationsfreien Tag berücksichtigend, am 10. Dezember um 14 Uhr fest.

Wer in der „Chefetage“ auf der 14. Etage des Hauptverbandsgebäudes in der Kundmannngasse in Wien arbeitet, hat den Überblick. Zumindest über Wien. Dr. Laminger half meinen Blicken liebenswürdig bei der Orientierung vom Stephansdom über das Dach der Staatsoper, das Kunst- und naturhistorische Museum, die Karlskirche, die goldglänzenden Kuppeln der russisch orthodoxen Kirche, das obere Belvedere, die Gasometer, die Hochhäuser der Wiener Südeinfahrt bis zum Stadion. Dieser überhöhte Blick führte uns gleich zum Thema „Augenhöhe“, das ich unbedingt nachfragen wollte. Er habe den Begriff in sehr übergeordneter Bedeutung verwendet, erläuterte der Ver-

bandsvorsitzende der österreichischen Sozialversicherungsträger. Er wisse schon, dass vereinfacht gesprochen, die Sozialversicherung das Geld habe und daher auch wie ein Monopolist „anschaffen“ könne, die Ärzteschaft demgegenüber mit dem „Leichtentuch wachelnd“ für politische Turbulenzen Sorge. Diese beiden Vorgangsweisen finde er gleichermaßen unpassend, man sollte eben „auf Augenhöhe“ - will heißen einander mit Respekt begegnend - den Blick auf die dringenden Notwendigkeiten einer anstehenden Reform richten.

Ich wies auf die für mich unhaltbare Situation hin, dass seit 2004 die Ärzte von jeder Mitarbeit an einer Gesundheitsreform ausgeschlossen seien und durch die §15A-Vereinbarung in jedem Bundesland jeweils zwei politisch legitimierte Menschen die alleinige Entscheidungsgewalt über den intra- und extramuralen Raum übertragen worden sei. Es könne also von derselben Augenhöhe keine Rede sein. Dr. Laminger machte kein Hehl aus seinem Verständnis für diesen Einwand, hielt aber fest, dass man erfahrungsgemäß mit den Ärzten an Bord bei allen Bemühungen zu einem Ergebnis zu gelangen sofort an Tempo verliere, oft überhaupt nicht weiterkomme. Als Beispiel nannte er den Arzneimittelsicherheitsgurt, den man in der Hoffnung, die persönlichen Kontakte DI Schörghofers in Salzburg könnten eine tragfähige Basis für eine gute Zusammenarbeit mit den Ärzten sein, extra in diesem Bundesland in Angriff nahm. Was folgte war frustriert, so entschloss man sich zu einer halben Lösung nur mit vernetzten Apotheken. Dr. Laminger hält einen österreichweiten Arzneimittelsicherheitsgurt, in dem die Ärzte unverzichtbar seien - wie auch das ABS - für wichtige und qualitätssteigernde Arbeitshilfen, es komme nur auf eine komfortable Bedienbarkeit an, woran einmal mehr die Betroffenen in Augenhöhe miteinander zu arbeiten hätten.

All meine schweren Bedenken, die mich beide elektronischen Module als Dokumentation des Misstrauens



und der Überwachung, zu guter Letzt als Basis einer EDV-gestützten Ökonomisierung, inklusive möglicher Rationierung, sehen lassen, konnte mein freundlicher Gesprächspartner nicht nachvollziehen.

Ich wusste es aus den Medien, Herr Dr. Laminger wies auch selbst darauf hin, dass ihm wahrscheinlich mit Ende des Jahres 2008 ein Berufswechsel bevorstehe. Er werde sich allerdings noch mehr in Details der Reform einbringen können, hielt er kryptisch fest. Wir sprachen dann über die besondere Qualifikation eines Mediators, die der aus der Wirtschaft kommende Jurist vor seiner Zeit im Hauptverband in zunehmendem Maße nützte, und ob diese schlichtenden Erfahrungen in den Jahren an der Spitze des Hauptverbandes nicht zu wenig oft eingesetzt wurden. Dies verneinte Dr. Laminger entschieden, mehr als ich mir denken kann wäre er als Mediator aktiv geworden, oft war aber „der Ausschluss der Öffentlichkeit“ eine Voraussetzung für den Erfolg dieser Bemühungen.

Dies war mein drittes Gespräch mit einem Spitzenmanager des Hauptverbandes und so erzählte ich von meiner Erfahrung, als mir eines der Gesprächsprotokolle, das ausdrücklich als wahrheitsgemäß bestätigt, von meinem Gegenüber nicht zur Veröffentlichung freigegeben wurde mit der Begründung es sei nicht „hauptverbandskompatibel“. Wer also könne für sich in Anspruch nehmen den Hauptverband zu repräsentieren. Auch hier bot Herr Dr. Laminger prompt eine

Erklärung an. Der Hauptverband ist Dachverband vieler Sozialversicherungsträger, die sich in Aussagen der Geschäftsführung wiederfinden wollen. Hier wäre jedes Wort abzuwägen um nicht Missverständnisse zu produzieren. Es sei vor allem eine Rücksichtnahme auf die Basis, nicht auf die Ansichten eines „imaginären Big Boss“.

Eine Stunde war rasch verflogen, eine freundliche Mitarbeiterin des Sekretariats bremste unseren Redefluss. Dr. Laminger berichtete gerade über den zweistelligen Zuwachs in der Verschreibung von Antidepressiva und betonte ausdrücklich, davon nicht die Notwendigkeit einer Überprüfung der Verschreibenden, sondern eine kritische Betrachtung der veränderten Lebensumstände der Versicherten abzuleiten.

Auch das nicht hoch genug einzuschätzende Gesundheitsrisiko Bewegungsmangel beschäftigte uns, und der Gedanke des Hauptverbandsvorsitzenden, ähnlich der Umweltverträglichkeitsprüfung bei jeder Verordnung und jedem Gesetz vorweg die Auswirkungen auf die Volksgesundheit zu prüfen.

Nach mehreren „allerletzten Sätzen“, die - wie zu befürchten war - die Uhren auch nicht anhalten konnten, bot mir mein Gastgeber an, den Meinungsaustausch bei Gelegenheit fortzusetzen. Ein verlockendes Angebot, wohin immer auch der weitere Berufsweg des Spitzenfunktionärs führen wird, unterhielten wir uns doch bei aller Unterschiedlichkeit angeregt, heiter und auf Augenhöhe.

Renate Hartwig

Der verkaufte Patient

Pattloch Verlag GmbH&CoKG München, ISBN: 978-3-29-00204-2

Von Peter Pözlbauer

Österreich hat einen neuen Gesundheitsminister, der zur Sanierung unseres Gesundheitssystems zunächst einmal nur die guten alten Ideen, die Arzthonorare zu kürzen und bei den Medikamenten zu sparen, beizutragen hatte. Er ist wie alle seine VorgängerInnen Geschöpf seiner Institution und nicht Schöpfer zukunftsweisender Neuerungen. Man möchte glauben, dies sei lediglich die landesübliche Phantasielosigkeit, es könnte dahinter aber auch Methode stecken. Und dieser Verdacht erhärtet sich, wenn man Frau Renate Hartwigs Buch liest.

Es begann mit einem Arztbesuch

Wie jede(r) war auch Frau Hartwig einmal krank und suchte ihren Arzt auf. Dieser war sichtlich in Zeitnot und musste sogar wegen einer unaufschiebbaren Angelegenheit kurzfristig das Sprechzimmer verlassen. In die dadurch entstandene Stille ertönte ein Geräusch, das offensichtlich vom Computer ausging. Frau Hartwig blickte auf den Bildschirm und sah dort ein Laufband, das verkündete: „Die veranschlagte Zeit für diesen Patienten ist abgelaufen!“ Dem mittlerweile zurückgekehrten Medikus war das sichtlich peinlich, die sich entwickelnde Diskussion für beide Seiten unangenehm, vor allem wollte die Patientin dem Arzt die Systemzwänge, mit denen er sich zu verteidigen suchte, nicht so recht glauben. Aber ein Stachel saß. Bereits eine Woche später hatte Frau Hartwig die Ärzte ihrer Umgebung zu sich eingeladen und war erstaunt, ja entsetzt über die Emotion, mit der ihre Gäste über das Gesundheitssystem herzog. Sie beschloss, initiativ zu werden.

Frau Renate Hartwig lebt in Deutschland und kommt aus der Sozialarbeit. Sie ist Referentin für die Themen Wirtschaft und Gesellschaft und als solche regelmäßig zu Gast bei Wirtschaftsverbänden, Industrieunternehmen, Banken und Behörden. Sie war jahrelang Dozentin für den Bereich Unternehmenssicherung im Bundeswirtschaftsministerium. Darüber hinaus ist sie auch Publizistin und seit Erscheinen ihres Buches **Scientology-Ich klage an** Bestsellerautorin.

Naturngemäß bezieht sie sich auf das deutsche System, aber vieles ist auch für Österreich gültig. Denn ihr Hauptanliegen, das sich wie ein roter Faden durch das Buch zieht, ist die Arzt-Patient-Beziehung als Grundlage der Heilkunst und die Bedrohungen, der diese von allen Seiten ausgesetzt ist.

Der Fehler im System

Die Autorin beschreibt punktgenau Probleme, die zu kommentieren müßig ist, daher zitiere ich wörtlich: *Leider hat das Gesundheitssystem der Zukunft, das der zunehmenden Auslieferung des staatlichen Gesundheitsauftrages an den Markt, einen Systemfehler: Weil der Markt der Markt und nicht die Caritas ist, kann es dort nicht um Gesundheit als letztes Ziel gehen. Wirtschaftsunternehmen wollen „mit Gesundheit“ Geld verdienen. Sie haben kein Mitleid und keinen sozialen Auftrag. Sie investieren in das System, um daran zu verdienen. Wenn anstelle der ärztlichen Hinwendung zum leidenden Menschen die Logik einer Kaufbeziehung zwischen einem Gesundheitsanbieter und einem Kunden tritt, wenn der Arzt nur noch der operative Agent eines Unternehmens ist, das verkaufen will, dann ist das ganze Kapital der heilenden Beziehung, das Vertrauen nämlich, zerstört.*

Die deutschen MVZs sind den österreichischen AVZs im Grund ähnlich, nur dass es erstere bereits in weitem Ausmaß tatsächlich gibt. Aber wir werden bald aufholen!

Mit Regressen in den Ruin

Ein deutsches Spezifikum, die Kassenärztliche Vereinigung, gibt es in Österreich (noch) nicht. Bei uns machen die Kassen das noch alleine. Aber die Tendenz gibt es natürlich auch hierzulande schon längst. Anfang des Jahres will der Geldgeber wissen, wie viel er an dessen Ende zahlen muss. Und diese Summe soll nach Möglichkeit nicht überschritten werden. Logische Folge ist die Deckelung ärztlicher Leistungen. Diese hat in Deutschland bereits für ÄrztInnen derartige Formen angenommen, die im wahrsten Sinne des Wortes ruinös sein können. Stellen Sie sich, geneigte LeserInnen einmal vor: je mehr Sie arbeiten, je intensiver Sie Ihre Schwerkranken betreuen, ja sogar: je mehr PatientInnen Ihnen das Vertrauen schenken, desto tiefer kommen Sie in die Kreide. Erste Konkurse hat es schon gegeben. Wie zum Hohn wird das Sprichwort von der Hände Fleiß und dem goldenen Boden der Arbeit in dessen Gegenteil verkehrt.

Ein weitere Aspekt ist Frau Hartwig aufgefallen: ÄrztInnen stecken ihr ganzes Lebenswerk in ihre Praxen. Diese sind am Ende eines Berufslebens praktisch wertlos. Entweder will sie niemand haben oder kann den erforderlichen Geldbetrag nicht aufbringen.

Eine Waffe namens Bürokratie

Wieder zitiere ich wörtlich: *Wer die Dinge regelt, hat die Macht. Wo Regeln sind, muss die Einhaltung der Regeln kontrolliert werden. Das Wort „Qualitätssicherung (in der Arztpraxis), das so harmlos daher kommt, ist in Wahrheit ein Wort aus dem Wörterbuch des Unmenschen. Es ist die effizienteste Waffe, die es gibt. Ich nenne sie eine informationelle Waffe (warum, erklärt sich aus dem Folgenden). Diese Waffe richtet sich gegen den freien, niedergelassenen Arzt. Der Clou an der Geschichte: Die Ärzte dürfen die Waffe, die sie mit tödlicher Präzision erlegen wird, auch noch selbst kaufen. Nichts ist umsonst, nicht einmal der eigene Tod.*

Die E-Card gibt es natürlich auch in Deutschland. Und hier wie dort ist sie der Grundstein für eine vernetzte Gesundheitsbürokratie. Daten sind das Gold der technisierten Welt. Wer Daten besitzt, kann alles machen. Ein letztes Mal zitiere ich wörtlich: *Die E-Card ist das Instrument der individualisierten Machtübernahme über den Patienten durch die Möglichkeit zum universalen Abgriff aller seiner relevanten Daten.*

Dass gerade dieser Zugriff auf Patientendaten das Ende der intimen Arzt-Patient-Beziehung bedeutet, steht für Frau Hartwig außer Zweifel. Manches, was sie beschreibt, mag für unser Nachbarland spezifisch sein, vieles wird über kurz oder lang auch bei uns Realität werden, fast möchte man in Pathos verfallen und rufen: „Gott schütze Österreich!“ Aber statt vergeblich auf die Hilfe von oben zu warten, sollten wir ÄrztInnen uns nach Kräften selbst helfen.

Es sei in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt, dass der **Österreichische Hausärzterverband** unter der Präsidentschaft Dr. Eulers immer wieder auf das Problem des Datenmissbrauchs hingewiesen hat, wir haben Kontakte geknüpft, Veranstaltungen organisiert, Experten befragt. Wir wurden dafür als ewig Gestrige, Maschinenstürmer und Fortschrittsverweigerer verhöhnt, im besten Fall milde belächelt.

Aber auch die **IG-Med** hat sich seit ihrer Gründung des Themas mit Elan angenommen. Ihr ist es zu danken, dass Frau Renate Hartwig in Niederösterreich einen Vortrag gehalten hat. Ich konnte aus Termingründen daran leider nicht teilnehmen. Aber das Buch habe ich gelesen. Es enthält viel mehr, als ich in dürren Worten auf nur einer Seite beschreiben kann. Es ist nicht weniger als die umfassende Beschreibung vom Glanz und Elend der Ärztlinnenschaft. Noch dazu aus der Feder einer engagierten, unerschrockenen Frau, der wahrlich niemand die am Gesundheitsmarkt üblichen Interessen unterstellen kann.

„Der verkaufte Patient“ sollte in der Bibliothek jeder Ärztin und jedes Arztes zu finden sein.

Peter Pözlbauer



AWD-Ihr unabhängiger Finanzoptimierer

Haben Sie schon mal an einen finanziellen „Gesundheitscheck“ gedacht?

Nicht nur die körperliche, sondern auch Ihre finanzielle Gesundheit sollte regelmäßig einer Routineüberprüfung unterzogen werden. Die Wirtschaftsbilanz als Diagnose- und Überprüfungsinstrument von AWD kann Sie vor unangenehmen Überraschungen und Nebenwirkungen Ihres Finanzlebens bewahren.

Gleich vorweg: Es gibt keine „beste“ Anlagestrategie. Bei der Zusammenstellung des Anlage-Mixes ist stets eine Reihe von objektiven und subjektiven Kriterien zu berücksichtigen. Objektive Kriterien können beispielsweise Performance, Sicherheit und Transparenz eines Veranlagungsproduktes sein. Als subjektive Elemente wären Risikoneigung, Anlagehorizont, Höhe des einsetzbaren Kapitals und Anlageziele zu nennen. Sehr wohl gibt es aber eine beste Ausgangsposition für eine optimale Streuung ihres angelegten Kapitals – die AWD Wirtschaftsbilanz. Sie stellt den „Status quo“ eines Finanz- und „Veranlagungslebens“ dar. Die Ergebnisse daraus stellen somit auch die Grundlage jedes Anlage-Mixes dar.

Sparbuchsparen wieder „en vogue“ oder noch immer „out“?

Laut einer unlängst durchgeführten Studie sparen Herr und Frau Österreicher so viel wie nie zuvor. Dieser positive Trend geht eindeutig auch auf den Boom sämtlicher privaten Vorsorge- und Anlageformen im letzten Jahr zurück.

Trotz des aktuellen Sparzinsniveaus von bis zu jenseits der 3 Prozent für täglich fällige Einlagen, hat das Sparbuch als Anlagevariante Nummer 1 mittlerweile ausgedient – auch wenn die Leitzinsen derzeit weiter steigen, sind selbst konservativ veranlagte Fonds bzw. Fondssparpläne deutlich attraktiver.

Mit Plan reich werden

Eine besonders flexible Variante des Sparens stellt der Wertpapierparplan dar. Durch das sogenannte „antizyklische Investieren“ kommt es zu einem besonders günstigen Effekt, dem Cost-Average-Effekt: Notiert ein Fonds auf einem Kurshoch, werden für

die einbezahlte Summe weniger Anteile gekauft als wenn sich dieser gerade in einem „Kurstal“ befindet und somit „billiger“ ist. Dadurch erzielt der Anleger einen günstigeren Durchschnittspreis für die erworbenen Anteile. Wenn dann die „gesammelten“ Anteile verkauft werden, kann sich das im wahrsten Sinne des Wortes auszahlen.



AWD steht für Erfolg!

AWD ist Marktführer in Europa und betreut konzernweit 2 Millionen Kunden. AWD verfolgt einen ganzheitlichen Beratungsansatz und bietet mit über 100 Produktpartnern ein umfassendes und breit gefächertes Angebot, ohne jedoch eigene Produkte zu vertreiben. Damit garantiert AWD unabhängige Beratung. Die Basis bildet eine umfassende, individuelle Finanzanalyse, anhand deren ein maßgeschneidertes Finanzkonzept erstellt wird. Erst kürzlich wurde AWD durch ein unabhängiges Institut als Beratungs-Testsieger prämiert.

Ihr persönlicher AWD-Wirtschaftsberater steht Ihnen gerne vor Ort zur Verfügung.

Kontaktieren Sie AWD auch übers Internet: www.awd.at



Haftung des Arztes für Patentschutzverletzung bei Generika-Zulassung?

von Markus Lechner

Bekanntlich hat unter Ärzten neuerlich eine gerichtliche Entscheidung für Unruhe gesorgt: Wegen einer Patentschutzverletzung wurde einem Pharmakonzern der Vertrieb eines Generikums über Veranlassung des Herstellers des Originalpräparates per einstweiliger Verfügung untersagt, weil das Originalpräparat noch patentgeschützt ist. Sämtliche ausgelieferte Präparate müssen eingezogen werden.

Als Generikum bezeichnet man ein Arzneimittel, das eine wirkstoffgleiche Kopie eines bereits auf dem Markt befindlichen Medikaments ist. Von diesem Originalpräparat kann sich das Generikum bezüglich enthaltenen Hilfsstoffen und Herstellungstechnologie unterscheiden. Generika sind in der Regel preisgünstiger als das Arzneimittel des Originalanbieters, da bei der Produktion des Wirkstoffes keine Forschungs- und Entwicklungskosten mehr anfallen, die amortisiert werden müssten.

In den ersten Jahren nach der Marktführung sind die Originalpräparate sowohl durch Patente als auch durch das Europäische Arzneimittelrecht geschützt. Dadurch soll gesichert werden, dass der durch die pharmazeutische Forschung erzielte Nutzen nicht sofort an die Generika-Produzenten verloren wird, sich die pharmazeutische Forschung also „rentieren“ soll.

Der einzelne (Kassen-) Arzt, insbesondere aber jeder Hausapotheker, sollte an sich darauf vertrauen können, dass in Österreich zugelassene, vertriebene und in den Erstattungskodex aufgenommene Medikamente an Patienten abgegeben werden können. Dies muss jedoch nicht der Fall sein: Im Zulassungsverfahren vor den einschlägigen Behörden und Kommissionen wird nämlich nicht überprüft, ob ein Generikum unter Patentschutzverletzung auf den Markt gebracht werden soll. So kann der Fall eintreten (wie im eingangs geschilderten Fall), dass bereits ausgelieferte Generika tatsächlich nicht mehr ausgegeben werden dürfen, sondern vielmehr einzuziehen sind.

Zwar wirkt die eingangs erwähnte einstweilige Verfügung nur zwischen den beiden betroffenen Pharmafirmen, also nicht unmittelbar auch für den Arzt. Es stellt sich allerdings die Frage, wie sich ein Kassenarzt verhalten soll, wenn ihm bekannt wird, dass ein Generikum unter Patentschutzverletzung vertrieben wird. Der Arzt sitzt dann nämlich in der „Zwickmühle“: Einerseits verlangt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vom Arzt die „ökonomische Verschreibeweise“, verlangt also vom Kassenarzt die kostengünstigste Verschreibung, also die Verschreibung des Generikums; andererseits drohen mögliche rechtliche Maßnahmen des Herstellers des Originalpräparates, wenn der Arzt im Bewusstsein der Patentschutzverletzung das Generikum trotzdem weiter verschreibt oder abgibt.



Mag. Markus Lechner

Dem Arzt wird wohl zu empfehlen sein, in einer derartigen Situation nur noch das Originalpräparat zu verschreiben und/oder abzugeben, um möglicherweise kostenintensive Maßnahmen der Originalherstellerfirma zu vermeiden. Da der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger im Zulassungsverfahren allfällige Patentschutzverletzungen nicht überprüft, kann dem Arzt das Risiko allfälliger eigener Patentschutzverletzungen nicht zugemutet werden.

Aus standespolitischer Sicht ist der Hauptverband aber aufzufordern, in Hinkunft sicherzustellen, dass keine Generika mehr zugelassen werden, die Patente der Hersteller des Originalpräparates verletzen. Dies kann ohne weiteres und ohne großen Aufwand erfolgen, indem im Zulassungsverfahren der Hersteller des Originalpräparates aufgefordert wird, dazu Stellung zu nehmen, ob der Schutz des Originalpräparates bereits abgelaufen ist oder nicht.

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

JANUMET Erstattungskriterien EKO: • Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II. • Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. • Die Behandlung mit Janumet hat nur als Second-line-Therapie nach Metformin-Monotherapie und Body Mass Index größer als 26 oder als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination mit der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, zu erfolgen. • Janumet darf nicht mit Insulin kombiniert werden. • Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. • Janumet eignet sich für eine chef(kontroll)ärztl. Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).

JANUMET Fachkurzinformation: Bezeichnung des Arzneimittels: Janumet 50 mg/850 mg Filmtabletten, Janumet 50 mg/1.000 mg Filmtabletten. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Tablette enthält 50 mg Sitagliptin (als Phosphat 1 H₂O) und 850 mg bzw. 1.000 mg Metforminhydrochlorid. **Liste der sonstigen Bestandteile:** **Tablettenkern:** Mikrokristalline Cellulose (E 460), Povidon K29/32 (E 1201), Natriumdodecylsulfat, Natriumstearylfumarat. **Tablettenüberzug:** Poly(vinylalkohol), Macrogol 3350, Talkum (E 553b), Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(II,III)-oxid (E 172). **Anwendungsgebiete:** Für Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus: Janumet ist zusätzlich zu Diät und Bewegung zur Verbesserung der Blutzuckerkontrolle bei Patienten indiziert, bei denen eine Monotherapie mit Metformin in der höchsten vertragenen Dosis den Blutzucker nicht ausreichend senkt oder die bereits mit der Kombination von Sitagliptin und Metformin behandelt werden. Janumet ist auch in Kombination mit einem Sulfonylharnstoff (z. B. als Dreifachtherapie) zusätzlich zu Diät und Bewegung bei Patienten indiziert, bei denen eine Kombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nicht ausreicht, um den Blutzucker zu senken. **Gegenanzeigen:** Janumet ist kontraindiziert bei Patienten mit: Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile; diabetischer Ketoazidose; diabetischem Präkoma; mäßiger oder schwerer Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance < 60 ml/min); akuten Erkrankungen, welche die Nierenfunktion beeinflussen können, wie: Dehydratation, schweren Infektionen, Schock, intravasculäre Gabe von jodhaltigen Kontrastmitteln; akuten oder chronischen Erkrankungen, die eine Gewebehypoxie verursachen können, wie: Herz- oder Lungeninsuffizienz, kürzlich stattgefundenere Myokardinfarkt, Schock; Leberfunktionsstörung; akuter Alkoholvergiftung, Alkoholismus; Stillzeit. **Inhaber der Zulassung:** Merck, Sharp & Dohme Ltd., Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire, EN 11 9BU, Vereinigtes Königreich. **Vertrieb in Österreich:** Merck Sharp & Dohme GmbH, Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Kombinationen mit oralen Antidiabetika. **ATC-Code:** A10BD07. **Weitere Angaben zu Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**