

# Präsidentenbrief

## Geschätzte Kolleginnen, geschätzte Kollegen!



Dr. Christian Euler

**A**m 6. und 7. November trafen die Aktivisten des Hausärztesverbandes im strahlend sonnigen Rust zur jährlichen Generalversammlung zusammen. An erster Stelle dieses Berichtes soll der Dank an unsere Mitglieder stehen, die seit Jahrzehnten eine in jeder Beziehung verlässliche Basis unserer Gemeinschaft sind. Dr. Paul Reitmayr konnte über stabile Sympathisanten-Zahlen und verlässliche Zahlungen aus allen Bundesländern berichten. Dieses Zeichen großer Akzeptanz unserer Arbeit ermutigte uns nach ausführlichen Diskussionen neue Projekte zu planen.

Wir waren uns einig, dass die Reformwalze gegen alle Vernunft und ungeachtet der Begrenztheit finanzielle Ressourcen weiterrollen wird und der Anhäufung zusätzlichen bürokratischen Aufwandes keine echten Reformschritte gegenüberstehen. Es fehlen die wesentlichsten Voraussetzungen: Die Kenntnis der Probleme und das Vertrauen in jene, die sie lösen könnten. Das wilde Herumfuhrwerken elektronisch hochgerüsteter Bürokraten, der laute Beifall politisch eindeutig positionierter Meinungsbildner und der animierende Segen aus höchster Ministerial-Beamtenebene ist zwar ein in sich geschlossenes System, baut aber, durch breite Datenflüsse von der Wirklichkeit getrennt, an einem Parallelsystem, in dem sich weder engagierte Ärzte noch leidende Patienten wiederfinden.

Gesundheitsdienstleister und Gesundheitsdienstleistungskonsumenten sollen der Mittelpunkt des reformierten Gesundheitssystems sein. Wenn wir Blutdruck- und Blutzuckermessgeräte präsentiert bekommen, die jeden ermittelten Wert in Echtzeit an einen zentralen Datenspeicher melden,

wenn die Betreuung schwerst herzkranker Menschen mittels Mobiltelefon als denkbarer Fortschritt gepriesen wird, dann können wir ahnen wie menschenleer die Hirne der Reformer sind.

Wir wollen im neuen Jahr einmal mehr die Frage stellen, ob durch die gigantischen Investitionen in online Gesundheitselektronik menschenwürdiger Fortschritt für die Betreuung erkrankter Menschen zu erwarten ist und dem gegenüber intelligente offline Software präsentieren, deren diesbezügliche Qualität außer Frage steht. Anders gefragt: ist es vertretbar in Zeiten eines belastenden Sparbudgets Sozialleistungen abzuspicken und die Verwaltung aufzufetten? Gibt es dafür demokratische Legitimationen?

Mit der Hausarztveröffentlichung unserer Gespräche über die wissenschaftlichen Arbeiten Prof. Robert Brauns wollen wir Ihnen auch zeigen, dass seit gut fünfzig Jahren grundlegendes und gesichertes Wissen ignoriert wird, auf dessen Basis eine sinnvolle ärztliche Zusammenarbeit über alle Grenzen hinweg geregelt werden könnte. Dass die

Notwendigkeit einer adäquaten Ausbildung im Fach Allgemeinmedizin bis heute in diesem Land auf eine im Europavergleich beschämende Weise ignoriert wird.

Der Österreichische Hausärztesverband will auch im kommenden Jahr seine Energie in das Selbstverständnis und Selbstvertrauen der niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner investieren. Wir wollen kritisch und selbstkritisch, somit erkennbar bleiben im trägen und unaufhaltsamen Fluss einer datengestützten Mangelverwaltung. Der Mangel an Geld ginge noch an, der Mangel an Wissen, der Mangel an Vertrauen und der Mangel an Mitmenschlichkeit aber ist inakzeptabel.

Ich wünsche Ihnen ein gesegnetes Weihnachtsfest, Mußestunden im Kreise ihrer Lieben. Im Bewusstsein ein hochgeschätzter Teil im sozialen Netz vieler unserer Patientinnen und Patienten zu sein, wollen wir frohgemut ins neue Jahr gehen. Der Sinn in unserer Arbeit möge uns stärken, und zwar mehr, als es so manchem Reformierlieb ist.

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

## Der Geist der Aufklärung

von Peter Pözlbauer



**E**r, durch den der Geist der Wissenschaft sich verkündet, hat sich im Laufe der Jahre grundlegend gewandelt. Vom rauschebärtigen Gelehrten ist er zum ärmelgeschonten Beamten mutiert. Wohnt auch nicht mehr im Elfenbeinturm, sondern reitet einen feurigen Amtsschimmel. Dieses Tier ist die wahre Krone der österreichischen Schöpfungsgeschichte. Über Land bewegt es sich zwar langsamer als ein Turm, kann aber aus dem Stand hohe Kapriolen springen. Der dadurch aufgewirbelte Staub verdunkelt des Wissens Licht.

**Der Geist der Medizin ist leicht zu fassen! Um es am Ende gehn zu lassen, Ihr durchstudiert die groß- und kleine Welt, Wie's Gott gefällt.**

Mephistos therapeutischem Nihilismus liegt zumindest umfassendes Wissen zugrunde. Das ist heute nicht unbedingt von Nöten. Die Experten wissen ohnehin alles besser. Und wenn die perfekte Aufklärung perfekt dokumentiert war, zeigt sich fast zwangsläufig, dass die medizinische Handlung an sich imperfekt war. Das hört sich aus berufenem Mund dann so an: Erst nach einem allfälligen Gerichtsverfahren kann man sagen: „Das war eine perfekte Aufklärung.“ Um diese kafkaesken Zustände zumindest vorläufig in das Bewusstsein der KollegInnenenschaft zu bringen, haben wir eine Anfrage an die Paracelsusuniversität in Salzburg gerichtet. Deren Antwort drucken wir in der Folge ab.

# Rechercheservice Evidenzbasierte Medizin



## APFS22045

Ich hätte gerne angefragt wie es mit der „intramuskulären Injektion“ und deren Evidenz aussieht. In NÖ wurde in Zusammenhang mit einem Spritzenabszess in einem Gutachten die Verabreichung v. i. m. Injektionen als obsolet beurteilt. Das wäre doch eine sehr wesentliche Information für uns Niedergelassenen. Ich bitte Sie um Ihre Hilfe diese Frage „ins Ziel zu bringen“.

Vielen Dank u. lieben Gruß Christian Euler 02685 60760, 0664 2014807

**FAZIT: Die intramuskuläre Verabreichung von Arzneimitteln, insbesondere von Schmerzmitteln, ist nach wie vor eine sehr häufig angewendete Applikationsform, obwohl sie in Expertenkreisen seit langem als obsolet angesehen wird. Es liegen keine validen Daten vor, die zeigen, dass die intramuskuläre Gabe von Schmerzmitteln anderen Applikationsformen überlegen ist. Dem gegenüber steht die hohe Komplikationsrate bei intramuskulärer Gabe (u. a. Spritzenabszess, anaphylaktische Reaktion, nekrotisierende Faszitis, nicht selten mit letalem Ausgang) im Vergleich zur oralen oder rektalen Applikation.**

Keine Überlegenheit von i. m. Applikation gegenüber oraler und rektaler Schmerzmittelgabe hinsichtlich der Schmerzlinderung	Evidenzgrad 0 bzw. 5	widersprüchliche RCTs, Expertenempfehlung
Höhere Komplikationsrate und v. a. schwerwiegende Komplikationen bei i. m. Gabe gegenüber der oralen oder rektalen Anwendung	Evidenzgrad 4	Fallserien, Pharmakovigilanz

Unspezifische Schmerzen des Halte- und Bewegungsapparates sind der häufigste Behandlungsanlass für die Gabe von Schmerzmitteln (NSAR). Als intramuskuläre Injektion werden meist *Diclofenac* bzw. Kombinationspräparate wie zum Beispiel *Rheumesser* eingesetzt. Das Für und Wider von intramuskulären Injektionen wird seit langem kontrovers diskutiert und wirft viele Fragen auf.

### Was rechtfertigt die intramuskuläre Gabe im Vergleich zur oralen oder rektalen Applikation?

Entsprechend der DEGAM-Leitlinien (1) für Rückenschmerzen ist angesichts des großen Spektrums wirksamer Arzneimittel, die oral verabreicht werden können, eine i. m.-Applikation von Schmerzmitteln nicht gerechtfertigt. Laut der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft sollte eine i. m.-Injektion nur bei Patienten erfolgen, bei denen eine orale bzw. rektale Applikation nicht möglich ist. Zudem muss eine Nachbeobachtungszeit von einer Stunde eingehalten werden - unter Bereithaltung eines Notfallbestecks.

In den 70er bis 90er Jahren wurden zahlreiche RCTs publiziert, die untersucht haben, ob eine bestimmte Applikationsform (z. B. i. m. Gabe) einer anderen (z. B. orale oder rektale Gabe) überlegen ist. Diese RCTs kamen zu widersprüchlichen Ergebnissen, wobei die meisten Studien von eher mangelhafter Qualität sind.

Es konnte jedenfalls nie schlüssig nachgewiesen werden, dass eine i. m.-Gabe der oralen oder rektalen Applikation hinsichtlich der Schmerzlinderung überlegen ist (2). Als einziger Vorteil könnte ein geringfügig schnelleres Erreichen des maximalen Wirkspiegels diskutiert werden (i. m. ca. 15-30 Minuten; rektal ca. 20-30 Minuten) (3). Dieser minimale Vorteil wiegt aber keinesfalls die Nachteile und Risiken der i. m.-Gabe auf (s. u.).

Im angloamerikanischen Raum stehen NSAR zur i. m.-Injektion schon lange nicht mehr zur Verfügung. In internationalen Leitlinien finden sich daher auch keine Stellungnahmen zu dieser Thematik. Das Thema wurde bereits vor mehr als 20 Jahren abgeschlossen.

### Sind Komplikationen bei der intramuskulären Applikation häufiger zu erwarten?

Jede i. m.-Injektion beinhaltet unter anderem das Risiko eine Hämatombildung, einer Nervenläsion oder eines Spritzenabszesses, unter Umständen sogar mit septischer Streuung. Insbesondere bei NSAR-Gabe kann es dabei auch zu einer nekrotisierenden Faszitis, einer besonderen Art der Abszedierung, kommen, die nicht selten letal endet (3,4). Zusätzlich muss das deutlich erhöhte Risiko einer anaphylaktischen Reaktion (ca. um das 100fache erhöht im Vergleich zur oralen Gabe) bedacht werden. Es liegen auch zahlreiche Fallberichte über das Auftreten eines Nikolau-Syndroms (*Embolia cutis medicamentosa*) vor (5,6).

### Rechtliche Aspekte

Wenn es bei intramuskulären Injektionen zu Komplikationen kommt, ist diese Art der Applikation im Vergleich zur oralen bzw. rektalen Gabe aufgrund der oben beschriebenen Gründe, nur schwer zu rechtfertigen. Sollte trotzdem eine i. m.-Gabe erfolgen, so werden entsprechend unserer Quellen aus Deutschland und Österreich folgende Maßnahmen empfohlen: dokumentierte Aufklärung des Patienten über die erhöhte Komplikationsrate, eine dokumentierte 1-stündige Nachbeobachtungszeit unter Reanimationsbereitschaft, Dokumentation über Indikation und Patientenwunsch(7). In Deutschland sind Komplikationen nach i. m. Injektionen übrigens die häufigsten Gründe für ein Verfahren gegen Ärzte.

**Referenzen:** <sup>1</sup> [www.degam.de/leitlinien.html](http://www.degam.de/leitlinien.html), Kreuzschmerzen. <sup>2</sup> Tramer et al, Comparing analgesic efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drugs given by different routes in acute and chronic pain: A qualitative systematic review, *Acta Anaesthesiol Scan* 1998;42:71-79. <sup>3</sup> Graß et al, Die intramuskuläre Applikation von Diclofenac, Fallbericht und kritische Betrachtung einer therapeutischen Maßnahme, *Z Orthop* 2004; 142: 489-492. <sup>4</sup> Rosemann et al, Intramuskuläre Injektionen bei Kreuzschmerzen, *Z Allg M* 2005; 81: 393-396. <sup>5</sup> Hamilton et al, Nicolau syndrome in an athlete following intra-muscular diclofenac injection, *Acta Orthop Belg*, 2008 ;74(6):860-4. <sup>6</sup> Panariello et al, Nicolau syndrome following intramuscular diclofenac injection: a case report, *Dermatol Ther*. 2008 Jul;21 Suppl 1:S10-2. <sup>7</sup> Univ. Prof. Dr. Ilias, Schmerztherapie am Akademischen Krankenhaus der Barmh. Brüder Wien, Ist die intramuskuläre Injektion von NSAR zeitgemäß, *Consilium* 10/10.

## Das Ende einer Ära

**D**ie Stellungnahme der Paracelsusuniversität lässt an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig. Wir, und mit uns auch unsere PatientInnen werden uns vom Glauben an die Heilkraft intramuskulärer Injektionen wohl verabschieden müssen. Es wird uns praktisch tätigen ÄrztInnen für Allgemeinmedizin nichts helfen, dass wir Spritzenabszesse und noch schwerwiegendere Nebenwirkungen nur ganz selten sehen, die Komplikationen von oralen NSAR trotz Magenschutz ungleich häufiger.

Und die unselig unter Schmerzen Leidenden? Sie werden ihre letzte Zuflucht in der intraartikulären Gabe von Cortisonen suchen - und vielleicht auch finden.

## Im Zentrum

Beobachtet von Peter Pözlbauer

### Krankes System - wird Gesundheit unbezahlbar?

**Moderator: Peter Pelinka**

**Alois Stöger**

Gesundheitsminister, SPÖ

**Wolfgang Sobotka**

NÖ- Finanzlandesrat, ÖVP

**Hans Jörg Schelling**

Hauptverband der Sozialversicherungsträger

**Karin Gutiérrez-Lobos**

Vizerektorin der Med. Uni Wien

**Günther Loewit**

Praktischer Arzt und Buchautor

**Claudia Wild**

Gesundheitsökonomin, Ludwig Boltzmann Institut

**P**eter Pelinka hatte eine illustre Runde zur Diskussion geladen. Diese war wie immer etwas zu groß, sodass in der beschränkten Zeit kein wirklicher Dialog möglich war. Das hatte zur Folge, dass das Gespräch in einer Reihe von Monologen versandete.

Dr. Loewit, Arzt für Allgemeinmedizin in Marchegg und Buchautor, wurde von Herrn Pelinka als erster um seine Stellungnahme gebeten, der Moderator machte jedoch von vorne herein klar, dass es Spitzenmedizin nur in hoch technisierten Krankenhäusern geben könne. Was den Widerspruch von Frau Doz. Wild herausforderte, die allerdings eine halbe Stunde warten musste, ehe sie zu Wort kam. Es zeigte sich nämlich sehr bald, dass Macht im System freie Redezeit in der Diskussion bedeutet. Am wenigsten machte davon Gesundheitsminister Stöger gebrauch, der wie immer schüchtern und unsicher war. Hans Jörg Schelling war da schon ganz anders, er fand nichts dabei, der Vizerektorin der Med. Uni Wien ins Wort zu fallen und sie gar zu recht zu weisen. Und Landeshauptmannstellvertreter Sobotka gab unmissverständlich zu verstehen, dass es, wenn er einen Standpunkt vertritt, nichts zu diskutieren gibt.

Ausführlich wurde vom Masterplan gesprochen, den der Hauptverband offenbar für die neue Heilslehre im Gesundheitswesen hält. Dass dieser rein verwaltungstechnisch- bürokratisch konzipiert ist, wird nicht gelten gelassen. Unsere für die Gesundheit Verantwortlichen sind allen Ernstes der Meinung, dass Vorsorgemaßnahmen die Reparaturmedizin ersetzen könnten.

Irgendeinmal kommt man, mehr notgedrungen als gewollt, zur Arzt-Patient-Beziehung. Dr. Loewit, wohl der einzige zu diesem Thema Berufene in der Diskussionsrunde, kam zwar zu Wort, wurde aber nicht gehört. Das System müsse durch Einsparmaßnahmen effizienter werden und die niedergelassenen ÄrztInnen hätten die Möglichkeit, Gruppenpraxen zu gründen. Dr. Loewits Einwand, vertragsrechtliche Hürden und ein 10%iger Honorarabschlag stünden dagegen, wurde vom Hauptverbandschef kühl entgegnet, dass die Zahler die PatientInnen seien, und die müssten bei Einsparungen mitverdienen.

Leider wurde die Frage, ob PatientInnen, die in Gemeinschaftspraxen gehen geringere Beiträge zahlen werden, nicht gestellt. Herr Schelling hätte sie wahrscheinlich nicht beantwortet. Wozu auch.

**Bezeichnung des Arzneimittels** Suboxone 8 mg/2 mg Sublingualtableten **Qualitative und Quantitative Zusammensetzung** 1 Sublingualtablette enthält: Buprenorphin 8 mg (als Buprenorphinhydrochlorid) und Naloxon 2 mg (als Naloxonhydrochlorid-Dihydrat). Sonstige Bestandteile: 168 mg Lactose **Anwendungsgebiete** Suboxone Sublingualtableten sind zur Substitutionstherapie bei Opioidabhängigkeit im Rahmen medizinischer, sozialer und psychotherapeutischer Maßnahmen bestimmt. Mit dem Naloxon-Bestandteil soll ein intravenöser Missbrauch verhindert werden. Die Substitutionstherapie ist zur Behandlung von Erwachsenen und Jugendlichen über 15 Jahren bestimmt, die einer Suchtbehandlung zugestimmt haben. **Gegenanzeigen** Suboxone darf in den folgenden Fällen nicht angewendet werden: Überempfindlichkeit gegen Buprenorphin, Naloxon oder einen der sonstigen Bestandteile, schwere respiratorische Insuffizienz, schwere Leberinsuffizienz, akuter Alkoholismus oder Delirium tremens **Pharmakodynamische Eigenschaften** Pharmakotherapeutische Gruppe: Mittel zur Behandlung der Opioidabhängigkeit, ATC-Code: N07B C51. **Liste der sonstigen Bestandteile** Lactose-Monohydrat, Mannitol (Ph.Eur.), Maisstärke, Povidon K 30, Citronensäure, Natriumcitrat 2H<sub>2</sub>O, Magnesiumstearat (Ph.Eur.), Acesulfam-Kalium, Natürliches Zitronen- und Limonen-Aroma. **Inhaber der Zulassung** RB Pharmaceuticals Limited 103-105 Bath Road, Slough, Berkshire, SL1 3UH, Vereinigtes Königreich. Stand d. Info.: August 2010.

rezept- und apothekenpflichtig

Suchtgift

Suboxone unterliegt den Vorschriften über Suchtmittel.

Informationen zu den Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie den Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekten entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation, verfügbar auf der Website der Europäischen Arzneimittel-Agentur, <http://www.ema.europa.eu>.

# Geldmangel: kleine Wirtschaftskunde

von Wolfgang Werner

## Liebe Kolleginnen und Kollegen!

**W**er regelmäßig Pressemeldungen verfolgt, muss auch die finanzielle Situation unseres Staates erkennen. Die Situation stellt sich mir so dar, dass der Staat in den letzten Jahrzehnten geradezu unvorstellbare Schulden aufgebaut hat, die rezent durch den Untergang von Lehman Bros. schlagend geworden sind. Lehman Bros. waren aber nicht die Ursache der Finanzkrise, sondern nur deren Auslöser. Wäre diese Bank nicht zusammengebrochen, hätte ein anderes Ereignis die Krise ausgelöst. Mit Kunstfertigkeit wurde und wird die Optik des Budgets gestaltet und gleichzeitig die Meinung von seriösen Finanzexperten durch höchste Politiker lächerlich gemacht.

Man kann also getrost annehmen, dass kein Geld vorhanden ist und unser Finanzsystem in alles dominierender Weise von Verbindlichkeiten geprägt ist. Das wirkt sich insbesondere auf einen der größten Geldverbraucher aus: das Gesundheitssystem. Der Zusammenbruch der Finanzierung des Gesundheitssystems wird von Leuten mit Zugang zu innersten Zirkeln in einem Zeithorizont von 5 Jahren gesehen. Mehrfach haben namhafte Kammerfunktionäre davon gesprochen, dass dann kein Stein unseres Gesundheitssystems auf dem anderen stehen bleiben wird.

### Im Raum steht folgendes Drehbuch in der aufgelisteten Reihenfolge:

- 1 Forcierung der Bildung von Gruppenpraxen
- 2 Rabattierung durch die Krankenkassen
- 3 Leistungsreduzierung der Krankenkassen auf minimale Basismedizin
- 4 Zusammenschluss der Gruppenpraxen zu AVZs
- 5 Gesetzesänderung, dass auch nichtärztliche Investoren Gruppenpraxen und AVZs übernehmen dürfen
- 6 medizinische Rationierung – Zwei-Klassenmedizin.

Wir müssen uns auf diese neue Situation einstellen, die Privatmedizin forcieren und die Privatversicherungen in das Regelkrankenversicherungswesen integrieren. Ein ganz wesentlicher Punkt ist außerdem die Ausbildung des medizinischen Nachwuchses. Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Approbierung unmittelbar nach dem Studium ist der falsche Weg. Wir bekommen mit dieser Ausbildungsschiene ein medizinisches Prekariat (bittweise Abhängige), das sich als Billigarbeiter den AVZs anbieten wird, nur um irgendwie überleben zu können und das andererseits dem Druck der Parteipolitik (Parteibuchwirtschaft) nachgeben wird, nur um irgendeine Ausbildungsstelle zu bekommen. Qualifikationsausdünnung hat noch nie Existenz geschützt und Mobilität gefördert, wie bezüglich des approbierten Arztes dauernd verbreitet wird.



MR Dr. Wolfgang Werner

Die Perspektive ist also ein Niedergang der Medizin von einer stolzen humanistischen Kunst zu einer geknechteten technokratischen Profession in Abhängigkeit von der Willkür merkantiler und politischer Potentaten. Nachdem ich mit Ausnahme der Bemühungen des Österreichischen Hausärzterverbandes absolut keine einhaltgebietende Gegenbewegung erkenne, kann nur gehofft werden, dass durch den eingangs beschriebenen Geldmangel wenigstens großwahnwitzige Projekte, wie diverse Anwendungen der e-Gesundheit und der überbordenden Kontrolle von Ärzten und Patienten im alleinigen Interesse von Bürokratie und Technokratie terminiert werden.

Mein Leitspruch „die Bäume wachsen nicht in den Himmel“ bleibt als Hoffnungsschimmer mit Realitätsanspruch.

Dr. Werner

## Einladung zur Ausstellungseröffnung



### Charlotte Weinmann

Die im Jahr 2008 verstorbene Künstlerin, deren Lyrikband WASSERSCHRIFTEN wir im Hausarzt 7-8/2010 vorgestellt haben, war auch Malerin. Ihre Kompositionen aus Wasser, Schilf, Weiden und Gras sind Ausdruck eines Lebensbildes, das Charlotte Weinmann konsequent gelebt hat - bis hin zur Teilnahme an der Besetzung der Stopfenreuther Au. Die Welt der kleinen Dinge im Großen und Ganzen, die Vielfalt einer zurückgedrängten Natur, sie werden lebendig im Werk der Künstlerin, die selbst vom ewigen Leben hinter der Vergänglichkeit alles Irdischen überzeugt war.



### Artur Paul Duniecki

Der Architekt, der gemeinsam mit seiner Frau Charlotte Weinmann die Ausstellung „Das Gleichnis der Natur“ im Palais Wittgenstein 1990 gestaltet hat, plant eine Retrospektive auf das bildnerische Gesamtwerk der Künstlerin.

Die Ausstellung wird am Donnerstag, den 13. Jänner 2011 um 19 Uhr im Wiener Künstlerhaus (1010 Wien, Karlsplatz 5, k/haus galerie, [www.k-haus.at](http://www.k-haus.at)) eröffnet und bis 13. Februar 2011 täglich von 10 bis 18 Uhr, Donnerstag von 10 bis 21 Uhr zu besichtigen sein.



# 44 lachende Gesichter und ein Haufen Schulden

von Wolfgang Geppert

**E**in Geschäftsbericht der NÖ Landeskliniken-Holding zeigt auf, wohin die Finanzströme im Gesundheitsbereich derzeit gelenkt werden. Wir Kassenärzte müssen ein parteipolitisches Paradoxon über uns ergehen lassen: Während eine rote Gebietskrankenkasse jedes Sparpotential ausnützt, mutiert ein schwarzes Bundesland unter anderem durch Krankenhausinvestitionen zum Schuldenkaiser.

Der Leistungsbericht der Holding über das Jahr 2009 streicht in gebetsmühlenartiger Wiederholung jene 19.000 Arbeitsplätze heraus, welche die NÖ Landeskliniken-Holding bietet. Die 27 Kliniken zusammen sind damit der größte Arbeitgeber Niederösterreichs. Das scheint auch der springende Punkt zu sein. Wer viele Arbeitsplätze schafft, der darf auch rote Zahlen schreiben. Die Feststellung „Wir sind der größte Gesundheitsdienstleister Österreichs“, wird gegen Ende der Werbeschrift noch einmal gesteigert. Im Epilog heißt es wortwörtlich: „Die NÖ Landeskliniken-Holding ist die größte öffentliche Gesundheitseinrichtung Europas.“ Darf man bei so einer Dimension auch Schulden machen wie ein Stabsoffizier? Man kann! Nach dem Dürfen wird in NÖ nicht gefragt.

## Landeskliniken auf Hotelniveau bringen

Die Seite 40 des Berichts steht unter dem Motto: „Hotelkomponente“. Neben der Überschrift „Wohlfühlen im Klinikum“ lacht eine 60-jährige Brillenträgerin aus der Hochglanzbroschüre heraus, so als würde sie ein Viersterne-Wellness-Hotel bewerben wollen. Patientinnen und Patienten sollen sich in NÖ Spitälern rundherum wohlfühlen, in ansprechenden Zimmern und bei wohlschmeckendem Essen. Im Originalton der besagten Jubelbroschüre der Landeskliniken-Holding wird dieser Wohlfühlfaktor „Hotelkomponente“ genannt: „Ein hoher Anspruch an den sich die Landeskliniken durch zahlreiche Renovierungen, Um- und Neubauten ebenso annähern wie durch die entsprechende Ausstattung der Patientenzimmer.“

Wer die Broschüre aufmerksam durchblättert, der kann 44 lächelnde oder lachende Gesichter zählen. Einzig und allein dem Teddybären im Zentrum des Deckblattes kann kein Lächeln, geschweige denn ein Lachen entlockt werden. Nachdenklich blickt er dem Leser ins Gesicht. Gerade er könnte es sein, der Fröhlichkeit an den Tag legt, denn als ein in Niederösterreich beheimateter Teddybär ist er frei von

Schulden. Das können die menschlichen Bewohner des Bundeslandes unter der Enns leider nicht behaupten.

Vom Säugling bis zum Greisen haben wir Niederösterreicher eine große Schuldenlast zu tragen. Beim Bundesländervergleich der Pro-Kopf-Verschuldung lagen wir im Betrachtungsjahr 2009 knapp hinter dem Schuldenkaiser Kärnten. Das war ein Grund dafür, dass der Vorsitzende des Staatsschuldenausschusses, Prof. Dr. Bernhard Felderer, genau vor einem Jahr Alarm geschlagen hat. So könne es nicht weitergehen. Felderer empfahl den Schuldenmachern Kärnten und Niederösterreich einen strikten Sparskurs. Der Experte sprach auch konkret die Investitionen der niederösterreichischen Verantwortungsträger in Sachen Erhaltung und Aufwertung peripherer Krankenhäuser an. Hier stelle sich die Frage, so Felderer, ob das wirklich sinnvoll sei. Wer glaubt, dass auf diese Warnung hin die krankenhauserorientierten Geldhähne zgedreht worden wären, der irrt sich gewaltig. Ganz im Gegenteil! Die NÖ Landeskliniken-Holding setzt weiter auf Großinvestitionen, so als hätte NÖ im Keller des Landhauses eine eigene Gelddruckmaschine.

## Lachen trotz Schulden

Eigentlich müsste über dem Foto jedes der 44 lachenden niederösterreichischen Gesichter die Zahl 1.699,- stehen. Das ist genau der Eurobetrag, den jeder Bewohner des Bundeslandes unter der Enns an Landesschulden mit sich tragen muss. Mehrheitlich verursacht durch den Aus- und Umbau und den laufenden Betrieb der 27 Kliniken. Vielleicht kommt jetzt der Einwand, dass in diese Art der Verschuldung auch andere Bundesländer hineingeschlittert sind. Ja, das stimmt! Aber in weit geringerer Form, mit der niederösterreichischen Dimension nicht vergleichbar. Die Landesschulden der Salzburger lagen 2009 bei 763 Euro pro Einwohner, die der Steirer bei 339 Euro und die der Tiroler bei 89 Euro. So werden etwa die Patientinnen und Patienten oberhalb der Enns auch in leistungsfähigen und modernisierten Krankenhäusern versorgt. Trotzdem



Dr. Wolfgang Geppert

gilt Oberösterreich in Sachen Finanzlage als Musterschüler. Dieses Bundesland weist überhaupt keine Verschuldung auf. So hätten 44 abgelichtete Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen auf einem ähnlich gearteten Prospekt schon mehr Berechtigung zum Lachen.

Wer meint, dass im Geschäftsbericht 2009 der NÖ Landeskliniken-Holding auf die Defizit verursachende Wirkung dieser Gesundheitseinrichtung eingegangen wird, der täuscht sich gewaltig. Die knapp 100 Seiten der Holding sind ein Meisterstück der Schönfärberei. Beim Studium der besagten Druckschrift werden Erinnerungen an Propagandaschriften wach. In nur einem einzigen Satz finden der Gesamtaufwand und die Personalkosten der Holding Erwähnung. In welche Finanznöte das Land gestürzt worden ist, wird verschwiegen.

## Finanznöte des Landes im Vergleich zur NÖGKK

Wäre unser Vertragspartner, die NÖGKK, auch so großzügig mit den Geldmitteln umgegangen, dann befände sich die NÖ Kassenmedizin in einer Hochblüte. Wir könnten schon seit Jahren mit leistungsfähigen Einheiten die total überrannten Spitalsambulanzen entlasten. Nicht nur in den Rand-, sondern auch in den Kernzeiten.

Im Gegensatz zum Land NÖ kam aus den Mündern der Kassenfunktionäre nur ein einziges Jammern und Wehklagen über drohende Defizite. Jede Modernisierung des Leistungskataloges wurde mit dem Hinweis auf eine katastrophale Finanzlage der Kasse abgeschmettert. Der NÖ Kassenarzt wurde 30 Jahre lang zum Einzelkämpfer verdammt. →

Paralleles Behandeln, wie in jeder Ambulanz üblich, ist noch heute in Kassenordinationen verpönt.

Während die Landesfürsten nicht wissen, in welchem Krankenhaus die Baumaschinen zuerst auffahren sollen, wurden wir Kassenärzte auf dem medizinischen Stand der 70iger Jahre festgezurr. Von Leistungen, die in Spitalsambulanzen selbstverständlich sind, haben wir längst aufgehört zu träumen. Hunderte Beispiele dafür, warum Spitalsambulanzen unsere Bevölkerung wie ein Magnet anziehen, könnten hier jetzt aufgezählt werden. Den Troponin-T-Test, ein notwendiges Handwerk zur Schnelldiagnose des Myokardinfarktes, erwähne ich symbolisch für viele Aufwendungen in unseren Praxen, deren Finanzierung die Kasse verweigert. Liegt der Notfallpatient mit Infarktverdacht bei mir im EKG-Raum, dann kann ich nachträglich versuchen, die Kosten beim Patienten oder seinen Angehörigen einzufordern. Ein ziemlich unsensibles Unterfangen. Meist müssen wir Vertragsärzte den wichtigen Test aus eigener Tasche bezahlen.

Fährt dann der Notarztwagen vor, ist plötzlich die für den Patienten kostenfreie Durchführung des erwähnten Schnelltestes möglich. Die Verantwortlichen des Notarztsystems stellen dessen Finanzierung nicht in Frage. Würden die Kassen unsere Notarztwagen in Eigenverantwortung betreiben, dann gäbe es für den Sanitäter Erklärungsbedarf: „Herr Köck, der Notarzt hat bei ihnen einen Troponin-T-Schnelltest durchgeführt. Ihr

Leistungsanspruch ist damit ausgeschöpft. Die Schmerzinjektion bis zum Eintreffen ins Krankenhaus müssen sie leider selbst bezahlen.“

Dieser frei erfundene Vergleich soll veranschaulichen, welchen Argumenten der Kassenfunktionäre unsere Verhandler nachgegeben haben. Schon mehrmals wurde von unseren Vertretern die Honorierung gewisser Schnelltests oder neuer Laborleistungen gefordert. Vergeblich! Als Reaktion kam immer nur die Feststellung, unser Praxislabor mit seinen Standardbestimmungen massiv einschränken zu müssen, um die finanzielle Abgeltung eines Akutlabors bewerkstelligen zu können. Mit dem Argument, die Kasse habe kein zusätzliches Geld zur Verfügung, konnten alle Forderungen der Ärzteschaft nach Modernisierung und Erweiterung des Leistungskatalogs vom Tisch gewischt werden.

### Schuldenexplosion im Land NÖ

Das Land NÖ könnte sich glücklich schätzen, wenn es nur die Schuldenlast in der Dimension einer Gebietskrankenkasse zu tragen hätte. Hatte das blaue Bundesland im Jahr 2009 noch 2,56 Milliarden Euro Schulden, so steht NÖ jetzt im Jahr 2010 mit 3,22 Milliarden in der Kreide. Eine Schuldenexplosion, die kein anderes Bundesland aufweist. Der absolute Schuldenzuwachs beträgt von 2009 bis 2010 exakt 665,70 Millionen (Quelle: Die Presse). Die Schulden des Landes NÖ betragen mittlerweile fast die Hälfte des jährlichen Landesbudgets von rund sieben Milliarden

Euro. Trotz dieser bedrohlichen Finanzlage sprudeln für den Neu- Aus- oder Umbau der NÖ Landeskliniken die Geldquellen ungehindert weiter.

Das Mistelbacher Krankenhaus zum Beispiel bekommt neue Operations- und Intensivseinheiten. Das lässt sich medizinisch gerade noch erklären. Doch wieso muss dafür ein Gesamtbetrag von knapp 200 Millionen Euro in die Hand genommen werden, wenn schon jetzt das Land mit einem Schuldenzuwachs von 26 Prozent zu kämpfen hat? Weil mit einem Aufwaschen gleich mehrere Zu- und Abfahrtsmöglichkeiten für das Krankenhaus errichtet werden. Da wird man doch jetzt nicht kleckern! Für die neue schöne Auffahrt in Höhe Goethegasse wurden in der Liechtensteinstraße mehrere Häuser angekauft, mit deren Abriss schon bald begonnen werden soll. Ganz nebenbei gönnt man sich auch die Errichtung eines Parkhauses.

Warum ein schwer verschuldetes Bundesland so locker neue Belastungen auf sich nehmen darf, das fragt sich der Rest von Österreich. Staunend blicken wir Vertragsärzte auf die Investitionen im Spitalsbereich. Ist es nur der Neid? Würden wir auch dann aufschreien, wenn das Land in seiner Großzügigkeit für die Kassenmedizin zuständig wäre und die NÖGKK als alleiniger Kostenträger die Spitäler kurz hält? Diese Frage stellt sich nicht. Leider!

Dr. Wolfgang Geppert

2193 Wilfersdorf

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

## NÖ Ärzte fordern Zuwendungsmedizin statt Industriemedizin

von Michael Dihlmann

### Hochkarätige Diskussionsrunde in Niederösterreich warf kritischen Blick hinter die Kulissen des Gesundheitssystems

**U**nser Gesundheitssystem steht vor dem Kollaps – doch wer trägt die Schuld daran? Und wie lässt sich die medizinische Versorgung für die Zukunft retten? Derzeit bringt ein aufgeblähter Verwaltungs- und Kontrollapparat den Ärztinnen und Ärzten beinahe täglich neue Protokolle und Formulare und erfindet immer neue Hürden. Ist das die Perspektive für die Zukunft?

Dr. Günther Loewit, Arzt, Schriftsteller und Kammerrat der Ärztekammer für Niederösterreich, hat sich in seinem Buch „Der ohnmächtige Arzt“ mit diesen Entwicklungen auseinandergesetzt.

Dies war der Anlass für die NÖ Ärztekammer, in Kooperation mit der lokal tätigen IGMed rund um die ökonomischen Rahmenbedingungen im Spital und in der Niederlassung sowie über die von der Politik vorgegebene Marschrichtung des Gesundheitswesens als Ganzes in den kommenden Jahren zu diskutieren.

#### Der Faktor Zeit wird in unserem System unzureichend bewertet

Etwa 200 Personen, darunter zahlreiche Ärztinnen und Ärzte, aber auch Patientinnen und Patienten sind der Einladung gefolgt. Neben den Funktionären der NÖ Ärztekammer Präsident



Dr. Christoph Reisner, Dr. Ronald Gallob und Dr. Harald Schlögel waren der Autor des Buches Dr. Günther Loewit, Dr. Franz Svehla als Vertreter der IGMed sowie die beiden Landeshauptmann-Stellvertreter Mag. Wolfgang Sobotka und Dr. Sepp Leitner am Podium vertreten. Ausgehend von zwei gelesenen Textstellen aus dem Buch entwickelte sich eine lebhaft, aber fair geführte kontroversielle Diskussion rund um die aktuellen Probleme sowie die Zukunft des Systems.



„Der Faktor Zeit wird unzureichend bewertet, egal in welchem Vertragsverhältnis ein Arzt steht“, so der Präsident der NÖ Ärztekammer, Dr. Christoph Reisner. Man müsse sich aus seiner Sicht von dem Gedanken lösen, dass Medizin „beziehungslos“ funktioniert. „Man kann Medizin nicht mit beispielsweise einer Autoproduktion vergleichen. Ich bin zwar grundsätzlich für Qualitätssicherung eingestellt. Aber man kann nicht alles im Leben ausschließlich qualitätsgesichert betreiben. Ein leidender Patient kann nie ein Kunde sein. Man kann ihn nicht wie in einem Verkaufsgespräch beraten“, so Präsident Dr. Reisner.

**Es geht um die Erhaltung von Machtstrukturen**

LH-Stv. Dr. Sepp Leitner befasste sich mit der Finanzierungssituation im Bereich der niedergelassenen Ärzte: „Die Gebietskrankenkasse steht finanziell an der Wand. Im System ist zwar viel Geld, aber die Finanzierungsgrenzen sind erreicht. Wer ist schuld, dass man sich im System der Geldgeber nicht zusammenfindet? Ist der Bund schuld, ist das Land schuld oder ist die Gebietskrankenkasse schuld? Seien Sie sich bewusst: Der Hauptpunkt warum man sich findet ist in einem Wort geklärt: Es geht um die Erhaltung von Machtstrukturen.“

Dr. Leitner ist sich bewusst, dass es trotz aller Reformversuche auch notwendig sein wird, mehr Geld in das System zu geben:

„Wenn man dazu steht wird es kein Problem mehr sein sich an einen Tisch zu setzen, manche Machtfrage in den Hintergrund zu rücken und die Veränderungsnotwendigkeiten, die sich in den letzten Jahrzehnten ergeben haben, vernünftig in die bestehende Struktur einzuarbeiten.“

**Glückliche Menschen werden nicht so leicht krank**

Dr. Günther Loewit betonte, dass die Sterblichkeit des Menschen immer hundert Prozent beträgt. „Daran kann niemand etwas ändern, auch keine Politiker oder Patientenanwälte. Die Frage ist wie lange eine prozentuell immer geringere werdende Schicht junger Menschen bereit sein wird, die notwendige Finanzierung für eine immer größer werdende Schicht älterer Menschen aufzubringen. Ich persönlich glaube auch, dass wir alle umdenken müssen. Wir sollten wieder erkennen, dass glückliche

Menschen nicht so leicht krank werden. Bereits zehn Prozent der Bevölkerung sind depressiv, etwa ein Viertel der Bevölkerung steuert auf das Burn-Out-Syndrom zu (Siehe auch Seite 23). Ist unsere schnelllebige Gesellschaft überhaupt noch in der Lage, glückliche Menschen zu beherbergen?“

LH-Stv. Mag. Wolfgang Sobotka setzte sich mit den unterschiedlichen ökonomischen Rahmenbedingungen sowie Finanzierungs- und Patientenströmen im Gesundheitssystem auseinander. „Wir wären durchaus interessiert, dass der niedergelassene Bereich mehr Versorgungsleistung erbringt. Einer unserer Wege in die Richtung führt über die interdisziplinären Aufnahmestationen. Wir müssen die Patientenrechte aber auch die Patientenpflichten wieder mehr in unseren Fokus stellen. Wenn wir



etwa ein gutes System einer Ambulanzgebühr einführen würden um die Frequenz zu senken, sollte mir das recht sein. Wir haben schon einige Versuche gemacht, den derzeitigen Patientenstrom in die Ambulanzen zu steuern und umzulenken.“

**Mit der Berufsgruppe der Hausärzte geht's ständig bergab**

Dr. Wolfgang Geppert meldete sich als Vertreter des Österreichischen Hausärzteverbandes zu Wort: „Ich höre solche Diskussionen seit Jahren und kenne die Argumentation aus den Hochglanzbroschüren, wonach die Krankenhäuser vor allem als Arbeitgeber für die Regionen gesehen werden. Sollte die Entwicklung so weiterlaufen, dann habe ich Angst um unsere Patientinnen und Patienten. Die Anzahl der Stellen der Niedergelassenen stagniert und obwohl alle von der Aufwertung des Hausarztes reden, geht es mit unserer Berufsgruppe ständig bergab. Wir Allgemeinmediziner erleben fast täglich irgendwelche Einschränkung. Ich denke, dass wir den Mut aufbringen müssen, ständig auf diese Missstände hinzuweisen. Derzeit wird in Niederösterreich sehr viel Geld in die Landeskliniken gepumpt. Wenn dort einmal das Geld ausgeht, wird die Versorgung durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte möglicherweise bereits zerstört sein.“



**Von der Politik brauchen wir Mut für Entscheidungen und Mut für Veränderungen**

„Wir müssen jedenfalls rasch umdenken, und zwar weg von der Industriemedizin hin zur Zuwendungsmedizin“, so Präsident Dr. Reisner zum Abschluss.

„Wir müssen der Realität ins Auge sehen. Medizin wird besser, die Menschen werden älter, immer mehr Behandlungen werden

notwendig. Wir brauchen daher auch die Bereitschaft der Politik, mehr Geld für das System zu verwenden. Die Ärzteschaft braucht sich jedoch nicht ohnmächtig zu fühlen. Wir sind die einzige Berufsgruppe, die in der Lage ist, Patienten zu behandeln. Von der Politik brauchen wir jedoch Mut für Entscheidungen und Mut für Veränderungen.“

# Keine Gesundheits-Strukturreform ohne Einbindung der Ärzteschaft möglich

von Christoph Reisner

## Medizinisch-fachliche Kriterien müssen in die Planung der Versorgungsleistung integriert werden

**O**hne Mitsprache der Ärzteschaft wird es nie eine zielführende Gesundheits-Strukturreform geben. Wir Ärztinnen und Ärzte bringen gerne unser Fachwissen und unsere Expertise ein. Wen man dieses Angebot nicht nützt, dann werden wir selbstverständlich im Sinne unserer Patientinnen und Patienten die nötige sachliche Kritik auch im Nachhinein einbringen. Im Sinne der qualitativ hochwertigen Patientenversorgung werden wir nicht ruhen, Unsinnigkeiten und Gefahrenpotential aufzuzeigen.

Die progressive Dynamik der Entwicklung der Medizin erfordert eine bessere flächen-deckende Planung der Versorgungsleistung nach medizinisch-fachlichen Kriterien. Die ökonomischen Rahmenbedingungen müssen dann danach ausgerichtet werden. Jedes andere Handeln führt automatisch dazu, dass die Qualität leidet. Vor den ökonomischen Rahmenbedingungen kann man nicht die Augen schließen, doch das Maß der Dinge sind unsere Patientinnen und Patienten.

### Regionale und patientennahe Versorgung auf höchstmöglichem medizinischen Niveau

Das Gebot der Stunde heißt „regionale und patientennahe Versorgung auf höchstmöglichem medizinischen Niveau“. Wenn wir das System nachhaltig sichern wollen, brauchen wir auch zeitgemäße Rahmenbedingungen für Ärztinnen und Ärzte sowie Vertreter anderer Gesundheitsberufe. Dazu gehören auch adäquate ökonomische Rahmenbedingungen für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsberufe auf Basis einer 40-Stunden-Woche, ganz egal in welchem Vertragsverhältnis sie beschäftigt sind.

Es macht jedenfalls Sinn, wenn die Planung der medizinischen Versorgungsstruktur nicht an der Grenze eines Bundeslandes endet. Es ist grotesk, wenn innerhalb weniger Kilometer in verschiedenen Bundesländern vergleichbare Spitäler betrieben werden. Bei der Planung der Versorgung sollte es um eine gute Mischung zwischen Zentralismus und Föderalismus gehen. Neun Krankenanstaltengesetze auf Länderebene und eine übergeordnete Bundesgesetzgebung sind jedoch mit Sicherheit überflüssig. Dass uns hier die Kosten davonlaufen muss jedem einleuchten.

### Ärztliche Behandlung wird zunehmend mit Fertigungsprozess verglichen

Die zunehmende Industrialisierung des Gesundheitswesens macht mir jedoch die größten Sorgen und sollte uns allen auch aus Sicht der Patienten sorgen bereiten. Zunehmend besteht europaweit der Trend, die ärztliche Behandlung (und das ist aus meiner Sicht etwas Einzigartiges) durch den Begriff „medizinische Leistungen“ zu ersetzen, zunehmend sehe ich Bestrebungen eben diese ärztliche Behandlung mit dem Fertigungsprozess in einer Fabrik zu vergleichen.

Obwohl ich grundsätzlich sehr positiv in Bezug auf Qualität und Qualitätssicherung eingestellt bin und sich mit Sicherheit im Verwaltungsablauf einer Ordination oder eines Spitals qualitätsgesicherte Mechanismen sehr gut eignen, möchte ich die Arzt-Patienten-Beziehung viel eher mit einer Beziehung wie im zwischenmenschlichen Bereich, etwa mit einer Ehe vergleichen.

### Liebe, Empathie und Zeit werden in einer Ehe und auch in der Medizin benötigt

Stellen Sie sich vor, man würde die Partnerfindung und die Führung einer Ehe über die Hilfsmittel einschlägiger Systeme der Qualitätssicherung betreiben. Mittels Checklisten



Dr. Christoph Reisner

würde der Ehepartner bzw. die Ehepartnerin ausgewählt, sämtliche „Kriterien“ einer guten Eheführung würden definiert und regelmäßig evaluiert. Ein jährliches „Qualitätszertifikat“ würde belegen, dass die Ehe gut funktioniert.

Mit diesen Hilfsmitteln ausgestattet wäre gewährleistet, dass jeder potenzielle Ehekandidat mit jeder potenziellen Ehekandidatin harmoniert und im Sinne von Qualitätsmanagement eine gute, erfolgreiche und dauerhafte Ehe führen könnte.

Die meisten von Ihnen wissen aus praktischer Erfahrung, dass diese Gedanken nicht umsetzbar sind. Um eine gute, dauerhafte Ehe zu führen braucht niemand ein Qualitätssicherungssystem. Man braucht Liebe, man braucht Empathie und man braucht vor allem Zeit füreinander. Und genauso ist das bei einer Beziehung zwischen Arzt und Patient.

Dr. Christoph Reisner, Präsident der NÖ Ärztekammer, [www.wahlarzt.at](http://www.wahlarzt.at)



# Gespräch zur Anamnese zwischen Christian Euler und MR Dr. Waltraud Fink

**Unsere Gesprächsserie über Prof. Brauns wissenschaftliche Arbeiten zum Thema „Allgemeinmedizin“ beschäftigt sich heute mit Brauns These, dass die Durchführbarkeit einer umfassenden Anamnese in der Praxis in Frage zu stellen sei.**

**Euler:** Liebe Waltraud, mir fällt bei Prof. Robert Braun immer wieder von neuem die Klarheit seiner Formulierungen auf, sollten deren Aussagen auch noch so sehr in Widerspruch zu anderen Lehrmeinungen stehen. Das war bei seinen Gedanken rund um die Diagnose so, das findet sich nicht minder in seinen Feststellungen zur Anamnese. Es wird nichts schön geredet, auch die Schönrederei anderer wird nicht akzeptiert. Robert Braun bezweifelt die Sinnhaftigkeit der umfassenden Anamnese.

**Fink:** Braun war Realist durch und durch. Er war schon für eine bestmögliche, hochqualifizierte allgemeinärztliche Berufsausübung, jedoch hielt er gar nichts von „schönen“, aber nicht realisierbaren Forderungen. Braun bezweifelte nicht die Sinnhaftigkeit. Er stellte die Durchführbarkeit einer umfassenden Anamnese in der Praxis in Frage. Und wenn Braun etwas in Frage stellte, war sein erster Schritt die Beobachtung der nächsten Praxisfälle. Für sein Buch „Angewandte Medizin“, das Gustav Kamenski und ich mit ihm machen durften, ließ er uns beispielsweise eine solche Pilotstudie machen [1].

Aber in anderen Erhebungen ist ja auch analysiert worden, wie viel oder eher wie wenig Zeit der Arzt/die Ärztin für die Anamnese verwendet und vor allem auch wie schnell der Patient/die Patientin unterbrochen wird. Und das ist ja auch kein Wunder, wenn man weiß, dass für die ganze Beratung nur wenige Minuten zur Verfügung stehen.



**Euler:** Mir ist der Bericht aus Brauns erster Praxis im Wiener Neustadt der Nachkriegsjahre in Erinnerung, in der er immer nur ein einziges Problem zur Beratung zuließ, weil die vielen PatientInnen sonst den Zeitrahmen der Ordinationsstunden gesprengt hätten. Er erkannte: die Rahmenbedingungen der „angewandten Medizin“ haben gestaltende Wirkung auf die Arbeit „an der ersten Linie“.

**Fink:** Die Rahmenbedingungen begegnen uns bei Braun auf Schritt und Tritt, denn darum geht es in seiner „Berufstheorie“: Wie gewährleistet man unter den Bedingungen (er nennt es Handlungszwänge) eine vertretbare, medizinische Versorgung der Bevölkerung? Im Übrigen gilt das ja für alle Disziplinen, die im Gesundheitssystem tätig sind. Natürlich, je wohlhabender ein Land ist, umso mehr Ärzte wird es sich leisten können, die dann etwas mehr Zeit haben werden, aber nie „ad libitum“. Aber noch steht nicht geschrieben, dass es dem Patienten auch nützt.

**Euler:** Prof. Braun macht es den akademischen Lehrern zum Vorwurf, ihre Schüler immer noch die Notwendigkeit einer breiten tiefschürfenden Anamnese zu lehren. Er berichtet auch über seine Beobachtungen eben dieser Lehrer bei deren Arbeit am Krankenbett.

**Fink:** Nein, ich meine, er machte den akademischen Lehrern nicht den Vorwurf, dass sie die breite, tiefschürfende Anamnese lehren. Er macht ihnen aber sehr wohl den Vorwurf, dass man uns ein schlechtes Gewissen einimpft, wenn wir sie nicht bei jedem Patienten/bei jeder Patientin durchexerzieren. Er wirft ihnen vor, dass es sie nicht bekümmert, wie sich eine umfassende Anamnese in der Praxis realisieren lässt.



Im zitierten Buch vergleicht er das Anamnese-Erheben-Lernen mit den im Studium geübten (pathologisch-) anatomischen Sektionen, „die später im Rahmen der angewandten Medizin ja auch nicht mehr vorgenommen werden.“ „Aber“, so führt er weiter aus, „das kann nicht alles sein, was dem Nachwuchs bezüglich der Anamnese mitgegeben werden sollte.“ [1, Seite 11]

In der Allgemeinpraxis muss noch mehr als bei stationären Aufnahmen ganz gezielt, problemorientiert die Vorgeschichte erfragt werden. Und da konnten die verschiedenen medizinischen Fächer erst recht nichts anbieten. Da war Braun der erste, der in unseren Breiten problemorientierte Befragungen erstellte. In den Sechzigerjahren entstand die „Tabula diagnostica“ und der „Fieberstandard“. Aus diesem Ansatz sind die 80 verschiedenen Diagnostischen Programme hervorgegangen [2,3].

**Euler:** Bei Michael Balint können wir darüber lesen, dass der Patient seinem Arzt zunächst Symptome anbietet, die aber den eigentlichen Grund seiner Gesundheitsstörung eher verschleiern etc. ...., Du kennst das als Text Balints, Du kennst solche Patienten aus Deiner eigenen Praxis, Du hast Prof. Braun bei seiner Arbeit beobachtet. Könnte man sagen mit Robert Braun waren solche „Spielchen“ nicht möglich, wie ist er beim anamnestischen Gespräch mit psychosomatisch Erkrankten umgegangen?

**Fink:** Vorweg, ich denke, was Braun an Balint gefiel war, dass er wirklich in die Praxis ging, d. h. sich wirklich mit der Realität der Allgemeinpraxis befasste und nicht vom berühmten „elfenbeinernen Turm“ irgendetwas lehrte. Die Psychosomatik war sicher nicht die stärkste Seite Brauns, beziehungsweise sah er sie eher als ein Teilgebiet der Psychiatrie. Sie wurde ja auch erst in den Sechzigerjahren „modern“. Immerhin hat ihr berühmter Vertreter Thure v.Uexküll das Vorwort zu Brauns erstem Lehrbuch geschrieben [4]. Und es gibt auch eine Arbeit gemeinsam →



mit dem Engländer L. Crombie und anderen „practitioners“ vom Royal College, wo er sich mit dieser Problematik sehr wohl beschäftigt hat. Es mussten da 100 konsekutive Praxisfälle hinsichtlich ihrer psychischen, bzw. somatischen Komponenten nach einer fünfteiligen Scala eingestuft werden [5]. Damals, wie auch in einer ähnlichen Arbeit 30 Jahre später kamen die verschiedenen Teilnehmer übrigens zu recht ähnlichen Ergebnissen [6].

Meine 14 Tage Lehrpraxis bei Braun waren natürlich viel zu kurz für eine Beurteilung seines konkreten Herangehens bei Patienten mit psychosomatischen Problemen, noch dazu wo ich damals ja selbst noch ein „greenhorn“ war. Persönlich habe ich ihn aber in all den Jahren und bei unzähligen Gesprächen, bei den Fall-Besprechungen im Rahmen unseres Erfahrungsaustauschs, als sehr mitfühlend für die Nöte der Patienten erlebt. Berufstheoretisch äußert sich das in den sogenannten „Kontaktfragen“ in den Diagnostischen Programmen, zum Beispiel in den Fragen nach Ängsten oder nach der Mutmaßung des Patienten über seinen Zustand.

**Euler:** *Es wird von uns Allgemeinmedizinern als Antwort auf vorwurfsvolle Erwähnungen der „Fünfminutenmedizin“ gerne auf die Kontinuität der Patientenbegleitung hingewiesen. Mehrmals fünf Minuten über verschiedene Themen und über mehrere Jahre brächten eben jene „hausärztliche Kenntnis“ die so einmalig und wertvoll wäre. Robert Braun tut sich mit solchen Idealisierungen schwer.*

**Fink:** Auch dem ist Braun kritisch-forschend nachgegangen. Im Lehrbuch [4] schreibt er, wie er sich vor dem Eintreten eines altbekannten Patienten notierte, was er über ihn wisse. Und er führt dann weiter aus, dass man sich - vereinfacht gesagt - oft eher die „G'schichterIn“ merkt und nicht unbedingt medizinisch Relevantes. Und seine Lehrpraktikanten ließ er in einer „Übung“ bei jeder Beratung überlegen, inwieweit es im konkreten Fall nützlich sei, dass er (Braun) den Patienten/die Patientin kenne. Ich finde das auch pädagogisch interessant, denn es kam heraus, dass für die überwiegende Zahl an neuen Fällen, wo also eine Anamnese von Bedeutung ist, das Kennen des Patienten irrelevant ist und sich die Jungärzte

nicht fürchten müssten. Die Übung war also eine Ermutigung.

**Euler:** *Du bist aktive Lehrpraxisleiterin. Ist die Lehrpraxis die bessere Schule die Anamnese zu erlernen als die universitäre Ausbildungsstätte?*

**Fink:** Ich habe nur eine universitäre Lehrpraxis für Studenten. Ich würde Universität und Lehrpraxis nicht in Konkurrenz sehen wollen: Auf der Universität kann man die Theorie lernen, man soll wissen, wie die Herangehensweisen in der Praxis sind, dass man zwischen direkter Diagnostik, örtlicher Routine und allgemeiner Routine unterscheidet, und wann welche Vorgehensweise angezeigt ist [7]. Auch kann man die Diagnostischen Programme „durchspielen“ [2]. Aber natürlich soll man das dann alles auch in der Praxis erleben und besprechen können.

**Euler:** *Was sagte Prof Braun zur oft gehörten Behauptung man könnte in einem hohen Prozentsatz der Fälle bereits aus der genau erhobenen Anamnese die Diagnose erahnen?*

**Fink:** Ich höre ihn direkt: „Ein kompletter Blödsinn!“ Da muss man natürlich zurückkommen auf den gehärteten Diagnosebegriff (HAUSARZT Nr.11/10 Gustav Kamenski) und dass erwiesenermaßen in 50 Prozent nur Symptome und Symptomgruppen klassifiziert werden können. Bei der leider oft gehörten „Symptom-Diagnose“ hätte es Braun die „Haare aufgestellt“ denn es ist eine *contradictio in adjectu*. Also der gehärtete Diagnosebegriff meint das tatsächliche Erkennen (diagnosis) einer Krankheit, und nicht eines Symptoms.

In den Fällestatistiken konnte ja immer wieder gezeigt werden, dass dieses Diagnostizieren einer Krankheit nur in 10 Prozent der Fälle möglich ist. [8] Braun hielt auch nichts von „erahnten“, von vorläufigen Diagnosen (Anhieb-, Vermutungsdiagnosen etc.) bei einem typischen Bild einer Krankheit. Diese Fälle von „Bild-Klassifizierungen“ machen die restlichen 40 Prozent der allgemeinärztlichen Beratungsergebnisse aus. Gerade bei einem typischen Krankheitsbild muss man Falsifizieren: „Sieht so aus, aber was ist es wirklich?“

**Euler:** *Ein „Braun-Skeptiker“ könnte provokant formulieren: Wer behauptet es sei*

*selbstverständlich in den wenigsten Fällen eine Diagnose stellen zu können, der muss sich auch um eine anständige Anamnese nicht bemühen.*

**Fink:** Die „anständige“ Anamnese! Das ist das berufstheoretische Problem: Was ist „anständig“? Wenn ich unter einer „anständigen“ Anamnese eine breite umfassende, zeitintensive Befragung meine, dann müsste erst bewiesen werden, ob damit überhaupt ein anderer Prozentsatz an diagnostizierten Krankheiten erreicht werden könnte. Das würde kaum gelingen.

Das erinnert mich an etwas, das Braun immer wieder erzählte. Jemand hätte nach der Präsentation der Fällestatistik Bedenken geäußert, die Ärzte könnten sich schließlich nur mehr mit den punkto Häufigkeit bedeutenden Fällen befassen und würden seltener gesehene Krankheiten als unwichtig abtun. Gerade das Gegenteil war Brauns Intention: Dieses Überwiegen von erfahrungsgemäß harmlosen Gesundheitsstörungen, von Symptomen, die wahrscheinlich bald wieder verschwinden, darf einen in der Aufmerksamkeit für die abwendbar gefährlichen Verläufe Krankheiten nie erlahmen lassen.

Es ist ja nicht so, dass wegen der mangelhaften Anamnese keine Diagnose gestellt werden kann. Nehmen wir das fiebernde Kind oder einen Patienten, der über ein Stechen in der Brust klagt. Es lässt sich nichts Auffälliges feststellen, beim Kind außer der Temperaturerhöhung und katarrhalischen Zeichen. In Brauns Terminologie wird hier ein „klassisches“ Uncharakteristisches Fieber klassifiziert, oder im anderen Fall mangels typischer Zeichen kardialer, pulmonaler oder sonstiger Krankheiten Präkordialschmerz [9]. Aber gerade bei diesen beiden Beispielen wird deutlich, wie ernst Braun die Anamnese nimmt. Bei solchen Fällen sah er es als ein Muss, programmiert, also „anständig“ mittels Diagnostischem Programm, zu beraten, damit man ja nichts vergisst zu fragen.

**Euler:** *Ich danke Dir herzlich für dieses Gespräch. Es ist ein ganz fundierter Beitrag zum Verständnis unserer Arbeit. Und schließlich kann nur der andere verstehen, der sich selbst versteht.*

**Literatur:** [1] Braun RN, Fink W, Kamenski G (2004) Angewandte Medizin – Wissenschaftliche Grundlagen, Facultas, Wien. [2] Braun RN, Mader FH (2005) Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin. 82 Checklisten für Anamnese und Untersuchung. 5.Auflage, Springer, Berlin Heidelberg New York. [3] Fink W, Braun RN: Serie in 8 Teilen zur Programmierten Diagnostik in der Allgemeinmedizin, Hausarzt 1998;6-1999;3. [4] Braun RN (1970) Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis. Urban&Schwarzenberg, München Berlin Wien. [5] Crombie Donald L(1963) The Procrustean Bed of Medical Nomenclature. The Lancet (I, p.1205). [6] Fink W., Kamenski G., Braun R.N.: Psychische Erkrankung in der Allgemeinpraxis. Wien. Med. Wschr. 2003; 153:130-132. [7] Braun RN, Fink W, Kamenski G (2007) Lehrbuch der Allgemeinmedizin - Theorie, Fachsprache und Praxis. Berger, Horn Wien. [8] Fink W, Haidinger G. Die Häufigkeit von Gesundheitsstörungen in 10 Jahren Allgemeinpraxis. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 83(2007)3:102-108. [9] Braun RN (2010), 3. Auflage, neu hrsg. u. bearb. von Fink W, Kamenski G, Kleinbichler D) Braun Kasographie: (K)ein Fall wie der andere... Benennung und Klassifikation der regelmäßig häufigen Gesundheitsstörungen in der primärärztlichen Versorgung. Verlag Berger, Horn



Auf unserer Homepage [www.hausaerzterverband.at](http://www.hausaerzterverband.at) finden Sie die von Med.-Rätin Fink zusammengestellten Originalzitate, auf die in unserer Gesprächsserie Bezug genommen wird. Sie sollen Ihre Neugierde an Robert Brauns Publikationen wecken.

**Offener Brief**

**WONCA 2010 Malaga**

Dr. Sandra Schmidt

**Schlusslicht Europas?**

**Die beschämenden Zustände der Allgemeinmedizin Österreichs im internationalen Vergleich**

Der 16. WONCA Europakongress fand diesjährig in Malaga, Spanien statt. Die zwei Tage vor der Veranstaltung waren rein dem Austausch zwischen den „Europäischen jungen AllgemeinmedizinerInnen“ des Vasco da Gama Movements, bei dem Österreich durch Mitglieder der JAMÖ vertreten war, gewidmet. In Kleingruppen von bis zu zehn Personen aus verschiedenen Ländern wurden Themen diskutiert und von den Umständen und Problemen im eigenen Land berichtet.

In einer dieser Gruppen zogen aufgrund ihrer ausgeprägten Unterschiede besonders zwei Länder die Aufmerksamkeit auf sich: England und Österreich. In England ist die Allgemeinmedizin etabliert und geschätzt. Qualitätssicherung wird hoch geschrieben, ebenso die Ausbildung des hausärztlichen Nachwuchses, die verpflichtend auch im niedergelassenen Bereich stattfindet. Gemeinschaftspraxen, die Teilzeitarbeit und Austausch zwischen den KollegInnen erlauben, sind eine Selbstverständlichkeit. Es gibt ProfessorInnen für Allgemeinmedizin und die Forschung in diesem Fachgebiet scheint zu blühen. All diese Punkte sind in unserem Land unvorstellbar, klingen fast wie eine Art unerreichbarer Traum. Kaum zu glauben, dass dieser allgemeinmedizinische „Garden Eden“ nur ca. 1000 km vom Häufchen Elend Österreich entfernt liegt. Die nüchtern dargestellten österreichischen Fakten riefen Entsetzen auf den Gesichtern aller GruppenteilnehmerInnen hervor, man lasse sie sich auf der Zunge zergehen:

In Österreich ist es möglich Hausarzt/-ärztin zu werden, OHNE JEMALS zuvor eine Praxis von Innen gesehen zu haben. Die dreijährige Ausbildung zum Arzt oder Ärztin für Allgemeinmedizin („Turnus“) sieht die Zeit in einer Lehrpraxis nämlich nicht als verpflichtend an. Man „darf“ freiwillig bis zu sechs Monate in eine Lehrpraxis gehen, vorausgesetzt man findet einen der rar gewordenen Ausbildungsplätze. In Österreich nämlich, müssen die lehrenden AllgemeinmedizinerInnen den jungen Turnusärztinnen und -ärzten die Gehälter aus der eigenen Tasche bezahlen. Förderungen waren bisher bereits im Jänner vergeben.

Doch die nächste österreichische Überraschung der internationalen Unmöglichkeit lässt nicht lange auf sich warten: Hierzulande ist die Allgemeinmedizin keine anerkannte Fachrichtung! Es gibt den FACHarzt/-ärztin für Gynäkologie, den FACHarzt/ärztin für Innere Medizin, jedoch heißt es für HausärztInnen „nur“ ARZT bzw. ÄRZTIN für Allgemeinmedizin. Und dieser Titel bleibt so wie er ist. Während die anderen Fachärztinnen und -ärzte zu ProfessorInnen, Primar/ia usw. aufsteigen können, ist die Karriereleiter der HausärztInnen nach wenigen Sprossen zu Ende. „Isn't that depressing?“, war darauf die Frage der britischen Kollegin.

Um die Machtlosigkeit und Ohnmacht nicht zu groß werden zu lassen werden Punkte wie „Gemeinschaftspraxen sind nicht erlaubt“ und „in Graz gibt es nichtmal an der Universität einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin“ sowie „die traurige Realität der Turnusausbildung mit vorwiegend systemerhaltenden Tätigkeiten“ nur kurz gestreift.

Die Welt schaut auf Österreich und alle sind gespannt, wie sich dieses Land wo als AllgemeinmedizinerIn nicht gut Kirschen essen ist, weiterentwickeln wird.

Denn eines muss klar sein: Werden die jungen Ärztinnen und Ärzte heute nicht gut ausgebildet, werden sie morgen weder ausreichendes Wissen noch Fertigkeiten besitzen um gute ÄrztInnen zu sein und die Bevölkerung bestmöglich zu versorgen. Die Welt hat es verstanden: Eine gute Allgemeinmedizin ist die Basis eines funktionierenden Gesundheitssystems. Bleibt nur die Hoffnung, dass Österreich dies auch tut. Und zwar bald.

Hoffnungsvoll,  
Dr. Sandra Schmidt, JAMÖ

**Beitrittserklärung:**

Ja, ich trete dem ÖHV bei:

als ordentliches Mitglied (Arzt/Ärztin f. Allgemeinmedizin, in Ausbildung) Jahresbeitrag: € 90,-  
Mitglieder der ÖGAM: € 80,- PensionistInnen: € 30,-

als außerordentliches Mitglied (FachärztInnen) Jahresbeitrag: € 90,-

als förderndes Mitglied (z. B.: Firmen oder Körperschaften) Anstelle eines Mitgliedsbeitrages tritt eine jährliche Spende

Ich möchte aktiv an der Vereinsgestaltung mitwirken



Name .....

Adresse .....

Telefon .....

e-Mail .....

Unterschrift .....

Bitte einsenden an den ÖHV, Dr. Paul Reitmayr,  
2130 Mistelbach, Mitschastraße 18, Fax 02572/32381-13,  
E-mail: [dr.p.reitmayr@inode.at](mailto:dr.p.reitmayr@inode.at), Internet: [www.hausaerzteverband.at](http://www.hausaerzteverband.at)

Stampiglie

# Fluctuat

Was Sie immer schon über die See

## Der Versuch, ein Phänomen zu beschreiben

Die Seekrankheit gehört zu den Kinetosen, den Bewegungskrankheiten. Kurioserweise wird dazu auch die Landkrankheit gezählt, die die Wasserchinesen Hongkongs oder Matrosen nach langen Seereisen beim Betreten des Festlands befallen kann. Ich selbst war nach einer der mittlerweile legendären Ecker-Regatten davon betroffen, als wir nach zweiwöchigem Aufenthalt auf See in Monastir ankamen. Unsere Freude auf das erste frische Bier wurde rasch durch ein merkwürdiges Übelkeitsgefühl getrübt, dem sich ankündigenden Erbrechen konnten wir nur durch rasche Rückkehr auf unser leise schwankendes Schiff entkommen, wo die Beschwerden wie weggeblasen waren. Letztlich haben wir aber unsere „Erkrankung“ nicht ernst genommen, fühlten wir uns doch in sicherem Hafen.

Auf hoher See ist die Situation ganz anders. Kinetosen, die dafür anfällige Personen schon im Lift, im Auto oder Zug befallen können, erreichen in ihr die höchste Steigerungsstufe. Besonders unangenehm wird die Seekrankheit, wenn die von ihr Betroffenen auf hoher See keine Hoffnung haben, innerhalb weniger Stunden wieder Land und somit das Ende ihrer Leiden zu erreichen.

Im Vordergrund steht die vegetative Symptomatik infolge einer Tonuserhöhung des Parasympathikus. Beginnend mit leichter Übelkeit, Blässe, Schweißausbruch und Herzklopfen kommt es rasch zum Erbrechen. Dieses erfolgt oft plötzlich und im Schwall, was zu peinlichen Situationen führen kann. Die Erleichterung ist nur kurz. Die immer wieder auftretenden Wellen der Übelkeit werden allmählich schwächer und sind nach drei Tagen bei den meisten Menschen verschwunden, auch ohne Therapie - eine für den Seekranken unendlich lange Zeit.

### Die Unsicherheit der Wissenschaftler

Trotz intensiver Forschung sind die Ursachen der Kinetosen bis heute nicht restlos geklärt. Angenommen wird, dass die Sinneseindrücke von Auge und Innenohr, aber auch die Signale der Mechanorezeptoren in Muskeln und Gelenken Informationen an den Hirnstamm liefern, die den bisher dort gespeicherten Mustern widersprechen. Aber offenbar kann der Hirnstamm sich darauf einstellen, was die Besserung der Beschwerden innerhalb von drei Tagen erklären könnte. Das „Fehlerzentrum“ ist jedoch Hypothese und seine Lage



Skipper Thomas Volnhofer von der Segelschule Hofbauer hat gut lachen: er ist Herr jeder Situation.

unklar. Das Kleinhirn und die Vestibulariskerne im Mittelhirn sollen wie der Hirnstamm daran beteiligt sein. Sicher ist jedoch, dass das Großhirn am Entstehen der Reisekrankheiten keinen Anteil hat. Das steht in eigenartigem Gegensatz zu den persönlichen Erfahrungen. Denn selbst wenn man von Übelkeit und Erbrechen verschont bleibt, ist man doch von einer eigenartigen geistigen Leere gelähmt, die, verbunden mit Antriebslosigkeit, in krassem Gegensatz zu den Erfordernissen der Situation steht.

### Der Aberglaube der Seeleute

Die Sinneswahrnehmungen sind, vor allem nachts, reduziert, gerade dann, wenn man darauf besonders angewiesen ist. Dafür gibt es jede Menge optischer und akustischer Halluzinationen. So werden heranrollende Schaumkronen zu weißen Schiffsrümpfen, unter Deck hört man das Krächzen von Seevögeln oder hört Stimmen, beides unmöglich und dennoch Begleitmusik des Krachens im Schiffsrumpf, das allerdings beängstigende Realität ist. Der sprichwörtliche Aberglaube der Seeleute wird durch solche Erfahrungen durchaus verständlich.

Wenn allerdings Lichter am Horizont auftauchen, diesmal durchaus real, kann man sich nicht auf die Weite des Meeres verlassen sondern muss darauf gefasst sein, auf Kollisionskurs zu kommen, was entsprechendes Reagieren erfordert. Das Überwachen von Radar und GPS tut ein Übriges.

### Die erstaunlichen Ergebnisse der Statistik

Die Hälfte aller Militärpiloten wird während der Ausbildung luftkrank. Auch die Astronauten sind nach amerikanischen und russischen Angaben zu 30 bis 60 Prozent von der Raumkrankheit betroffen. Diese Zahlen sind umso verwunderlicher, als es sich hier um bereits ausgewählte Personen handelt. Die Seekrankheit kann ebenfalls jede und jeden treffen, auch Seeleute, die schon lange zur See fahren.

# nec mergitur

Seekrankheit nicht wissen wollten



Auf einem hochgerüsteten und gut besetzten Kriegs- oder Handelsschiff wird das zu verkraften sein, auf Charterjachten mit einem Hobbyskipper und dessen Crew, kann deren möglicher Totalausfall rasch bedrohlich werden. Die Wahl des Skippers ist die alles entscheidende Frage eines Hochseetörns, die Crewmitglieder kann man sich bei einem Kojencharter in der Regel nicht aussuchen.

Wer schon den Beginn des Törns in der Hafenkneipe ausgiebig feiert, hat im Fall von rauem Wetter schlechte Karten, dafür ist es im Zielhafen früh genug. Vernünftige Ernährung und ausreichend Flüssigkeit sind auf See ein oft unerreichbares Ideal. Bei Wellengang ist Kochen meist nicht möglich und selbst wenn, wird sich niemand mit Appetit finden. Auch das Trinken ist so eine Sache. Zuviel auf einmal kann einen Retourgang auslösen und für viele kleine Schlucke fehlt oft die Zeit, schließlich ist man Deckshand und nicht blinder Passagier.

Darüber hinaus wird die an sich erstrebenswerte Harnproduktion bei einem Wellenbild problematisch, das jeden Toilettengang zum Canossagang werden lässt. Aber wie schon oben angedeutet, sind Ekel und Scham die Zivilisationserscheinungen, die am schnellsten überwunden sind. Es ist ein allgemein beobachtetes Phänomen, dass, wer am Steuer steht, weniger von der Seekrankheit befallen wird, das Fixieren des Horizonts tut ein Übriges. Allerdings gilt das vor allem für Törns im Mittelmeer, auf Langfahrt wird niemand lange hinter dem Ruder ausharren können. Unter Deck sind vor allem die Bugkabinen zu meiden, am Ruhigsten ist es in Mastnähe.

## Der Versuch einer Therapie

Insgesamt habe ich vier Törns gemacht, die jeweils zwei Wochen lang über offenes Meer geführt haben. Jedes Mal habe ich mich bei den Crewtreffen als Arzt vorgestellt und darauf hingewiesen, dass ich wirksame Mittel in ausreichender Menge gegen Seekrankheit zur

Verfügung habe. Der Hinweis auf die möglichen Nebenwirkungen hat jedoch genauso oft dazu geführt, dass meine MitseglerInnen dankend darauf verzichtet haben. Und so kam, was kommen musste. Da wir bei Starkwind lossegelten, war bereits nach wenigen Stunden ein Teil der Crew mit sich beschäftigt und fiel im Wachplan zumindest für die ersten Tage aus. Nicht seekrank zu werden ist daher das Interesse aller und nicht nur die Verantwortung einzelner.

Die medikamentöse Therapie der Kinetosen besteht im Wesentlichen darin, den Parasympathikus zu hemmen oder den Sympathikus zu stimulieren. Letzteres wurde im zweiten Weltkrieg praktiziert, als Amphetamin an die Soldaten ausgegeben wurde.

Heute gilt Scopolamin als Mittel der Wahl, das es als Pflaster, Tabletten oder Kaugummi gibt. Es ist wird von Kindern und alten Menschen schlecht vertragen und ist bei grünem Star kontraindiziert. Seine schwerste Nebenwirkung ist eine Erweiterung der Pupillen, die bei der hellen Sonne, die sich im Meer widerspiegelt, unangenehm bis gefährlich werden kann. Das ist nach einigen Stunden vorbei, während die Wirkung eines Scopolaminpflasters drei Tage anhält, also genau die Zeit, die normalerweise eine Seekrankheit dauert. Weitere Nebenwirkungen sind Müdigkeit und Mundtrockenheit, wie sie nach meiner Erfahrung bei unbehandelter Seekrankheit viel ausgeprägter auftreten. Wer sich am Vorabend des Auslaufens ein Pflaster hinter das Ohr klebt, ist anderntags auf der sicheren Seite.

Die vielen weiteren Medikamente gegen Reisekrankheit und Schwindel sind, soweit ich das beobachten konnte, wenig effektiv, vielleicht auch deswegen, weil sie meist zu spät und noch dazu unterdosiert eingenommen werden.

Dass Ingwer eine antiemetische Wirkung hat, hat sich in Studien gezeigt, dürfte allerdings nur für Schiffsköche von Bedeutung sein. Alle anderen Hilfsmittel, oft sichtbar um den Hals oder am Handgelenk getragen beweisen hingegen nur, dass der Aberglaube unter Seeleuten nicht auszurotten ist.



Der Turm von Belem- Endstation Sehnsucht unzähliger portugiesischer Seefahrer

# Streitbeilegung im Kassenvertragsrecht

## Teil 4: Die Landesberufungskommissionen und der Verfassungsgerichtshof

von Markus Lechner

**I**n jedem Bundesland ist eine Landesberufungskommission einzurichten. Diese sind zuständig, über Berufungen gegen Bescheide der Paritätischen Schiedskommissionen zu entscheiden.

Sie werden überdies dann zur Entscheidung zuständig, wenn die Paritätische Schiedskommission wegen Stimmgleichheit zu keinem Ergebnis gelangt und eine der am Verfahren beteiligten Parteien einen Antrag auf Übergang der Entscheidung an die zuständige Landesberufungskommission richtet. Dieser sogenannte Devolutionsantrag ist an keine Frist gebunden, wengleich die gesetzlichen Verjährungsfristen und die allgemeine Verpflichtung, Verfahren zügig zu führen, zu beachten sein werden.

Die Landesberufungskommissionen entscheiden wie die Paritätischen Schiedskommissionen mit Bescheid, der nur noch – binnen sechs Wochen - vor dem Verfassungsgerichtshof angefochten werden kann. Die Anrufung des Verwaltungsgerichtshofs ist ausgeschlossen. Dies bedeutet, dass ein Bescheid einer Landesberufungskommission nur mehr eingeschränkt, nämlich nicht mehr wegen jeder rechtlichen Unrichtigkeit angefochten werden kann, sondern nur noch wegen Rechtsverstößen, die derart gravierend sind, dass sie in die Verfassungssphäre einer Verfahrenspartei reichen.

Die Landesberufungskommissionen sind auf Dauer eingerichtet und bestehen gemäß § 345 Abs. 1 ASVG aus einem Richter als Vorsitzendem und vier Beisitzern.

Der Vorsitzende ist vom Bundesminister für Justiz zu bestellen. Die vier Beisitzer sind ebenfalls vom Bundesminister für Justiz zu bestellen, wobei dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer ein Vorschlagsrecht für je zwei Mitglieder zusteht.

Auch gegen die Zusammensetzung der Landesberufungskommissionen bestehen – zumindest wenn Gesamtverträge oder Honorarordnungen im Verfahren auszulegen sind - verfassungsrechtliche Bedenken:

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger kann nämlich zwei Beisitzer für die Landesberufungskommissionen vorschlagen. Gleichzeitig schließt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sämtliche Gesamtverträge mit Wirkung für den jeweiligen Sozialversicherungsträger (wenn auch nur mit dessen Zustimmung) ab.

Einer der vertragsschließenden Parteien wird daher das Recht eingeräumt, zwei Beisitzer der Landesberufungskommission zu bestimmen. Damit wird der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in die Lage versetzt, die richterliche Auslegung der selbst abgeschlossenen Gesamtverträge mitzubestimmen.

Dies widerspricht wohl dem fundamentalen Verfahrensgrundsatz „nemo iudex in re sua“ (Niemand kann in eigener Sache gleichzeitig Richter sein) und ist damit mit dem fair-trial-Prinzip des Artikel 6 Abs. 1 der Menschenrechtskonvention nicht in Einklang zu bringen.



Foto: Clemens Lechner

Mag. Markus Lechner

Der anderen vertragsschließenden Partei, regelmäßig der jeweiligen Länderärztekammer, kommt das Vorschlagsrecht für zwei Beisitzer hingegen nicht zu, sondern nur der Österreichischen Ärztekammer. Damit nicht genug: Der Vertragsarzt selbst kann keine Beisitzer für die Landesberufungskommissionen vorschlagen.

Der Verfassungsgerichtshof hat diese Bedenken freilich nicht geteilt; bedauerlicherweise hat auch der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in kürzlich ergangenen Entscheidungen dem Verfassungsgerichtshof folgend die derzeitige Zusammensetzung der Landesberufungskommission als menschenrechtskonform angesehen.

Mag. Markus Lechner, NÖ Ärzt\*in, Rechtsanwältin, 6911 Lochau, Althaus 10, Telefon: 05574/53788, Fax: 05574/53789, Handy: 0664/1534383, e-mail: [lechnermarkus@aon.at](mailto:lechnermarkus@aon.at), [www.rechtsanwalt-lechner.at](http://www.rechtsanwalt-lechner.at)

**Bezeichnung des Arzneimittels:** Cosaar 12,5 mg Filmtabletten, Cosaar 50 mg Filmtabletten, Cosaar 100 mg Filmtabletten, Cosaar plus 50 mg/12,5 mg Filmtabletten, Fortzaar 100 mg/25 mg Filmtabletten. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** **Cosaar – alle Formen:** Jede Cosaar 12,5 mg Tablette enthält 12,5 mg Losartan (als Kaliumsalz). Jede Cosaar 50 mg Tablette enthält 50 mg Losartan (als Kaliumsalz). Jede Cosaar 100 mg Tablette enthält 100 mg Losartan (als Kaliumsalz). Sonstige Bestandteile: Jede Cosaar 12,5 mg Tablette enthält 25,25 mg Lactose-Monohydrat. Jede Cosaar 50 mg Tablette enthält 25,5 mg Lactose-Monohydrat. Jede Cosaar 100 mg Tablette enthält 51,0 mg Lactose-Monohydrat. **Cosaar plus 50 mg/12,5 mg:** Jede Tablette enthält als Wirkstoffe 50 mg Losartan-Kalium und 12,5 mg Hydrochlorothiazid (HCT). Sonstige Bestandteile: Jede Tablette enthält 63,13 mg Lactose-Monohydrat. **Fortzaar 100 mg/25 mg:** Jede Tablette enthält als Wirkstoffe 100 mg Losartan-Kalium und 25 mg Hydrochlorothiazid (HCT). Sonstige Bestandteile: Jede Tablette enthält 126,26 mg Lactose-Monohydrat. **Liste der sonstigen Bestandteile:** **Alle Formen:** Mikrokristalline Cellulose (E460), Lactose-Monohydrat, vorverkleisterte Maisstärke, Magnesiumstearat (E572), Hypromellose (E463), Hypromellose (E464). **Cosaar 12,5 mg, 50 mg und 100 mg** enthalten Kalium in den folgenden Mengen: 1,06 mg (0,027 mEq), 4,24 mg (0,108 mEq) bzw. 8,48 mg (0,216 mEq). **Cosaar plus 50 mg/12,5 mg** enthält 4,24 mg (0,108 mEq) Kalium, **Fortzaar 100 mg/25 mg** enthält 8,48 mg (0,216 mEq) Kalium. **Cosaar 12,5 mg, 50 mg und 100 mg, Cosaar plus 50 mg/12,5 mg und Fortzaar 100 mg/25 mg** enthalten auch Carnaubawachs (E903) und Titandioxid (E 171). **Cosaar 12,5 mg** zusätzlich Indigokarmin-Aluminiumsalz (E 132), **Cosaar plus 50 mg/12,5 mg** und **Fortzaar 100 mg/25 mg** zusätzlich Chinolingelb-Aluminiumsalz (E104). **Anwendungsgebiete:** **Cosaar- alle Formen:** Behandlung der essenziellen Hypertonie bei Erwachsenen und bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 16 Jahren. Behandlung einer Nierenerkrankung bei Patienten mit Hypertonie und Typ-2-Diabetes mellitus mit einer Proteinurie  $\geq 0,5$  g/Tag als Teil einer antihypertensiven Behandlung. Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz (bei Patienten  $\geq 60$  Jahren), wenn die Behandlung mit einem ACE-Hemmer wegen Unverträglichkeit, insbesondere Husten, oder Gegenanzeige als nicht geeignet erachtet wird. Patienten mit Herzinsuffizienz, die mit einem ACE-Hemmer stabil eingestellt sind, sollten nicht auf Losartan umgestellt werden. Die Patienten sollen eine erniedrigte linksventrikuläre Ejektionsfraktion  $\leq 40$  % aufweisen sowie unter Herzinsuffizienztherapie klinisch stabil sein. Reduktion des Schlaganfallrisikos bei hypertonen Patienten mit EKG-dokumentierter linksventrikulärer Hypertrophie. **Cosaar plus 50 mg/25 mg und Fortzaar 100 mg/25 mg:** Zur Behandlung von essenziellem Bluthochdruck indiziert bei Patienten, bei denen der Bluthochdruck mit Losartan oder Hydrochlorothiazid alleine nicht ausreichend eingestellt werden kann. **Gegenanzeigen:** **Alle Formen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Zweites und drittes Trimenon der Schwangerschaft. Stillzeit. Schwere Einschränkung der Leberfunktion. **Cosaar plus 50 mg/25 mg und Fortzaar 100 mg/25 mg** zusätzlich: Überempfindlichkeit gegen Sulfonamid-Derivate (wie Hydrochlorothiazid). Therapieresistente Hypokaliämie oder Hyperkalziämie. Cholestase und obstruktive Erkrankungen der Gallenwege. Therapieresistente Hyponatriämie. Symptomatische Hyperurikämie/Gicht. Schwere Einschränkung der Nierenfunktion (Creatinin-Clearance  $<30$  ml/min). Anurie. **Inhaber der Zulassung:** Merck Sharp & Dohme GmbH, Donau-City-Straße 6, 1220 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** **Cosaar – alle Formen:** Angiotensin II-Rezeptor(Typ AT1)-Antagonist; ATC-Code: C09CA01. **Cosaar plus 50 mg/12,5 mg und Fortzaar 100 mg/25 mg:** Kombination aus einem Angiotensin II-Rezeptor(Typ AT1)-Antagonist und einem Thiazid-Diuretikum, Antihypertonikum. ATC-Code: C09DA01. **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**