

Präsidentenbrief

Geschätzte Kolleginnen! Geschätzte Kollegen!

Wie jedes Jahr traf sich das Führungsteam des Österreichischen Hausärzterverbandes Anfang November in Rust. Rund um die Generalversammlung des Verbandes nehmen wir uns Zeit zu resümieren, zu planen, Erfahrungen und Meinungen auszutauschen.

Geleitet von der nahen Weihnachtszeit will ich versuchen aus den entmutigenden Erfahrungen des zu Ende gehenden Jahres Wünsche zu formulieren.

Den wissenschaftlichen Veröffentlichungen über e-health und e-Medikation sollte die gleiche mediale Aufmerksamkeit geschenkt werden wie dem aggressiven Akzeptanzmanagement der Gesundheitsindustrie.

Im Juni und Oktober veröffentlichte „der Arzneimittelbrief“ die vernichtenden Ergebnisse internationaler Forschergruppen, die sich mit der Gesundheitselektronik, besonders mit e-Medikation befasst haben. Eine wesentliche Aussage dieser Arbeiten ist der Hinweis auf die wissenschaftliche Niveaulosigkeit von 62.000 Veröffentlichungen, mit denen Lobbying für e-health betrieben wird. E-health fehlt jegliche überzeugende Evidenz. Das gilt für die Wirtschaftlichkeit, für die Arbeitserleichterung der Anwender, für die Zunahme der Behandlungsqualität. E-Medikation behindert die Arbeit der Behandler und kann die Zahl unerwünschter Arzneimittelwirkungen nicht senken. Trotz alledem: Unbeirrt trommeln die Unbelehrbaren, von Stöger bis Bachinger ihre unhaltbaren Parolen weiter.

Die Sozialversicherungen sollten sich nicht dafür hergeben, den staatlichen Druck auf sozial schwache Mitbürger auszuüben.

„Die e-card ist asozial“ formulierte ich schon kurz nach deren Einführung und führte als anschauliches Beispiel meinen Patienten an, der während des Krankenhausaufenthaltes, den er bei malignem Geschehen mit künstlichem Darmausgang beendete, den Versicherungsschutz verlor. Er hatte in der Woche, die er stationär war, einen Termin beim Arbeitsamt versäumt. Mehr „Patientenempowerment“ soll die Gesundheitsreform angeblich bringen. Weitere Initiativen zur Ermutigung sind neben der sofortigen Meldung der Arbeitsunfähigkeit arbeitsuchender Patienten von der Krankenkasse an das Arbeitsamt, auch die „Gesundheitskasse SVA“, die den ersten kleinen aber entscheidenden Schritt weg von der solidarischen Krankenversicherung, hin zur schuldzuweisenden Sanktionierung tut. (wir berichten in diesem Hausarzt darüber). Eine demokratische Legitimation für die angewandte Geringschätzung sozial Geschwächter zu bekommen ist leicht, die Idee der Solidarität in einer zunehmend egoistischen Konsumgesellschaft zu stärken sollte Aufgabe von Gesundheits- und Sozialministerium sein.

Die Österreichische Ärztekammer sollte die Interessen ihrer Mitglieder nicht ihrem Harmoniebedürfnis mit den politischen Machthabern opfern.

Unzählige Male geht der in gültigen Gremienbeschlüssen formulierte Wille der Landesärztekammern auf dem Weg in die ÖÄK verloren. Unzählige Male führen Vorwegabsprachen über Kooperationen, deren detaillierte Rahmenbedingungen noch unbekannt sind („muss noch ausverhandelt werden“) jede Entscheidungsfindung der berufsausübenden Basis ad absurdum. Letztes und aktuelles Beispiel: Zusage zur Akzeptanz einer Gesundheitskasse schon im Juni 2010 am Heurigentisch. Was damals als absurde Idee abgetan wurde, flattert uns jetzt als Vertragsbestandteil ins Haus.



Dr. Christian Euler

Erstmals in der Geschichte der Medizin sind Reformkräfte bestrebt aus dem Risiko Krankheitsfall einen lukrativen Geschäftsfall zu machen. Die Bewirtschaftung der Krankheit durch Strategien, diagnosegebundene Fixbeträge durch tatsächlich aufgewendete Behandlungskosten zu unterbieten und die eingesparte Differenz Investoren als Rendite auszubehalten scheint den menschenfernen Machthabern ein guter Weg in die Zukunft zu sein.

Der österreichische Hausärzterverband wird auch 2012 nicht müde werden die Gefahren dieses Weges aufzuzeigen.

Ich danke allen, die unsere Arbeit registrieren und allen, die sie unterstützen. Das Weihnachtsfest möge uns alle bestärken, jeden auf die Art, für die er empfänglich ist. Auch im kommenden Jahr soll uns der Mut nicht verlassen gegen eine sich übermächtig fühlende ökonomisch orientierte, menschenferne Interessensgemeinschaft aufzutreten.

Kommen Sie gut im Jahr 2012 an und bleiben Sie gesund!

Dr. Christian Euler, E-Mail: ch.euler@a1business.at

SVA-Gesundheitskasse. Selbstgerecht und asozial auf neuen Wegen.

Als den VertragsärztInnen die erste Benachrichtigung zum Thema SVA-Gesundheitskasse zugeht, zeigte sich einige Tage später unsere Landesvertretung befremdet. So wäre das nicht abgesprochen, diese voreilige Veröffentlichung sei schlechter Stil....

Kurz darauf mussten wir erkennen, dass der Stil der Veröffentlichung vielleicht wenig rücksichtsvoll, der Inhalt aber sehr wohl ausverhandelt und von der Ärztekammer akzeptiert ist. Und zwar im Prinzip schon im Juni 2010 bei der historischen Blitzeinigung der Häuptlinge am Heurigentisch. Eineinhalb Jahre später soll, wie so oft, nur noch die Basis von ihrem Glück überzeugt werden. Der Kernpunkt der Gesundheitskasse sind die Gesundheitsziele, die der Arzt und der Patient zu vereinbaren haben. Blutdruck, Gewicht, Rauch- und Trinkgewohnheiten... erreicht der Patient sein Gesundheitsziel, wird er mit der Halbierung seines Selbstbehaltes belohnt. Hat sich ein Patient von seinen Gesundheitszielen erst gar nicht entfernt, wird auch er finanziell entlastet. Nach einiger Zeit zahlen de facto nur mehr jene den vollen Selbstbehalt, die ihre Gesundheitsziele nicht erreichen. Das nennt man üblicher Weise Malus. Wie wir aus zahlreichen Studien wissen, gehören Personen mit hohem Gesundheitsrisiko durch schädlichen Lebensstil in überproportionaler Weise den sozial schwachen Gruppen an. Armut macht krank. Die Gesundheitskasse macht noch kränker. Sie fügt der gesundheitlichen Belastung die finanzielle Belastung hinzu. Der dicke Herr Chef wird es nicht merken, wenn er statt zwanzig vierzig Euro zu bezahlen hat, der dicke „neue Selbstständige“ schon.

Ein eindeutiger Schritt von der solidarischen Krankenkasse zur schuldzuweisenden Gesundheitskasse. Auch die Vertragsärzte werden behutsam auf neue Wege geführt: weg vom Patienten, hin zur Kooperation mit einer kontroll- und sanktionswütigen Gesundheitsbürokratie.

Den VertragsärztInnen wird zugemutet, die Risikofälle zu selektieren, mit ihnen Gesundheitsziele zu vereinbaren und der Gesundheitsversicherung über den Erfolg der um Besserung bemühten zu berichten. Von Verschwiegenheit kann hier nicht mehr die Rede sein, Berichterstattung wird zur Norm.

Soll die gewerbliche Versicherung mit ihren Beitragszahlern doch machen was sie will, könnte man sagen, aber den menschenfernen Gesundheitsbürokraten wird dieses schlechte Beispiel als guter Weg für alle erscheinen. Die Wirtschaftskammerer an der Spitze des Hauptverbandes werden sich für diese Aburteilung der Hilfsbedürftigsten mit Sendungsbewusstsein verwenden.

Die automatisierte Verschärfung der Krankenstandskontrollen arbeitsuchender PatientInnen während der letzten Monate in Wien, vereinbart zwischen Gebietskasse und Arbeitsmarktservice, weisen in dieselbe Richtung. Wer sozial benachteiligten Randgruppen Unterstützung zu Teil werden lassen will, sollte bei Caritas oder Diakonie nachfragen. Ich erinnere an Mag. Martin Schenk, der uns im April 2010 bei der Veranstaltungsreihe „Sozialabbau durch Gesundheitsreform“ gesichertes Wissen und erprobte Strategien gegen soziale Ungerechtigkeit vorstellte. Auf das soziale Augenmaß des Staates und seiner Institutionen ist kein Verlass mehr.

Diesbezügliche Kompromissbereitschaft der ärztlichen Landesvertretung kann ich nur mit Ratlosigkeit und schmerzlich zur Kenntnis nehmen.

Es blieb einmal mehr dem österreichischen Hausärzterverband überlassen, ein unüberhörbares Veto zu deponieren. Über die Austria Presseagentur ließen wir am 2.12. verlauten:

„Das hinter allerlei Euphemie verborgene Malusystem der Gesundheitskasse SVA ist ein weiterer, kleiner aber entlarvender Schritt weg von der Behandlung kranker Menschen, hin zur Verwaltung von Krankheiten. Erstmals positioniert sich eine bisher soziale und solidarische Krankenversicherung in der Nähe von Selektion und Sanktion. Statt die Hausärzteschaft in ihrer Position als vom Patienten gewählte Begleiter durch die Krankheit zu stärken, mutet man ihnen die Vernachlässigung all jener zu, die ihr Gesundheitsziel nicht erreichen.“

Die Kommentare zu dieser Innovation sind erschreckend. Primitivreflexe scheinen die bestimmende Kraft der österreichischen Gesundheitsreform zu werden. Der Österreichische Hausärzterverband steht dem Gesundheitskassenmodell der SVA ablehnend gegenüber.“

Unsere Bedenken fanden prompt den Weg in die großen Tageszeitungen des Landes und blieben in ihrer Unmissverständlichkeit der einzige Widerspruch zu kritikloser Zustimmung. So erklärte ein Gesundheitsökonom es sei richtig endlich „Krankheit zu bestrafen“. In Österreich werde nämlich Krankheit belohnt, Beispiel: Invaliditätspension. Etwas differenzierter klangen positive Beurteilungen, die Unterstützungsprogramme für alle auf dem Weg zum Gesundheitsziel forderten. Mit solchen Details gab sich einer der Verhandler dieses unsere Zukunft belastenden Vertrags erst gar nicht ab. Im Pressereport der ÖÄK vom 1.12. wird Bundeskurienobmann Dr. Wawrowsky zur Frage des Erreichens der vereinbarten Gesundheitsziele zitiert: es werde nicht streng kontrolliert, es gelte die Unschuldsvermutung. Dem Bundeskurienobmann fehlt offensichtlich jeglicher Ernst.

Dies gilt für das Erkennen einer politischen Situation, für die Bereitschaft selbst ausgehandelte und unterschriebene Vereinbarungen einzuhalten und auch für die Ausübung seines Amtes als Stv. Obmann der Kurie niedergelassener Ärzte Niederösterreichs. Den Kammer Sitzungen bleibe er prinzipiell ferne, wenn der Kammerpräsident den Vorsitz führe, ließ Kollege W. in einer anderen Presseausendung verlauten, daher sei auch die Rücktrittsaufforderung dieses Gremiums an Präsident Dorner wegen seiner ELGA-Zustimmung in der Bundesgesundheitskommission uninteressant.

Der Österreichische Hausärzterverband sieht sich in zweifacher Hinsicht bestärkt. Auf eine selbstbewusste und verantwortungsvolle Interessensvertretung durch die Spitzenfunktionäre der Ärztekammer ist nicht zu hoffen. Fundierte Öffentlichkeitsarbeit, sich mit den richtigen Themen zur rechten Zeit zu Wort zu melden, ist standespolitisch zielführender. Wir werden uns in den kommenden Jahren von diesen Erfahrungen leiten lassen.

Dr. Christian Euler, E-Mail: ch.euler@a1business.at

Dum spiro, spero

Siegmond Freuds Welt, das kaiserliche Wien ist uns heute nicht mehr vorstellbar. Die Sexualtheorien des Vaters der Psychoanalyse halten viele für verkorkst, auch seine größte Leistung, die Entdeckung des Unbewussten, wird nicht von allen anerkannt.

Die Hauptstadt der österreichisch-ungarischen Monarchie blühte in den schillernden Farben der Dekadenz, doch im Schicksal der Kaiserhauses - der Thronfolger hatte Selbstmord begangen, die Kaiserin war ermordet worden, ließ sich das Ende des Reiches erahnen. Die Wienerinnen und Wiener widersetzten sich mit einer verzweifelten Fröhlichkeit, Wissenschaft und Kunst standen in hoher Blüte, das Leben war Operetten- und Walzerseligkeit.

Dass es unter dieser Oberfläche noch etwas anderes gab, lernte Dr. Freud an seinen Patienten, aber nicht nur an diesen. Auch seine Kollegen zeigten dieses „Wissen und doch nicht wissen wollen“. So wie die Patientinnen sich gegen ihre Wünsche und Träume wehrten und trotz aller Gegenwehr einem übermächtigen Gegner erlagen, so stellten sich die Kollegen Freuds blind und taub.

Im letzten Hof des Allgemeinen Krankenhauses stand (und steht noch immer) Josef des zweiten Narrenturm, vom Volk liebevoll „Gugelhupf“ genannt, eine Bezeichnung, die heute noch alle Psychiatrien tragen.

Die Psychiatrie war damals von Rokitanskys materialistischer Medizinauffassung geprägt und bestand in Hirnanatomie und -pathologie. An „seelische“ Ursachen von Krankheiten dachte niemand. Und wenn, mussten sie, wie Richard Freiherr von Krafft-Ebing in Österreich oder Havellock Ellis in England, harsche Kritik ertragen. Andererseits: wenn die naturwissenschaftlich orientierten Professoren mit ihrer Kunst nicht mehr weiter wussten, schickten sie ihre PatientInnen doch gerne zu Freud, waren von seinen Erfolgen angetan und glaubten ihm dennoch nicht.

Mit dem Erkennen der Ursachen der Hysterie war auch das Unbewusste Allgemeingut. Allerdings und fast ausschließlich als „Böses“, als Krankmacher, als Ursache psychosomatischer Erkrankungen und so weiter. Psychokrimis erfreuen sich bis heute großer Beliebtheit. Niemals oder nur ganz selten hört man sagen, dass das Unbewusste unser ganzes Leben lang tätig sei, als „Phantasie“ oder „Seele“. Letztere wird in Medizinerkreisen immer noch gerne geleugnet.

Daher gilt es, die Auswirkungen des Unbewussten auf den Körper einzudämmen, zu behandeln, statt diese Kräfte zu nützen und zur Heilung einzusetzen. Nur einige Heilverfahren beschäftigen sich damit, sie sind zumeist nicht hoch angesehen. Offenbar wird gerade



Dr. Peter Pözlbauer

da auf Freud am meisten vertraut, wo er am ehesten Urecht hat: dass es zur Heilung genüge, die krankmachenden Anteile des Unbewussten in das Bewusstsein zu heben.

„Wissen und doch nicht wissen wollen“ ist kein Grundstein, auf dem ärztliches Handeln baut. Nur das Wissen der PatientInnen zählt, auf die altbekannte Kraft des Hoffens wird getrost verzichtet. Und so lassen wir unsere PatientInnen in ihrer größten Not alleine.

Dr. Peter Pözlbauer, E-Mail: poezlpe@utanet.at

ELGA und die Angst vor dem ärztlichen Machtverlust

Unabhängiger Journalismus als Teil der freien Diskussion zur demokratischen Wahrheitsfindung klingt gut, ist aber sofort unglaubwürdig, wenn er sich in den Dienst einer Institution stellt.

Der Standard sieht in der Diskussion um ELGA nur die Angst vor dem ärztlichen Machtverlust und die Tatsache, dass Ärztekammerwahlen vor der Tür stehen.

Es gibt eine Gruppierung, den Österreichischen Hausärzterverband, der sich schon lange vor der Wahl differenziert mit Elga auseinandersetzt und kritische Stimmen wie die von Hans Zeger, Gudrun Piffl, Claudia Wild und Markus Kainz - um nur einige zu nennen - in die Diskussion einbezieht. Den mündigen Patienten, der ELGA befürwortet, weil er nichts zu befürchten hat, wird das nicht beeindrucken, zumal er ja die Opt-out-Möglichkeit zur Verfügung hat. Ministerialrat Auer und Hofrat Bachinger - wie deren Titel verrät,

hochrangige Beamte und Befürworter von ELGA, werden alles daran setzen, diese umzusetzen. Die Arzt-Patient-Beziehung wird durch einen Verwaltungsapparat ersetzt werden, der möglicherweise Unsummen spart, weil jede(r) einzelne nur das Nötigste bekommt, und davon jeweils das billigste. Der Patientenanwalt wird dann nicht mehr helfen können. Aber er selbst sowie viele andere werden längst die Segnungen der Zweiklassenmedizin genießen.

Dr. Peter Pözlbauer, E-Mail: poezlpe@utanet.at

Am 15. November fand im Radiokulturhaus Wien die zweite Veranstaltung der Reihe „Wem nützt das Hausarztsterben“ statt.



Dr. Wolfgang Geppert moderierte den Abend, und bat zum Thema „Der Hausarzt muss weg, koste es was es wolle“ drei Referenten um ihre Beiträge. So verschieden der Zugang zum Thema, so einhellig die Botschaft: die Hausärzteschaft ist von großem Wert.

Als Teil des Sozialkapitals des Einzelnen:

DI Prof. Ernst Gehmacher, Pionier der empirischen Sozialforschung in Österreich, präsentierte das Ergebnis einer eigens durchgeführten Erhebung unter 917 Österreichern ab dem 15. Lebensjahr:

- 90 Prozent der Österreicher über 66 Jahre geben an eine Hausärztin/einen Hausarzt zu haben, ein Drittel davon schon länger als 20 Jahre ein und dieselbe/denselben.
- Von den Befragten, die angaben keine Hausärztin/keinen Hausarzt zu haben, hätten 75 Prozent gerne eine solche Hausarztbindung.



Die Umfrage zeigt eindrucksvoll und detailliert die hohe Vertrauensstellung der Hausärzteschaft in der Bevölkerung, unter Berücksichtigung der Bundesländer, des Alters und der Bildung der Befragten.

Die komplette Studie finden Sie unter www.hausaerzteverband.at/Veranstaltungen.

Als tagtäglicher Leistungserbringer an vorderster Linie:



Dr. Dietmar Kleinbichler präsentierte Zahlen aus drei Landarztpraxen, die als eindrucksvoller Leistungsspiegel zu lesen sind. Im Beobachtungszeitraum von 1. 8. 2011 bis 31. 10 2011 wurden 6607 verschiedene Patientinnen und Patienten beraten, die 15065 Anliegen vorbrachten. Die größte Zahl war durch ihren Hausarzt ausreichend betreut, 2,9 Prozent wurden Fachärzten zugewiesen, in lediglich 0,6 Prozent der Fälle fand der Hausarzt eine Indikation zur stationären Behandlung. Die Beratungsergebnisse waren in allen drei Ordinationen, obwohl in verschiedenen Bundesländern angesiedelt weitgehend übereinstimmend.

Dr. Kleinbichler wies darauf hin, dass aus den zwanzig wichtigsten Beratungsergebnissen das Ausbildungsdefizit für Allgemeinmedizin deutlich abzulesen ist. Der Umgang mit diesen Gesundheitsproblemen wird im Krankenhausturnus nicht gelehrt.

Als Leiter dezentraler, wohnortnaher flächendeckender Gesundheitsteams:



Dr. Ernest Pichlbauer zeigte an Hand der auch von Österreich 1978 unterzeichneten Vereinbarung von Alma Ata über primary health care die Versäumnisse der österreichischen Gesundheitspolitik auf. Unser Gesundheitssystem entspricht keinem, der erwiesener Maßen erfolversprechenden Kriterien einer effektiven und menschenzentrierten medizinischen Grundversorgung. Während in nordeuropäischen Staaten Hausarztssysteme funktionieren und weiterentwickelt werden, entfernt sich die österreichische Gesundheitspolitik mehr und mehr von den vor mehr als 30 Jahren deklarierten Zielen und hält diese offensichtlich auch nicht mehr für erstrebenswert.



Es war ein in mehrfacher Hinsicht aufregender Abend. Kollegen, die ihre Aufregung über den ärztekritischen Referenten Pichlbauer nicht verbergen konnten, die berührend kompetenten Ausführungen des über achtzig jährigen Wissenschaftlers Prof. Gehmacher über den Wert hausärztlicher Betreuung alter Menschen, die offen gezeigte Begeisterung des Gesundheitsforschers Pichlbauer über die Arbeit Dr. Kleinbichlers, und nicht zuletzt die Emotionen Dr. Gepperts, der unsere Enttäuschung und Auflehnung gegen den gesundheitspolitischen somit gesellschaftspolitischen Weg der Reformabsichten zur Diskussion stellte.



Die überraschende Übersiedlung aus dem Radiokulturcafé in das Studio 3 wurde uns mit einem attraktiven Buffet schmackhaft gemacht, das den Ausklang des überaus gut besuchten Abends veredelte.

Kolleginnen und Kollegen, die sich dem Praxisnetzwerk Dietmar Kleinbichler anschließen wollen, werden begeistert angenommen. Nach persönlicher Einschulung ist ein Zeitaufwand für die wissenschaftliche Dokumentation pro Konsultation von 10 bis 30 Sekunden zu erwarten. Laut Dr. Pichlbauer ist diese Arbeit eine der vielversprechendsten standespolitischen Initiativen für die Interessen der Allgemeinmedizin. Kontakt: dietmar.kleinbichler@gmx.org

Wer frei von Schuld ist....

Im Narrenturm

Die meisten sind dagegen. Aber natürlich sind auch viele dafür. Und einige sind immer dann dafür, wenn sie dagegen sein sollten. Das zieht Spuren durch Österreichs Medienlandschaft.

„Österreichs Ärzte für und gegen Elga“

Mehr Spott und Hohn kann es eigentlich nicht geben. Und so drängte es viele ins Licht der Öffentlichkeit, um gegenzusteuern.

Geist und Seele

Es gibt sie noch, die edlen Seelen, die voll Herzengüte beteuern, dass sie nichts, aber schon gar nichts zu verbergen haben, und wenn es nötig ist sagen sie das auch vor laufender Kamera. Danach sehen die ÄrztInnen immer wie Maschinenstürmer aus, die sich hinter dem Datenschutz verschanzen wie ein Prüder hinter dem Feigenblatt.

ELGA könne, so fortschrittsgläubige Geister, nur Gutes tun, denn die gesammelten und auf Knopfdruck abrufbaren Daten eines Patienten seien doch nur zu dessen Nutzen. Tatsächlich werden die Jungen, Gesunden, Sportlichen und Erfolgreichen kaum Spuren in der Gesundheitsakte hinterlassen wohingegen die früh und chronisch Erkrankten, körperlich und geistig Behinderten und die

sozial Auffälligen rasch ein umfangreiches Dossier füllen werden. Die Entsolidarisierung der Gesellschaft zeichnet sich ab.

Fegfeuer und Hölle

Der erste Schritt zur Hölle wird gerade mit einem Versprechen gepflastert. Die SVA bietet denen, die abnehmen, ihren Blutdruck unter Kontrolle bekommen, nicht mehr rauchen und auch nicht mehr trinken, den Ablass des Selbstbehalts. Was die gesunden Versicherten dazu sagen, sagt die SVA nicht. Aber ihr Heurigenkumpan Dr. Wawrowsky hat bereits augenzwinkernd erkennen lassen, dass im Zweifelsfalle die Unschuldsvermutung gelte.

Das wird aber nicht möglich sein, denn wenn der Wille der Politik geschehe, ELGA einzuführen, wird sie bald für alle verpflichtend sein. Wenn diese Lethe einmal überschritten ist, müssen wir keinen Missbrauch mehr fürchten, sondern werden uns vor dem Gebrauch unserer Daten durch Versicherungsgesellschaften, Krankenkassen und Sozialämter nicht mehr wehren können.

Ab dann wird ausnahmslos die Schuldsvermutung gelten.

Dr. Peter Pözlbauer, E-Mail: poezlpe@utanet.at

ÖGAM-Wintertagung für Allgemeinmedizin

Termin: 14. bis 20. Jänner 2012

Ort: Hotel Rote Wand, Zug/Lech a.A.

Für das DFP-Programm wurden aus dem Fach Allgemeinmedizin 54 Punkte eingereicht.

Weitere Informationen unter: www.oegam.at

12. Consensus Meeting der AG für Herzinsuffizienz

Begleiterkrankungen in der Herzinsuffizienz: Was behandeln?

Termine: Samstag, 28. Jänner 2012, 9.00–13.00 Uhr

Ort: Hofstallung des Museums Quartiers Wien, 1070 Wien, Museumsplatz 1

Veranstaltungssekretariat: medCongress, Gabriele Rech, Tel.: 0680 213 61 91, Fax: 02289 430 99, Hochleitengasse 34/Top 1, 2221

Gr. Schweinbarth, E-mail: office@medcongress.at, www.medcongress.at

Anmeldung: Die Teilnahme ist kostenlos. Eine Anmeldung per E-Mail an office@medcongress.at ist unbedingt erforderlich.

Diplom-Fortbildungs-Programm: Diese Veranstaltung entspricht 5 DFP-Punkten der Österreichischen Ärztekammer.

Beitrittserklärung:

Ja, ich trete dem ÖHV bei:

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

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

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

ICH MÖCHTE AKTIV AN DER VEREINSGESTALTUNG MITWIRKEN

Bitte einsenden an den ÖHV, Dr. Paul Reitmayr,

2130 Mistelbach, Mitschastraße 18, Fax 02572/32381-13,

E-mail: dr.p.reitmayr@inode.at, Internet: www.hausaerzteverband.at



Name

Adresse

Telefon

e-Mail

Unterschrift

STAMPGLIE

Gerade rechtzeitig um den allgemeinen Beifall zur ELGA-Zustimmung durch Präsident Dorner in der Bundesgesundheitskommission zu stören hielt der Wiener Hausärzterverband eine Pressekonferenz ab, die noch am selben Abend als Spitzenmeldung ihren Weg auf die meistbesuchte Informationsplattform des Landes orf.at fand.

Durch die Wortmeldungen der Mandatare des Wiener Hausärzterverbandes Dres Werner, Raunig und Balduin fühlte sich die niedergelassene Kollegenschaft vertreten, durch Dorners Zustimmung verraten.

ELGA: Teure Daten – medizinisch wertlos

(Was PatientInnen und ÄrztInnen wirklich brauchen)

Während die Bundesgesundheitskommission den einstimmigen Beschluss zum Ausbau der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) feiert, formieren sich die HausärztInnen zu einer geschlossenen Front gegen ELGA. Die digitale Datensammlung ist medizinisch wertlos und behindert die ärztliche Versorgung der Bevölkerung.

In der Öffentlichkeit wird versucht, das Thema auf ein Datenschutz-Problem zu reduzieren, das einfach durch entsprechende Software und Gesetze zu bereinigen wäre. - Dem ist nicht so.

Es gibt seit Jahren ein gut funktionierendes System „MedicalNet“, über das der/die behandelnde Arzt/Ärztin aktuelle Befunde eines Patienten/einer Patientin schnell abrufen kann. Dieses System ist eine so genannte „gerichtete Datenübertragung“. Die Daten können ausschließlich vom behandelnden Arzt mittels eines einmaligen Codes abgerufen werden. Im Gegensatz dazu ist das System ELGA eine „ungerichtete Datenübertragung“. Das heißt: Eine Vielzahl von Personen hat Zugriff auf die Daten. Das ist ein Thema des Datenschutzes.

Nach Ansicht der Hausärzte/innen kann man sich an drei Fingern ausrechnen, dass vor allem Risikogruppen wie HIV-Infizierte, Drogenabhängige, aber auch chronisch Kranke, die auf Jobsuche sind, Versicherungen abschließen wollen oder um Kredite ansuchen, die Einsicht in ihre relevanten Befunde untersagen werden.

„Machen wir uns nichts vor“, bringt es Dr. Werner, der Präsident des ÖHV Wien auf den Punkt, „ein Patientenakt ist ein Akt über den Patienten und nicht von dem Patienten.“

Speziell die Medikamenteneinnahme ist nach den Erfahrungen der Hausärzte/Innen ein heikles Thema. Auch wenn in den Befunden eine genaue Auflistung der verordneten Medikamente steht, heißt das noch lange nicht, dass sie auch eingenommen werden. Auf Nachfragen von Hausärzten/innen gestehen viele PatientInnen, dass sie es mit der Einnahme nicht so genau nehmen und oft verordnete Medikamente gar nicht einnehmen, weil sie sich z. B. vor möglichen Nebenwirkungen laut Beipacktext fürchten.

Das Märchen von den Doppelbefundungen

Immer wieder wird von ELGA-Befürwortern argumentiert, dass sich mit diesem System eine Unzahl von Doppelbefundungen verhindern und damit erhebliche Kosten im Gesundheitswesen einsparen lassen. Die einzige aktuelle Studie derzeit zu diesem

Thema stammt von der Fachgruppe Radiologie. Das Ergebnis: 90 Prozent der verdächtigen Untersuchungen waren notwendige Kontrolluntersuchungen. Der Anteil „echter“ Doppelbefunde war unterm Strich mit einem Prozent marginal.

Wie funktioniert ELGA in der Praxis?

Die stereotyp verheißenen Wunderwirkungen von ELGA klingen gut: Auf Knopfdruck hat jede/r Arzt/Ärztin alle Befunde, verordnete Medikamente und Therapien eines Patienten/einer Patientin auf dem Tisch, kann sich und den Patienten/der Patientin damit einige Untersuchungen ersparen und braucht nur mehr die optimale Behandlung durchführen. Und niemand sonst erfährt davon, wenn es der Patient/die Patientin nicht will.

Die Praxis sieht freilich anders aus. ELGA wird den PatientInnen Behandlungszeit stehlen. Selbst wenn die Abfrage von Befunden über ELGA nur eine Minute in Anspruch nimmt, bedeutet das in einer Praxis eines/r Allgemeinmediziners/in bei durchschnittlich 100 PatientInnen pro Tag einen Mehraufwand von 11/2 bis 2 Stunden, der zwangsweise zu Lasten der Zeit für PatientInnen aufgeht.

Völlige Unklarheit herrscht auch, was die Kosten für das ELGA-System betrifft. Befürworter sprechen von 150 bis 300 Mio. Euro. Die Ärztekammer schätzte kürzlich 400 Mio. Euro. Andere Schätzungen belaufen sich auf bis zu vier Mrd. Euro. In Deutschland wurde das ELGA-Projekt abgeblasen, weil es mehr als 14 Mrd. Euro verschlungen hätte. Vergleicht man diese Summen mit den „lächerlichen“ sieben Millionen, die im AKH eingespart werden sollen und deswegen Ärzte/ÄrztInnen wie PatientInnen auf die Barrikaden steigen lässt, ist es offensichtlich, dass das Geld wesentlich sinnvoller zum Wohle der Patienten und Ärzte/Ärztinnen eingesetzt werden kann.

Es rumort in der Ärzteschaft

Erst am Mittwoch, dem 1. 12. 2011 hat die NÖ Ärztekammer den Präsidenten der Österreichischen (und auch Wiener) Ärztekammer, Dr. Walter Dorner, zum Rücktritt aufgefordert, weil er in der Bundesgesundheitskommission grundsätzlich für das Projekt ELGA stimmte.

Die Position des Hausärzterverbandes ist ein „Nein“ zu ELGA, aber ein „Ja“ zu Gesprächen über Alternativen.

Vorstand der NÖ Ärztekammer lehnt ELGA vehement ab

Sollte ELGA, wie derzeit geplant, zum Einsatz kommen, wird sich die NÖ Ärzteschaft entschieden dagegen wehren

Der Vorstand der NÖ Ärztekammer hat im November einstimmig die vehemente Ablehnung der elektronischen Gesundheitsakte ELGA beschlossen. Ich sehe damit meine persönliche Haltung gegenüber der elektronischen Gesundheitsakte ELGA bestätigt: Die Zeit ist noch nicht reif für ELGA. Kommt ELGA, wie derzeit geplant, zum Einsatz wird sich die NÖ Ärzteschaft entschieden dagegen wehren. Aus meiner Sicht völlig ungeklärt ist beispielsweise die Frage der Administration unabhängig von der Kostenfrage: Wer wird die Daten in ELGA verwalten? Wer hat das Know-how und wird entscheiden, was wann unsichtbar geschaltet wird? Werden irrelevante Daten gelöscht? Wer übernimmt dafür die Verantwortung und wer tut es?

Ungeklärt ist auch, wer die enormen durch ELGA entstehenden Verwaltungskosten in den Ordinationen der Ärztinnen und Ärzte übernehmen wird. Sollten Kosten irgendwelcher Art in den Ordinationen entstehen, müssen diese jedenfalls zur Gänze abgegolten werden. Aber unabhängig davon: Der Vorstand der NÖ Ärztekammer kann derzeit auch noch keinerlei vernünftige Kosten-Nutzen-Rechnung für das Gesundheitssystem erkennen.

Es darf keinen Zwang geben, ELGA verwenden zu müssen

Problematisch ist der Datenschutz: Kein Mensch kann plausibel erklären, wie persönliche Daten in einem System mit 100.000 Zugriffsberechtigten geschützt werden sollen. Ein weiteres Problem ist der „technische“ Datenschutz: Wenn das österreichische ELGA-System so sicher ist, wieso wird es dann nicht vom Pentagon verwendet? Mir ist kein System bekannt, welches einen 100-prozentigen Hackerschutz bietet.

Freiwilligkeit sowohl für Ärztinnen und Ärzte, aber auch für Patientinnen und Patienten ist für mich ein absolutes Grundrecht: Wir sind grundsätzlich gegen einen Zwang, ELGA verwenden zu müssen. Wenn sich ELGA als brauchbar herausstellt, wird sie auch verwendet werden. Das ist der beste Indikator für Qualität. Offen ist auch die Frage, warum Ärztinnen und Ärzte verpflichtet werden sollen, Daten zu liefern, auch wenn der Patient sich gegen ELGA entschieden hat.

Anpassung der Personalressourcen dringend notwendig

Solange die elektronische Kommunikation an der Basis noch nicht gut läuft, macht die bundesweite Vernetzung keinerlei Sinn. Derzeit funktioniert die Kommunikation im Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Niederösterreich flächendeckend. Im stationären Bereich gibt es hingegen Probleme. Unterschiedliche Systeme sind mit dafür verantwortlich, dass das Datenmanagement etwa bei Entlassungen nicht funktioniert.

In vielen Krankenhäusern ist es technisch noch nicht einmal möglich, Dokumente hausintern von einer Abteilung an andere Abteilungen zu schicken. Auch die Personalsituation trägt ihren Teil dazu bei. Unsere Spitalsärztinnen und -ärzte sind derartig überlastet, dass Entlassungsbriefe teilweise erst Wochen nach der Entlassung fertig gestellt werden können. Solange daher niemand an die dringend notwendige Anpassung der Personalressourcen denkt, brauchen wir kein aufgeblähtes EDV-Projekt zur Sammlung veralteter Daten.



Foto: Tschank - Wiener Neustadt

Dr. Christoph Reisner

Bereits vorhandene Strukturen optimieren, dann über Ergänzungen wie ELGA nachdenken

Wenn die verlässliche, elektronische Zusendung der Befunde und Arztbriefe unmittelbar nach Entlassung an die Hausärztinnen und Hausärzte eines Tages einmal funktionieren sollte, kann man aus meiner Sicht darüber nachdenken, ob und wie man ein Projekt wie ELGA zweckmäßig einsetzen könnte. Das Pilotprojekt e-Medikation läuft derzeit noch, hier sollte die Evaluierung abgewartet werden.

Ich bekräftige die Meinung des Kammervorstands, der die Umsetzung der ELGA in der geplanten Form für inakzeptabel hält und daher ablehnt: Wir sollten erst die Hausaufgaben machen und die bereits bestehenden Strukturen im Sinne unserer Patientinnen und Patienten viel besser nutzen. Danach kann man sich überlegen, ob man mit Hilfe moderner Informationstechnologie weitere Verbesserungen erreichen kann.

Dr. Christoph Reisner
Präsident der NÖ Ärztekammer
www.wahlarzt.at
facebook.com/christoph.reisner

Sackgasse Honorarverhandlungen

Warum die derzeitige Verhandlungstaktik der Vertreter der Kurie der niedergelassenen Ärzte in Niederösterreich zum Ärztesterben im Kassenbereich beitragen wird

Die Honorarverhandlungen sind gelaufen, die so genannte „Urbefragung“ dazu, eigentlich rechtlich ohne Bedeutung, ist abgeschlossen. Seltsam, dass gerade bei einer Verhandlung unmittelbar vor der Kammerwahl eine Honoraranpassung exakt in Höhe der Inflationsrate zustande kam. Auch die zeitliche Abfolge ist ungewöhnlich: Zuerst gibt es eine Klausur der Kurienführung mit der NÖGKK, über die Stillschweigen vereinbart wurde. Bei der man aber die 1,9 Prozent schon ausverhandelt hatte. Danach wurde vom Verhandlungsteam vollmundig das bereits vereinbarte Endergebnis gefordert. Nun wird das als großer Wurf verkauft. Diese Reihenfolge zeigt die Absurdität des Verhandlungsverlaufs. Wie zu erwarten war, ist heuer damit auch nicht der richtige Zeitpunkt um Kassenverträge zu kündigen.



Ein ganz anderes Stimmungsbild 2009: Damals waren bei einer Befragung durch die Kammerkoalition 80 Prozent gegen den ausverhandelten Honorarabschluss mit der Gebietskrankenkasse.



Die Entwicklung der vergangenen fünf Jahre lässt uns düster in die Zukunft blicken.

Dazu hätte es jedoch keiner Befragung bedurft. Das Ergebnis spricht Bände: 80 Prozent der Kassenärztinnen und Kassenärzte sind heuer mit dem Ergebnis zufrieden. In den vergangenen vier Jahren jedoch wurden die Kassenärztinnen und -ärzte trotz großer Ankündigung durch die Kurie nicht nach ihrer Meinung gefragt. Wir haben 2009 als Kammerkoalition alle Kassenärztinnen und -ärzte befragt. Damals waren 80 Prozent dafür, den Ausgang der Kassenverhandlungen nicht zu akzeptieren. Warum wohl?

Um diese Frage beantworten zu können, muss man einen Blick auf die Entwicklung verschiedener Vergleichskennzahlen über die vergangenen fünf Jahre werfen. Die Entwicklung der Kassenhonorare von 2006 bis 2010 liegt bei plus 7,9 Prozent. Ein Wert, der sich verglichen mit dem Verbraucherpreisindex (= Inflationsrate) von plus 9,6 Prozent gar nicht so ganz schlecht liest. Er liegt zwar darunter, aber nur um 1,7 Prozentpunkte.

Grafik

Doch leider ist dieser Verbraucherpreisindex nur für Privathaushalte aussagekräftig. Für die Kostenstruktur unserer Ordinationen gelten andere Voraussetzungen, wie jeder von Ihnen sicherlich spürt. Für das Jahr 2008 hat eine Gruppe von Ärztesteuerberatern errechnet, dass der Kostenindex (Ärztepreisindex) in Ordinationen um 0,9 Prozentpunkte über der Inflationsrate liegt. Für weitere Jahre wurde dieser Index leider nicht errechnet. Der Schluss liegt jedoch sehr Nahe, dass dieser „Aufschlag“ in allen Jahren ähnlich ist.

Berechnet man dies nun für die vergangenen fünf Jahre, kommt man zu einer Kostensteigerung in Ordinationen von rund 14,6 Prozent, die somit durch die Tarifierhöhung von knapp der Hälfte nur teilweise ausgeglichen werden konnten. Somit stagnieren die Einkommen, was unter Einberechnung der Inflationsrate zu einem massiven Kaufkraftverlust im Privatbereich führt. Nebenbei bemerkt: Diese Ärztesteuerberater haben auch errechnet, dass der Wert der ärztlichen Leistung im Kassenbereich in den vergangenen zehn Jahren um 25 Prozent gesunken ist!

Das Erstaunliche dabei ist, dass die Beitragseinnahmen der GKK im Vergleichszeitraum um 24,2 Prozent gestiegen sind! Das liegt nicht an Beitragserhöhungen, sondern daran dass die Lohnsumme im Vergleichszeitraum gewachsen ist. Das wiederum liegt zum wohl kleineren Teil an einer höheren Anzahl an Arbeitnehmern aber zum größeren Teil sicher an Lohnerhöhungen und Tarifierhöhungen. Somit ist dieser Prozentsatz aus meiner Sicht auch eine eindeutige Kennzahl für das Wachstum der Wirtschaftskraft.

Ich verlange ja keinesfalls, dass dieser Betrag zur Gänze an die Ärzteschaft weitergegeben wird. Aber wenn im Rahmen einer gleichberechtigten Partnerschaft gut gearbeitet wird teilt man den Mehrertrag (oder Minderertrag) sowohl in guten wie in schlechten Zeiten. Das würde für mich bedeuten, dass man den Tarifierhöhungsfaktor aus einem Mittelwert zwischen Beitragserhöhungen und Inflationsrate errechnen sollte. Diesen bräuchte man dann nicht jedes Jahr in langwierigen Verhandlungen errechnen, sondern könnte sich auf beiden Seiten darauf einstellen.

Für die letzten fünf Jahre würde dies einer Tarifierhöhung von knapp über 15 Prozent entsprechen. Damit wäre das Finanzvolumen fair und leistungsgerecht aufgeteilt und

die Inflation in Arztpraxen (ebenfalls knapp 15 Prozent) könnte ausgeglichen werden. In Branchen, in denen die Sozialpartnerschaft offenbar noch funktioniert, hat man ein viel besseres Gespür für Zahlen und Fairness. Wie haben die Metaller in den vergangenen fünf Jahren abgeschlossen? Erraten: In Summe mit knapp 15 Prozent! In „arbeitnehmerlastigen“ Branchen ist man sich der Wirtschaftslage und der Bedürfnisse der Menschen offenbar besser bewusst. Was manche offenbar vergessen: Auch Freiberufler sind Menschen, die ihre Familien ernähren müssen.

Wenn in dieser Angelegenheit nicht umgedacht wird und die Kurie der niedergelassenen Ärzte weiterhin Abschlüsse dieser Art akzeptiert, macht sie sich mitschuldig am zukünftigen Aussterben der Kassenärzte, dessen Beginn bei AllgemeinmedizinerInnen in ländlichen Regionen bereits eingesetzt hat! Bei dieser Tarifentwicklung ist es nur eine Frage der Zeit bis wir keine Ärztinnen und Ärzte mehr finden, die für diese Preise (das Wort Honorare ist längst nicht mehr passend) willens und überhaupt in der Lage sind zu arbeiten.

Dr. Christoph Reisner, Präsident der NÖ Ärztekammer
www.wahlarzt.at, facebook.com/christoph.reisner

Erleuchtung im Ruhestand

Manche Politiker und Kassenbosse mausern sich nach ihrer aktiven Zeit zu Ratgebern der besonderen Art. In Pension befindlich, wissen sie plötzlich, wie man es richtig macht. Fragt sich nur, warum sie gegen die zahlreichen Fehlentwicklungen nicht schon während ihrer Amtszeiten aufgetreten sind?

Wer annimmt, ehemalige Finanzminister Österreichs leben angesichts des von ihnen angehäuften Schuldenberges, von Selbstvorwürfen gepeinig, in totaler Zurückgezogenheit, der irrt sich gewaltig. Ganz im Gegenteil! Sie schieben ihre Verantwortung für das Schuldenmachen während ihrer Amtszeit schamlos beiseite und treten entweder als sogenannte „Wutbürger“ oder gar als weise Finanzexperten auf. So drängt etwa der Volksbegehrensiniciator Hannes Androsch (Amtszeit als Finanzminister von 1970 bis 1981) permanent in die Öffentlichkeit, um uns in der Person eines alternden Industriellen Ratschläge zu erteilen. In Bildungsfragen präsentiert er sich als Meinungsbildner ersten Ranges und fordert Reformen, die allesamt neue, zusätzliche Schulden verursachen würden.

Besonders originell finde ich seinen Ruf nach einem flächendeckenden Angebot von Krabbelstuben. Dort könne den jungen Staatsbürgern mit ihrer Pro-Kopf-Verschuldung von Euro 28.887,- vom Grunde auf beigebracht werden, wie ein Leben ohne Kreditaufnahme zu meistern sei. Hätte der Industrielle Androsch überhaupt eine Berechtigung, der jetzt von einer Finanzkatastrophe in die andere taumelnden Politikergeneration gute Tipps zu geben, dann nur in Sachen intelligenten Schuldenabbaus. Besser wäre es, Androsch ginge zu den Stammwählern seiner Partei nach Floridsdorf, um sie auf die kommenden Unannehmlichkeiten vorzubereiten.

Auf Einschnitte, die kommen müssen wie das Amen im Gebet. Nur die Oberschicht zu rupfen, wird nicht genügen. Auf einen gnadenlosen Verteilungskampf, der uns deshalb blüht, weil wir in den besten Jahren nicht Schulden abgebaut, sondern neue, zusätzliche angehäuft haben. Nicht die bösen Reichen sind es, die unser Land in diese miese Finanzlage manövriert haben, sondern die nach Augenblickserfolgen heischenden Schuldenmacher im Bund, in den Ländern und den Gemeinden. Das gilt für Politiker aller Parlamentsparteien. So hat auch die schwarze Reichshälfte einen ehemaligen Finanzminister vorzuweisen, der mit seinen Weisheiten nicht hinter dem Berg hält: Wilhelm Molterer (oberster Säckelwart von 2007 bis 2009) gibt Ratschläge in Sachen Budget-Disziplin. In einem Gastkommentar stellt er fest, dass der Abbau der horrenden Staatsschulden unabdingbar sei. Molterer in der Zeitung „Die Presse“ wörtlich: „Je früher ein Land den Abbau der Staatsschulden bewältigt, desto besser wird es im Wettbewerb bestehen.“ Warum er nicht selbst damit schon 2007 begonnen hat, das erklärt er den Presse-Lesern nicht. Das Jahr 2008 lag voll in seiner Verantwortung und weist eine öffentliche Neuverschuldung von 15,4 Milliarden Euro auf. Wer als Finanzminister dafür die Zustimmung gegeben hat, der sollte jetzt besser auf Tauchstation gehen.

Franz Bittner weiß wo die Musik spielt

Auch Krankenkassenbosse fungieren nach Ausscheiden aus der aktiven Laufbahn als Ratgeber. So zeichnet der ehemalige Obmann der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK), Franz Bittner, in der Medical Tribune die zahlenmäßige Entwicklung von Kassen- und Spitalsärzten nach. Dabei legt er die Bevölkerungsentwicklung Österreichs der letzten 40 Jahre zugrunde. Während die Einwohnerzahl in diesem Zeitraum um 12,5 Prozent zunahm, stieg die Zahl der VertragsärztInnen um 30 Prozent an. Die weitere Differenzierung



Dr. Wolfgang Geppert

liefert eine Erklärung dafür, warum in der Österreichischen Allgemeinmedizin schon rein zahlenmäßig de facto ein Stillstand eingetreten ist. Währenddessen die Fachkollegen mit Kassenvertrag von 1970 bis 2010 eine Stärkung von 59 Prozent erleben konnten, blieb die Steigerung der AllgemeinmedizinerInnen mit 14 Prozent im Bereich der Bevölkerungsentwicklung.

Doch Franz Bittner weist in seinem Medical-Tribune-Kommentar allen voran auf das künstliche Aufblähen des Krankenhausbereiches hin. Daher gehen seine Ausführungen weiter: Die Anzahl der im Spital tätigen ÄrztInnen erfuhr im genannten Zeitraum eine Steigerung um 276 Prozent. Derzeit stehen den Österreicherinnen und Österreichern insgesamt knapp 7.000 VertragsärztInnen zur Verfügung, während in den Spitälern genau dreimal so viele Ärztinnen und Ärzte (exakt 21.752) ihre Hilfe anbieten. Seine Schlussfolgerung aus dieser über Jahrzehnte hinweg beabsichtigten Fehlentwicklung lautet: „Klar ist auch, wo die Musik spielt, natürlich in den Spitälern.“

Franz Bittner sehnt eine Korrektur dieser Fehlentwicklung herbei. Der Gesundheitsminister sollte mit mehr Kompetenz ausgestattet werden, um eine bessere Steuerung durchführen zu können. Die Länder hätten Kompetenz an den Bund abzugeben und so weiter! Fragt sich nur, wie sich der gelernte Lithograph und spätere Vorsitzende der Gewerkschaft Druck, Journalismus und Papier, in seiner 12 Jahre andauernden Amtszeit als WGKK-Obmann verhalten hat. Erst im Juni 2009 wechselte er in die Privatwirtschaft. Mir ist kein Statement aus den 12 Jahren seines Wirkens bekannt, in dem Franz Bittner öffentlich gegen das unnütze Aufblähen der Krankenhausstrukturen oder gegen die ungehemmte Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen aufgetreten wäre. Als Beobachter von niederösterreichischen Gefilden aus habe ich eher den Eindruck gewonnen der Gebietskrankenkassenobmann war froh darüber, möglichst viele ambulante Leistungen in den Wiener Spitalsambulanzen erbracht zu sehen. Weit weg von den VertragsärztInnen! Damit war das Weiterleben seines Schrebergartens gerettet. Anders ausgedrückt: Während seines Wirkens konnte dem Kassenfunktionär das Explodieren der Anzahl von Spitalsärzten nur Recht sein. Durch ein Überangebot an angestellten Kolleginnen und Kollegen war es möglich, die Kapazität und Leistungspalette der Spitalsambulanzen beliebig zu erweitern. Damit war der Druck weg, Derartiges in Kassenpraxen stattfinden zu lassen.

Blick in die Zukunft

Mit September 2011 ist der Generaldirektor der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK), Konrad Köck, in Pension gegangen. Vielleicht liefert auch er in Zukunft Gastkommentare für Zeitungen und Zeitschriften. Gespannt können wir darauf warten, was der ehemalige NÖGKK-Generaldirektor über den jetzt auch in Niederösterreich einsetzenden Hausärztemangel zu sagen hat. Wird er nachträglich zur Erkenntnis kommen, dass die Streichung von Kassenplanstellen für Allgemeinmedizin, wie von Kammer und

Kasse beschlossen, keine gute Entscheidung war? Wird er sich an die Lenkungsstellen erinnern, in denen ich viele Sitzungen hindurch versucht habe, Maßnahmen zur Stärkung der Kassenmedizin im Allgemeinen und die der hausärztlichen Strukturen im Besonderen in den Strukturplan 2015 einfließen zu lassen? Leider eine vergebliche Liebesmüh! Land und Kasse waren nicht bereit, die Stellung der Kassenmedizin deutlich aufzuwerten.

Neugierig bin ich auch auf die Zeit nach Ausscheiden des NÖ Finanzlandesrates Mag. Sobotka. Welche Tipps wird er uns geben, wenn er nicht mehr Letztverantwortlicher für die Finanzen des Bundeslandes um Wien ist? Beim Thema Ausbau von Landeskliniken und einer damit verbundenen Rekordverschuldung hat keiner so viel Erfahrung wie er. Unter seiner Ägide wurde mit dem Bau jeder Menge neuer Spitalsgebäude begonnen. Musste die Bautätigkeit angesichts der Schuldenkrise reduziert oder gar beendet werden? Aus heutiger Sicht ist diese Möglichkeit gegeben, denn Niederösterreich hat es aufgrund seiner Bauwut in Sachen Landeskliniken geschafft, neuer Schuldenkaiser unter den neun Bundesländern zu werden! Kärnten wurde auf den zweiten Platz verwiesen. Mit einer Pro-Kopf-Verschuldung von Euro 4.806,- und einem Gesamtschuldenstand von 3,962 Milliarden ist es Mag. Sobotka gelungen, Niederösterreich an die Spitze zu bringen. Beim Ranking dieser Art geriet das „Pleiteland“ Kärnten ins Hintertreffen. Mit öffentlichen Schulden von 1,424 Milliarden und einer Pro-Kopf-Quote von „nur“ Euro 3.835,- war es vorbei mit dem Spitzenplatz. Die Zukunft wird zeigen, welche Entbehrenungen Niederösterreich für die zweifelhafte Ehre, Schuldenkaiser zu sein, in Kauf zu nehmen hat. Vielleicht gibt uns auch Mag. Sobotka als Polit-Pensionist Anweisung, wie Schuldenabbau zu bewerkstelligen oder wie aufgeblähte Spitalsambulanzen zu verkleinern seien.

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

Limitierungen in Gesamtverträgen (leider) nicht sittenwidrig

Der Hausärzterverband verfolgt seit Jahren die Strategie, Ungereimtheiten insbesondere im System des Kassenvertragsrechts nicht nur zu standespolitisch aufzuzeigen und zu bekämpfen, sondern auch alle rechtlichen Schritte auszuschöpfen, um unverständliche, unliebsame oder ungerechte Bestimmungen zu Fall zu bringen.

Zwischen Dr. Wolfgang Gasser, altgedienter Funktionär und ehemaliger Vorsitzender des NÖ Hausärzterverbandes, und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter war strittig, ob die bei den Positionen TA und J1 des Gesamtvertrages vorgesehenen Limitierungen der Honorierung mit einem bestimmten Prozentsatz der Behandlungsfälle pro Quartal bzw. der Behandlungsfälle pro Jahr zulässig oder ob sie sittenwidrig und daher nichtig sind, wie dies Dr. Gasser meinte.

Sowohl vor den ASVG-Schiedsinstanzen (Paritätische Schiedskommission für NÖ und Landesberufungskommission für NÖ) bekam Dr. Gasser nicht Recht, und letztlich auch nicht vom Verfassungsgerichtshof, der in seiner Entscheidung B 254/2010 vom 24. 2. 2011 Limitierungsbestimmungen (und damit auch ähnliche Mechanismen der Honorarstaffelung und Honorardegression etc.) im Allgemeinen für zulässig erklärte. Dies mit nachstehender Begründung:

„Bei der Position TA handelt es sich unter Bezugnahme auf die Honorarordnung um die „ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache in der Dauer von 15 Minuten“. Bei der Position J1 handelt es sich um die „ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt“. Bei beiden Leistungen handelt es sich also für sich genommen weder um spezifisch diagnostische noch um spezifisch kurative Leistungen, sondern um fallweise anfallende ärztliche Nebenleistungen, die bei bestimmten Therapien oder auf Grund bestimmter, insbesondere multipler Krankheitsbilder medizinisch nützlich oder aber auch erforderlich sind.

Es obliegt dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit den Trägern der Krankenversicherung den Behandlungsanspruch der Versicherten aus der gesetzlichen Krankenversicherung hinsichtlich der erforderlichen Krankenbehandlung im Sinne des §342 iVm §133 ASVG durch den Abschluss von Gesamtverträgen mit den Ärzte- und Zahnärztekammern sicherzustellen. Auf der Grundlage dieser Gesamtverträge und der in ihnen enthaltenen Honorarordnungen obliegt es sodann den Krankenversicherungsträgern im Einvernehmen mit der jeweiligen Ärztekammer Einzelverträge mit niedergelassenen Ärzten (oder Gruppenpraxen) abzuschließen. Es ist sodann Aufgabe der Ärzte, die im Gesamtvertrag vereinbarten medizinischen Leistungen unter Berücksichtigung ihrer beruflichen Sorgfaltspflichten lege artis zu erbringen. Medizinische (diagnostische und kurative) Leistungen, hinsichtlich derer in der Honorarordnung des Gesamtvertrages ärztliche Honorare vereinbart werden, können aus verschiedenen Handreichungen zusammengesetzt sein und - vor dem Hintergrund des ärztlichen Sorgfaltsmaßstabes - lege artis für den Vertragsarzt jeweils ganz unterschiedliche Neben(Folge-)pflichten auslösen, wie z. B. die Verschreibung von Medikamenten, die Zuweisung zu einem Facharzt oder zu einer bestimmten Therapie oder aber auch die Einweisung in ein Krankenhaus.

Es liegt im Gestaltungsspielraum der Partner des Gesamtvertrages, entweder die nach medizinisch-sachkundigem Verständnis (also nach der fachlichen Verkehrsauffassung) zusammengehörigen und daher zu einer Einzelleistung zusammengefassten Haupt- und Nebenleistungen unabhängig davon, in welchem Umfang die jeweiligen Leistungsteile in jedem Behandlungsfall schlagend werden und welchen Zeitaufwand sie jeweils im Einzelnen verursachen in Form einer einheitlichen Tarifposition abzugelten (und damit hinsichtlich der jeweils umfangreicheren Nebenleistungen eine gewisse Pauschalierungswirkung zu erzielen). Die Partner des Gesamtvertrages dürfen aber auch eine solche ärztliche Leistung, die mitunter Nebenleistungen inkludiert, weil diese lege artis und daher auch zum Pauschalhonorar erbracht werden müssen, in einzelne Teil(Haupt- und Neben)leistungen zerlegen und für jede der in Betracht kommenden Teilleistungen einen eigenen Tarif vorsehen, so dass sich für jede Erbringung der Gesamtleistung je nach Art und Ausmaß der erforderlichen Nebenleistungen von Fall zu Fall unterschiedliche Honorare ergeben können.

Es steht den Partnern des Gesamtvertrages daher aber auch frei, eine bestimmte Nebenleistung zwar gesondert zu honorieren, jedoch die Anzahl der Fälle, in denen dies geschieht, zu begrenzen, mit der Wirkung, dass in allen übrigen Fällen, in denen diese Leistung über die zulässige Quote



Foto: Clemens Lechner

Mag. Markus Lechner

hinaus erbracht werden muss, diese wieder nur mit dem Honorar für die Gesamtleistung pauschal abgegolten wird; es handelt sich dabei um eine Methode, die Inanspruchnahme von (einerseits zeitlich aufwendigen, andererseits aber auch durch Patient und Arzt in der Regel leicht steuerbaren) Behandlungs(neben)leistungen zwar bewilligungsfrei zu halten und die Indikationsstellung allein dem fachlichen Urteil des Vertragsarztes zu überlassen, dennoch aber die erforderlichen Gesamtkosten der Krankenbehandlung für den Krankenversicherungsträger kalkulierbar zu halten. Auf diese Weise versuchen die Gesamtvertragsparteien einen Ausgleich zwischen dem Interesse der (Vertrags-)Ärzeschaft an einem (hohen) Einkommen aus ihrer Tätigkeit und jenem des beteiligten Krankenversicherungsträgers - letztlich: der betroffenen Versichertengemeinschaft - an einem ausgeglichenen Haushalt herzustellen. Insofern macht der Umstand, dass eine Regelung unter Bedachtnahme auf finanzielle Erwägungen getroffen wird, anders als der Beschwerdeführer meint, diese nicht unsachlich.“

Den Kassenvertragsverhandlern ist damit ein großer Verhandlungsspielraum eingeräumt. Dass dieser in der Vergangenheit nicht immer adäquat genutzt wurde (und so sinnwidrige Limitierungen wie die aufgezeigten eingeführt wurden), wurde vom Österreichischen Hausärzterverband immer konsequent aufgezeigt und bekämpft. Zu hoffen bleibt, dass dieser Kampfegeist auch Einzug in die Kurien der niedergelassenen Ärzte findet, die dann geeignete Schritte zu Beseitigung vom Missständen ergreifen.

Mag. Markus Lechner, NÖ Arztanwalt,
Rechtsanwalt, 6911 Lochau, Althaus 10,
Telefon: 05574/53788, Fax: 05574/53789,
Handy: 0664/1534383,
e-m@il: lechnermarkus@aon.at,
www.rechtsanwalt-lechner.at