

Brief des Präsidenten

Geschätzte Kolleginnen, geschätzte Kollegen!

Wiederholt habe ich Vergleiche zwischen der Schulreform und der Gesundheitsreform sowie den handelnden Personen gezogen und glaubte Unterschiede zu Gunsten der Schule erkennen zu können. Mit der Forderung von Mitte Jänner nach der Österreich weit einheitlichen Matura haben die Reformvorhaben gleichgezogen. Da wie dort Misstrauen gegen besondere Vertrauensverhältnisse, da wie dort geringschätziges Übersehen persönlichen Engagements, da wie dort Maßnahmen an den unambitionierten Minderleistern.



Dr. Christian Euler

Wer glaubt Selbstkontrolle, Ideenreichtum und Einsatzfreude durch Richtlinien ersetzen zu können, wer glaubt auf Computergestützte Programme setzen zu müssen statt auf menschengestützte Visionen wird scheitern. In den Bereichen, in denen zwischenmenschliche Dynamik unverzichtbare Voraussetzung für außergewöhnliche Erfolge ist, ohne Frage. In den Bereichen wo Zahlen, Kontrollen, hochgerechnete Vorhersagen die größte Rolle spielen ebenso, wie wir spätestens seit der Wirtschaftskrise und der vorhergegangenen Kursstürze künstlich hochgeschraubter Aktienkurse wissen.

„Das Jahr 2008 war international durch gigantische Datenschutzskandale geprägt. In Deutschland, Großbritannien und den USA gingen viele Millionen persönliche Daten verloren. Die Vorfälle verursachten Schäden in unschätzbarem Ausmaß...“ berichtet die ARGE-Daten. Erst kürzlich legte ein „Wurm“ Landesregierungsbüros und auch ein Krankenhaus lahm. Dennoch, und geradezu jetzt erst Recht setzen unsere Verantwortlichen auf gigantomanische Vernetzungen, Konzentrationen und Vereinheitlichungen. Was ist schon ein Tag Betriebsausfall? Nicht einmal 0,3 Prozent des Jahres! Was ist schon ein den ärztlichen Austausch störendes ABS, wo doch die Antworten in weniger als fünf Minuten über die Leitungen flitzen. Entfremdung statt Verbindung, Verlust der gleichen Augenhöhe, sollte sie jemals bestanden haben. Wer Datenaustausch für Information hält und Information für Kommunikation, wird diese Defizite nicht wahrnehmen können.

Im Jahr 2008 stiegen die Verschreibungen von modernen Antidepressiva um 17 Prozent. Kann diese Zahl den Zahlengläubigen etwas sagen, oder beutelt sie einmal mehr der Medikamentensparreflex? Psychopharmaka und Kindesalter, immer neue Phänomene unglücklicher Jugendlicher, von Essstörung bis Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom. Wie anders dem begegnen als mit dem Angebot verständnisvoller menschlicher Beziehung. Nicht computergestützt sondern mit allen Sinnen, mit Haut und Haar.

Als Vater von sieben Kindern, mit der Erfahrung von 84 Schülerelternjahren (es waren sogar ein paar mehr), weiß ich vom Handlungsbedarf in österreichischen Ausbildungsstätten. Ich habe Töchter, die heute beklagen in vier Jahren Französischunterricht nichts gelernt zu haben, ich habe den entmutigenden Rückhalt von Lehrpersonen erlebt, die Generationen

von Schülern und deren Familien massiv belastet haben, ich habe Klassenvorständen begegnen dürfen, die ihre Schüler durch krisenhafte Monate durchgetragen haben und Lehrer, die in freiwilliger Mehrleistung ihren Schülern zu wunderbaren aktiven Kulturerlebnissen verhalfen.

Ich kenne Ärzte, denen jede soziale Kompetenz fehlt, und andere, die nicht nur das behinderte Kind, sondern auch dessen Eltern auf Händen tragen, und das über Jahre. Diese Bandbreite des Menschseins gibt es und sie wird wirken, wo immer Menschen miteinander zu tun haben.

Es gibt Möglichkeiten des Förderns und Lenkens, das aber wäre zu individuell. Die Wirklichkeit erleben ist out, sie über deren statistische Abbildung wahrzunehmen und zur Realität zu erklären ist heute eine Grundübung aller Verantwortungsträger.

Das neue Jahr hat begonnen, wir sollten es zum Jahr der sozialen Kompetenz ausrufen. Täglich durch unsere Arbeit, so oft wie möglich im Meinungsaustausch außerhalb der Ordination. Das wäre eine Form des Widerstandes, die wirkungsvoll, ohne besonderen Aufwand möglich und uns allen zumutbar ist.

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

FSME-IMMUN 0,25 ml Junior Injektionssuspension in einer Fertigspritze: Inaktivierter Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) Impfstoff. Pharmakotherapeutische Gruppe: Frühsommer-Meningoenzephalitis Impfstoffe, inaktiviert, ATC Code: J07 BA01. **QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** 1 Dosis (0,25 ml) enthält: Frühsommer-Meningoenzephalitis Virus^{1,2} (Stamm Neudörf) 1,2 Mikrogramm ¹ adsorbiert an wasserhaltiges Aluminiumhydroxid (0,17 Milligramm Al ³⁺) ² hergestellt in Hühnerembryonal-Fibroblastenzellen (CEF Zellen). Sonstige Bestandteile: Natriumchlorid, Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Kaliumdihydrogenphosphat. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Humanalbumin, Natriumchlorid, Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Kaliumdihydrogenphosphat, Wasser für Injektionszwecke sowie wasserhaltiges Aluminiumhydroxid. **ANWENDUNGSGEBIETE:** FSME-IMMUN 0,25 ml Junior dient bei Kindern vom vollendeten 1. bis zum vollendeten 16. Lebensjahr zur aktiven (prophylaktischen) Immunisierung gegen die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME). Hinsichtlich der Notwendigkeit, des Zeitpunktes und der Intervalle der Impfung wird auf die offizielle Impfempfehlung verwiesen. **GEGENANZEIGEN:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, einen der sonstigen Bestandteile oder einen der Produktionsrückstände (Formaldehyd, Neomycin, Gentamicin, Protaminsulfat). Schwere Überempfindlichkeit gegen Ei- und Hühnerweiß (anaphylaktische Reaktion nach oraler Aufnahme von Eiweiß). Bei akuten fieberhaften Infekten soll die FSME-Impfung verschoben werden. **INHABER DER ZULASSUNG:** Baxter AG, Industriestraße 67, A-1221 Wien. **STAND DER INFORMATION:** September 2008. **VERSCHREIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** Rezept- und apothekenpflichtig; wiederholte Abgabe verboten. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

FSME-IMMUN 0,5 ml Injektionssuspension in einer Fertigspritze: Inaktivierter Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) Impfstoff. Pharmakotherapeutische Gruppe: Frühsommer-Meningoenzephalitis Impfstoffe, inaktiviert, ATC Code: J07 BA01. **QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** 1 Dosis (0,5 ml) enthält: Frühsommer-Meningoenzephalitis Virus^{1,2} (Stamm Neudörf) 2,4 Mikrogramm ¹ adsorbiert an wasserhaltiges Aluminiumhydroxid (0,35 Milligramm Al ³⁺) ² hergestellt in Hühnerembryonal-Fibroblastenzellen (CEF Zellen). Sonstige Bestandteile: Natriumchlorid, Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Kaliumdihydrogenphosphat. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Humanalbumin, Natriumchlorid, Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Kaliumdihydrogenphosphat, Wasser für Injektionszwecke sowie wasserhaltiges Aluminiumhydroxid. **ANWENDUNGSGEBIETE:** FSME-IMMUN 0,5 ml dient bei Personen ab dem vollendeten 16. Lebensjahr zur aktiven (prophylaktischen) Immunisierung gegen die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME). Hinsichtlich der Notwendigkeit, des Zeitpunktes und der Intervalle der Impfung wird auf die offizielle Impfempfehlung verwiesen. **GEGENANZEIGEN:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, einen der sonstigen Bestandteile oder einen der Produktionsrückstände (Formaldehyd, Neomycin, Gentamicin, Protaminsulfat). Schwere Überempfindlichkeit gegen Ei- und Hühnerweiß (anaphylaktische Reaktion nach oraler Aufnahme von Eiweiß). Bei akuten fieberhaften Infekten soll die FSME-Impfung verschoben werden. **INHABER DER ZULASSUNG:** Baxter AG, Industriestraße 67, A-1221 Wien. **STAND DER INFORMATION:** Februar 2008. **VERSCHREIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** Rezept- und apothekenpflichtig; wiederholte Abgabe verboten. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Eine wahre Geschichte aus Tarockanien

Posse in 6 Akten

Die österreichisch- ungarische Monarchie ist seit bald hundert Jahren untergegangen, aber in unseren Herzen lebt sie ungebrochen fort. Immer noch wären wir gerne Kaiser, wovon eine derzeit beliebte Fernsehserie zeugt. Und so wundert es niemanden, wenn das Panoptikum dieser längst versunkenen Welt uns auch heute noch realiter umgibt.

Jener Hofsekretär Jaromir Edler von Eynhuf, Inbegriff des korrekten Beamten, dessen tragischer Tod im „Gaulschreck im Rosennetz“ ihm Unsterblichkeit zumindest in der Literatur bescherte, hat bis in unsere Tage zahllose Nachkommen. Sie sind so viele, dass sie im Staatsdienst nicht Platz fänden. Aber in einem Land, in dem so vieles ohne Anerkennung vorbildlich ist, haben auch sie ein Unterkommen. Zum Beispiel im Chefärztlichen Dienst. Dort führen sie die Tradition der besten Bürokratie Europas fort, der man nur einen Fehler nachsagen kann: sie empfindet Genie, ja sogar selbständiges Denken als vorlautes Benehmen und Anmaßung.

Nur in wenigen Ausnahmen versteht die durch Schlamperei sublimierte Gesetzesstrenge Tarockaniens keinen Spaß: bei Datenschutz und Medienrecht!

Wir bedienen uns daher der vorbildlichen Verfassung, die auf den strengen Gesetzen des Tarockspiels basiert, bei dem man bekanntlich nicht mogeln kann (was zumindest österreichische Rechtsgelehrte behaupten).

Unsere Hauptdarsteller, die ChefärztInnen, werden in alter tarockanischer Tradition nach den Königen des in Österreich einstmals so beliebten Kartenspiels benannt, das jetzt leider durch die Anglomanie des Bridgespiels stark an Bedeutung und Einfluss verloren hat. Aber einen Fortschritt gibt es doch: es kommen nicht nur Könige, sondern auch Königinnen vor!

Den Gegenspieler der Hoheiten, Bösewicht der Posse, werden wir schlicht Treffsieben nennen. Er hat es nicht besser verdient!



Dr. Peter Pözlbauer



Dr. Max Wudy

1. Akt Ein Patient benötigt eine Therapie, die einer Chefärztlichen Bewilligung bedarf. Kein Problem in Zeiten des ABS. Möchte man meinen.

Original ABS-Dokument:

beantragtes Medikament: CEFOTRIX PLV 2,0G DSTFL 5 ST (2450434) OP: 1

Langzeitverordnung: beantragte Monate: bewilligt: OP:

Diagnose: ERYSIPEL faciei gravis mit Augenbeteiligung

Begründung: ERYSIPEL faciei gravis mit Augenbeteiligung

Photo kann auf Wunsch zugesandt werden Initialgabe, weiter ab Mo. orale Antibiose Nach Rücksprache mit Klinik f. Chemotherapie

ABLEHNUNG -> Erysipel im Gesicht normalerweise Indikation für stationäre Aufnahme. Bitte um Stellungnahme der Klinik zur ambulanten Therapie beim durch Chemotherapie immunsupprimierten Patienten.

Bearbeitet von: Karokönigin

2. Akt Jetzt werden wir Zeugen einer unschönen Szene: der Arzt, dem die dankbare Demut der Untertanen sichtlich fremd ist, mupft auf:

Sehr geehrte Karokönigin

Danke für die erteilte Fortbildung, man lernt eben nie aus. Dass ein Erysipel im Gesicht bei einem jungen, sonst gesunden Menschen, „normalerweise eine Indikation für stationäre Aufnahme“ ist, ist nicht einmal im Harrison's Innere Medizin, Ausgabe Nov. 2008 oder in Stille, Antibiotika- Therapie: Klinik und Praxis der antiinfektiösen Behandlung ebenfalls Ausgabe 2008, zu finden, Wieder etwas dazugelernt, danke! Aber wahrscheinlich wissen Sie weit mehr als mein Patient und ich. Haben Sie doch eine Immunsuppression diagnostiziert, die das Behandlungskonzept, das ich gemeinsam mit meinem Patienten erarbeitet habe, obsolet macht und ein neues Vorgehen erzwingt, auch dafür herzlichen Dank!

Eventuell möchte ich noch ein paar Begriffe klarstellen. Die von mir genannte Klinik für Chemotherapie ist die Universitätsklinik für Innere Medizin I, Abteilung für Infektionen und Chemotherapie, AKH Wien und wurde von Univ. Prof. DDR. Karl Hermann Spitzky gegründet. Derzeit wird sie von seinem Schüler Univ. Prof. DDR. Wolfgang Graninger geleitet. Ich durfte einen Teil meiner Ausbildung an dieser Klinik machen, und bin noch heute beiden Professoren freundschaftlich verbunden.

Die Klinik für Chemotherapie befasst sich tatsächlich mit Chemotherapie, der Behandlung von Krankheiten mit chemischen Mitteln wie z. B. Antibiotika. Bei unklaren Fragen wende ich mich daher gerne an diese Klinik, wurde doch auf Initiative von W. Graninger eine eigene Hotline für den niedergelassenen Bereich eingerichtet. Ceftriaxon ist wegen der täglichen Einmal-dosierung das Mittel der Wahl bei schweren Streptokokkeninfektionen ohne Septikämie in der ambulanten Behandlung. Wie Sie weiter unten sehen können, beschäftigt sich die Klinik für Chemotherapie vor allem mit Infektionskrankheiten, dazu gehört meines Erachtens auch ein Erysipel.

Ich kann mir nicht vorstellen, dass Sie den laienhaften Fehler begangen haben, Chemotherapie mit der antineoplastischen Therapie zu verwechseln, hat doch Paul Ehrlich bereits 1906 den Begriff für die Salvarsantherapie der Syphilis geprägt. Ich habe trotz Ihrer fachlich sehr kompetenten Einwände der Patientin Ceftriaxon infundiert, bereits heute ist eine entscheidende Besserung eingetreten. Weiters habe ich ihr geraten, bei nochmaliger Ablehnung Klage beim Arbeits- und Sozialgericht einzureichen.

Mit freundlichen Grüßen, Treffsieben

Wir bemerken mit Schauern, dass der Kollege nicht nur unbotmäßig ist, sondern auch noch Recht hat. Das kann nicht ohne Konsequenzen bleiben!

Caveat emptor

Welche Vorteile oder Nachteile bringt die „Gesundheitsreform“ den Patienten? Welche Rolle spielt der Ruf nach externer Qualitätskontrolle der Ärzte dabei?

von Hans-Joachim Fuchs

Die rezenten politischen Entscheidungen zur Fortentwicklung des Gesundheitswesens werden im Wesentlichen von drei großen gesellschaftlichen Strömungen geprägt: Verrechtlichung, Ökonomisierung (Kapitalisierung) und Digitalisierung. Doch handelt es sich hier um Anwendungen von bloßen Werkzeugfunktionen. Wir haben schon lange nicht mehr vernommen, dass es um die Gesundheitsversorgung jedes Einzelnen in der modernen Massengesellschaft geht.

Gleichheitsprinzipien werden im Praxisalltag durch die minutiöse Online-Prüfung der Anspruchsberechtigung der aktuellen Patienten verletzt. Es passiert uns täglich, dass Patienten erst durch das Stecken der E-card vom Verlust ihres Krankenversicherungsschutzes erfahren; jedes Mal wieder ein persönliches Drama, das eigentlich völlig überflüssig ist.

Es wird zwar nicht gesagt, solche Zeichen zur Präkarisierung des öffentlichen Gesundheitswesens, des „ersten Gesundheitsmarktes“ sind für uns jedoch unübersehbar.

Das öffentliche Gesundheitswesen, der „erste Gesundheitsmarkt“ in der Diktion der Wirtschaftskammer, hat bislang durch seine exzellente Qualität den „zweiten Gesundheitsmarkt“, den „freien Gesundheitsmarkt“ stark marginalisiert. Das ist den Wirtschaftslobbyisten schon lange ein Dorn im Auge. Durch unsachliche und völlig überzogene Kritik an der Qualität der ärztlichen Leistung wird ein fundamentaler Qualitätsverbesserungsbedarf behauptet.

Als Hauptkriterium für die Qualität von Waren und Dienstleistungen gilt weltweit der Grad der Kundenzufriedenheit. An der Patientenzufriedenheit gemessen, ist die Qualität der ärztlichen Leistungen in

Österreich sehr gut, und natürlich wesentlich besser, als die Kundenzufriedenheit in jeder Dienstleistungsbranche. Spektakuläre Unglücksfälle werden von einem bestimmten Patientenanwalt immer wieder in die Medien gebracht, finden aber wenig Echo. Besonders in Österreich machen die Bürger gute Erfahrungen mit ihren Ärzten, und Ausnahmen bestätigen auch diese Regel.

Sparsamkeit, damit weder die Patienten, noch wir Ärzte irgendwelche Einschränkungen notwendiger Versorgungsleistungen erdulden müssen, wird ohnehin von allen Beteiligten mitgetragen. Es soll aber nicht jeder Handschlag extra verrechnet und juristisch unanfechtbar begründet werden müssen. Denn das führt nachweislich nicht zu Kosteneinsparungen sondern zur Leistungsexplosion durch extrem teure Defensivmedizin.

Was den modernen Konzepten zur zukünftigen Entwicklung des Gesundheitswesens am meisten mangelt, ist eine Vorstellung vom Wert der Arztkonsultation für den Patienten und für seine medizinische Versorgung. Dazu bedarf es eines passenden Zeitrahmens und eines geeigneten Raumes. Es ist nicht einmal angedacht, bisherige strukturelle Mängel zu beheben, wie zum Beispiel: Ärzte-Sprechzimmer zur Wahrung der Privatsphäre in Spitälern, adäquater Zeittakt der Ambulanztermine.

Auch in der freien Praxis gibt es Bedarf für Patientenschulung. Wollte man den Einsatz von Geldmitteln wirklich effektiver machen, sollte man das auch tun: Zeit und Raum für Patientengespräche, aber auch für interdisziplinäre Konsilien.

Die Digitalisierung, z. B. das ELGA Projekt, soll wohl all diese persönlichen Dienstleistungen durch Schriftliches ersetzen. Das Resultat kann aber nur ein albraumhaftes Chaos sein: Automatisierte Entscheidungsprozesse, eine Flut von Schriftstücken,



Dr. Hans-Joachim Fuchs

die weder vom Arzt noch vom Patienten gelesen, geordnet, korrigiert und gewichtet werden können, da das dafür nötige Personal, der Raum und die Zeit dafür nicht mehr eingeplant aber dennoch gesetzlich sanktioniert sind.

Eine hoch organisierte Medizin zerfällt. Übrig bleibt der Geschäftsfall: Der Patient wählt nach seinem Gutdünken eine ärztliche Dienstleistung aus einem Angebot aus. Ärzte erbringen als Wirtschaftstreibende einfach nur diese Dienstleistung. Soweit die moderne Utopie der Bundeswirtschaftskammer.

Diese ist jedoch unsachlich: Da wir als Ärzte jeden Tag viele Patienten beraten, wissen wir natürlich, dass es so nicht gehen kann, dass wir es so nicht machen können. Denn wir sind Realisten, wir sehen, was unsere Patientinnen und Patienten brauchen, und wir haben ein sicheres Gefühl für Fairness. Dieses scheint vielleicht manchen Wirtschaftstreibenden und Ministerialbeamten abhanden gekommen zu sein, doch kürzlich las ich im Kurier, dass Ethik selbst in der Wirtschaft wieder gefragt sei. Hoffen wir, dass diese Botschaft auch bei unseren Gesundheits- und Sozialpolitikern - auch beim AMS - recht bald ankommt.

Dr. Hans-Joachim Fuchs
www.familienmedizin.net

Bonviva® 3 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Eine Fertigspritze mit 3 ml Lösung enthält 3 mg Ibandronsäure (entsprechend 3,375 mg Ibandronsäure, Mononatriumsalz 1 H₂O). **Anwendungsgebiete:** Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen mit erhöhtem Frakturrisiko (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Eine Reduktion des Risikos vertebraler Frakturen wurde gezeigt, eine Wirksamkeit hinsichtlich Oberschenkelhalsfrakturen ist nicht ermittelt worden. **Gegenanzeigen:** • Hypokalzämie (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“). • Überempfindlichkeit gegen Ibandronsäure oder einen der sonstigen Bestandteile. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Natriumchlorid, Eisessig, Natriumacetat 3 H₂O, Wasser für Injektionszwecke. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Bisphosphonate, ATC-Code: M05B A06. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Informationen zu Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**



Über Feigheit und angebliche Unfähigkeit, Verantwortung zu tragen

Erbärmliche Honorarabschlüsse und fehlende Abgeltung bürokratischer Zusatzbelastungen treiben unsere Kassenpraxen ins wirtschaftliche Abseits. Während unsere Steuerberater Alarm schlagen, üben sich die Kurienvetreter im Schönfärben und Beschwichtigen. Um Licht ins Dunkel der aktuellen kassenärztlichen Entwicklungen zu bringen, richtet ÖHV-Präsident, Dr. Christian Euler, einige Fragen an ein Urgestein des Hausärzterverbandes aus dem Land unter der Enns: Dr. Wolfgang Geppert

Dr. Euler: Lieber Wolfgang, Du bist unser konsequentester und sicher einer der längstdienenden Interessensvertreter. Ich erinnere mich an einen Antrag aus Deiner Feder, dass kein ÖHV-Funktionär einem Antrag zustimmen darf, der Nachteile für die niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen bringt. Was hat Dich veranlasst diese „Selbstverständlichkeit“ dermaßen offiziell festschreiben zu lassen?



Dr. Geppert: Seit mehr als 20 Jahren muss ich miterleben, wie die gesundheitspolitische Bedeutung des Hausarztes, Schritt für Schritt, vermindert wird. Statt, wie permanent versprochen, zum Lotsen im Gesundheitssystem aufgewertet zu werden, wird der Allgemeinmediziner mit sinnloser Bürokratie überschüttet und Stück für Stück seiner notwendigen Werkzeuge beraubt. Plakatives Beispiel dafür ist eine Apothekengesetznovelle, die hunderte Hausapothekenstandorte der schrittweisen Auslöschung preisgibt. Mit der Entscheidung, ÖHV-Funktionäre hätten in ihren Ärztekammerpositionen Beschlüssen, welche unsere Berufsbedingungen verschlechtern, die Zustimmung zu verweigern, wollte ich einen klaren Trennstrich zu anderen standespolitischen Gruppierungen ziehen.



Unsere Unterstützer haben damit Gewissheit über unser Stimmverhalten, auch wenn sie kein einziges Sitzungsprotokoll zu Gesicht bekommen. Sie spüren auch ohne schriftliche Mitteilung: „Diese oder jene Entscheidung haben die Vertreter des Hausärzterverbandes nicht mitgetragen!“ Gebetsmühlenartig kommt dann von der Gegenseite ein und derselbe Vorwurf: Wir wären zu feige, um in Ärztekreisen unpopulären Entscheidungen zuzustimmen. Kurz zusammengefasst: Unfähig, Verantwortung zu tragen. Wir Aktivisten des Hausärzterverbandes sind aber nicht den kurzsichtigen Sparpolitikern und ihren Helfern verpflichtet, sondern nur unseren treuen Mitgliedern.

Dr. Euler: Lässt die strikte Einhaltung Deines Postulates Kompromisse zu? Oder anders ausgedrückt: Unter welchen Bedingungen bist Du kompromissbereit?

Dr. Geppert: Nehmen wir den aktuellen Honorarabschluss von Niederösterreich als Beispiel her. In unserem Bundesland wird unglücklicherweise noch immer im Nachhinein verhandelt. Unsere Kurienvetreter haben für das Jahr 2007 ein Ergebnis von plus 1,11 Prozent nach Hause gebracht. Wir Aktivisten des Hausärzterverbandes besetzen in der NÖ Kammer Mandate der Fraktion „NÖ Kassenärzte“. In der Kurierversammlung vom Dezember 2008 haben die NÖ Kassenärzte gegen diesen Honorarabschluss gestimmt.

Begründung: Solch ein Abschluss, weit unter der Inflationsrate, stellt für uns eine finanzielle Verschlechterung dar und schadet unseren Praxen. Für derartige Ergebnisse benötigt es auch keines Vertreters unserer Gruppierung bei den Kassenverhandlungen. Unsere Vorgaben für die Teilnahme an den Verhandlungen sind unmissverständlich. Nur die fixe Vorgabe des Kammerteams, zumindest die Inflationsabgeltung mit nach Hause zu bringen, lässt unsere Teilnahme an den Verhandlungsrunden zu. Hier endet unsere Kompromissfähigkeit, denn Experten haben ausgerechnet, dass selbst solche Abschlüsse an unserer Substanz zehren. Wir Praxisinhaber müssen mit dem uns gewährten Honorarplus sowohl die Kostensteigerungen im Betrieb abfedern, als auch den Realverlust des Nettoeinkommens ausgleichen. Deshalb ermitteln namhafte Steuerberater einen Ärztepreisindex, der immer deutlich über der Inflationsrate liegt. Für uns Allgemeinmediziner beträgt dieser Index für 2008 rund 4 Prozent. Auf Deine Frage konkret geantwortet: Über der Inflationsrate sind wir kompromissbereit. Alles was darunter liegt, müssen wir ablehnen.

Dr. Euler: Du kennst die Strukturen und Geschäftsordnungen unserer Standesvertretung. Wo bleiben unsere Interessen auf der Strecke, die ja meist in den Länderkammern deutlicher formuliert werden, als in der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK)?

Dr. Geppert: Unsere Spitzenvertreter zeigen nicht den Mut, einen bundesweiten Honorarkatalog zu postulieren, der sich an den jeweils höchsten Tarifen in den Bundesländern orientiert. Jeder klammert sich ängstlich am Gesamtvertrag des eigenen Landes fest und freut sich klammheimlich, noch das eine oder andere kostendeckende Einzelhonorar im Katalog versteckt zu haben. Mit diesem Festklammern sind wir den Sparpolitikern schutzlos ausgeliefert. Die nehmen in schöner Regelmäßigkeit unser aufgesplittetes Tarifsystem ins Visier und haben dabei nur eines im Sinn: Ein bundesweites Modell zu etablieren, das jeweils den niedrigsten Tarif zum Vorbild nimmt. Durch diese neunfache Aufspaltung ist die Talfahrt unserer Tarife nahezu schicksalhaft vorgegeben. Das Praxislabor wird sukzessive in die Unwirtschaftlichkeit getrieben. Immer wieder findet sich ein Bundesland, in dem der eine oder andere Laborparameter für die Kasse noch günstiger zu haben ist.

Die Leistungskataloge stammen meist aus der kassenärztlichen Steinzeit. Gleichzeitig wird die Position „Ärztliches Gespräch“ von vielen Spitzenfunktionären hochgejubelt, so als hätten wir unsere Sprechwerkzeuge in mehrfacher Ausführung zur Verfügung und wären nicht seit Jahrzehnten zu Einzelkämpfen verdammt.

Die Explosion der Bürokratie wird von unserer Standesvertretung als schicksalhaft hingenommen. Stattdessen müsste vor Zustimmung zu jeder neuen Zwangsleistung, die tarifmäßige Abgeltung als unüberwindbare Hürde der Leistungserbringer aufgebaut werden. Motto: Wer immer eine zusätzliche Leistung fordert, der habe allen voran für die Honorierung zu sorgen. Kostenlos gibt es nichts! Das Jammern und Betteln im Nachhinein, dass da oder dort finanziell nichts zu holen war, zeigt nur von Hilflosigkeit unserer Vertretung. →



So wäre vor Etablierung der elektronischen Krankschreibung ein bundesweit einheitlicher Tarif zu fixieren gewesen, über den es für die Kasse kein Hinwegschwindeln gibt. Begründung: Das für die Krankenstands-Protokollierung notwendige Modul der Software-Firmen ist am Bodensee genau so teuer wie am Neusiedlersee und die Einsparungen in den Gebietskrankenkassen sind bundesweit gegeben. Wir hingegen, haben dann allerorts einen höheren Personalaufwand, den wir selbst zu tragen haben. Wenn wir jetzt zu Gratisarbeit in dieser Angelegenheit gezwungen werden, dann ist es nicht die Schuld des Vertragspartners, sondern unserer Verhandler.

Dr. Euler: Die Frage des freien Mandates der Länderdelegierten in der ÖÄK, im Gegensatz zu deren Bindung an die beschlossene Meinung der Landeskurie war schon oft ein Thema. Wie sieht es damit de facto und de jure aus?

Dr. Geppert: Als Mandatar einer Länderkammer war es für mein demokratisches Verständnis immer sonnenklar: Landespräsidenten oder Kurienobmänner haben die Entscheidungen ihrer Landesgremien wie Botenstücke 1:1 in die Bundesgremien zu tragen. Meinem Verständnis nach sind Landesentscheidungen für die Delegierten bindend, auch dann, wenn sie nicht der persönlichen Meinung des jeweiligen Mandatars entsprechen. Leider schaut die Wirklichkeit oft anders aus. Der Delegierte wird in der ÖÄK solange weich geklopft, bis er sich der Stimme enthält oder gar dem Gegenteil der Landesmeinung die Zustimmung gibt.

Begründung: Mit einstimmigen Beschlüssen wolle man die Bedeutung der ÖÄK hervor streichen. Zurückgekehrt in die Landesversammlung folgen die Rechtfertigungen der Verantwortungsträger: „Ich war mir meines Auftrages voll bewusst, bin aber in der entscheidenden Sitzung eines Besseren belehrt worden. Man wird doch gescheitert werden dürfen!“

Dann folgt die rechtliche Begründung, die jeden Außenstehenden den Kopf schütteln lässt: „Ich bin an Eure Entscheidung nicht gebunden. Das freie Mandat berechtigt mich, so zu stimmen, wie ich es persönlich für gut befinde.“ Kein Wunder, dass sich nach solchen Vorkommnissen engagierte Landesfunktionäre gefrotzelt fühlen und der Kammer frustriert den Rücken kehren.

Dr. Euler: Was wird die Kollegenschaft in Zukunft mehr belasten: Die sinkenden Honorare, welche als Solidarität mit den finanzmaroden Kassen begründet werden, oder die steigenden Betriebskosten, die unsere Praxiserträge auffressen?

Dr. Geppert: Ein Mix aus beiden Komponenten führt unsere Kleinbetriebe in die Unwirtschaftlichkeit. Die eingangs erwähnten Zahlen möchte ich bei dieser Gelegenheit ergänzen. Der Verbraucherpreisindex hat sich im Laufe der

vergangenen 8 Jahre um 17,39 Prozent nach oben entwickelt. Wieder folgen beispielhaft die Zahlen aus Niederösterreich. Unsere Honorare stiegen in dieser Zeit nur um 12,31 Prozent. Unseren Angestellten ging es da schon besser, denn deren Löhne legten um 16,01 Prozent zu. Die Gehaltssteigerungen bei den GKK-Mitarbeitern jedoch müssen als vorbildlich angesehen werden, denn sie haben mit 19,22 Prozent die Inflationsrate des Beobachtungszeitraumes deutlich überstiegen.

Auch in anderen Bundesländern haben katastrophal niedrige Honorarabschlüsse stattgefunden. Dieser Blick zurück soll eines klarmachen: Schon in der Vergangenheit wurde unsere wirtschaftliche Basis untergraben. Wie soll da die Zukunft ausschauen? Wie kann es gelingen, den Betrieb Arztpraxis auf Langzeit zu retten? Eine verantwortungsvoll agierende Berufsvertretung hat auch an die nächste und übernächste Generation der Kassenärzte zu denken. Für mich liegt der Verdacht nahe, dass so mancher Kassenverhandler unserer Seite den Glauben an die Zukunft verloren hat. Womöglich herrscht die Einstellung: Hinter mir die Sintflut! Hoffentlich täusche ich mich in dieser Ansicht und es wendet sich noch alles zum Guten.

Dr. Euler: Deine Forderung an die neue Regierung und deren Gesundheitsreformer?

Dr. Geppert: Ich fordere die neuen Verantwortungsträger auf, die Niedergelassenen wieder als tragende Pfeiler der Gesundheitsversorgung zu achten. Mit der Fehleinschätzung, wir Ärzte wären nur Kostenverursacher und Reformverweigerer, muss Schluss sein.

Die unterschwelligsten Behauptungen, unseren Praxen fehle es an Qualität, sind, von welcher Seite sie immer kommen, zu unterlassen. Was dieses Land dringend benötigt, ist eine Qualitätssicherung bei Gesundheitspolitikern und Hauptverbandsfunktionären. Nur durch Bereitstellung ausreichender Geldmittel haben wir Praxisbetreiber eine Chance mit dem Fortschritt in der Medizin mitzuhalten. Sparprogramme in der Kassenmedizin zerstören die freien Praxen und führen zu einer Flucht unserer Patienten in die Spitalsambulanzen.

Die neue Regierung wird daran zu messen sein, ob sie den Mut aufbringt, in die Milliarden verschlingenden Krankenhausstrukturen einzugreifen oder das Problem, wie bisherige Regierungen, weiter vor sich herschiebt. Zwei Milliarden Euro in den Neubau von vier NÖ Landeskliniken zu investieren, die wie Perlen im Wiener Becken aufgefädelt sind, das ist Verschwendung von öffentlichen Geldern. Stattdessen gehörten zwei große leistungsfähige Einheiten errichtet: Eine in Mödling und eine zweite in Wiener Neustadt. Das gesundheitspolitische Imponiergehabe von Bezirks- und Landespolitikern hat in einer modernen Versorgungsstruktur nichts zu suchen.

1. Goldstein B, Feinglos M, Lunceford J, et al; for the sitagliptin 036 study group. Effect of initial combination therapy with sitagliptin
2. Daten von MSD Österreich
3. Nauck M, Meininger G, Sheng D, et al; for the 024 Study Group. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, sitagliptin, compared to the sulfonylurea, glipizide, in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin alone: a randomized, doubleblind, non-inferiority trial. Diabetes Obes Metab. 2007;9:194-205.

FACHKURZINFORMATION: **Bezeichnung des Arzneimittels:** Velmetia 50 mg/850 mg Filmtabletten, Velmetia 50 mg/1000 mg Filmtabletten

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Tablette enthält 50 mg Sitagliptin (als Phosphat 1 H₂O) und 850 mg bzw. 1000 mg Metforminhydrochlorid. Liste der sonstigen Bestandteile: Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose (E 460), Povidon K29/32 (E 1201), Natriumdodecylsulfat, Natriumstearylfumarat. Tablettenüberzug: Poly(vinylalkohol), Macrogol 3350, Talkum (E 553b), Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(II,III)-oxid (E 172).

Anwendungsgebiete: Für Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus: Velmetia ist zusätzlich zu Diät und Bewegung zur Verbesserung der Blutzuckerkontrolle bei Patienten indiziert, bei denen eine Monotherapie mit Metformin in der höchsten vertragenen Dosis den Blutzucker nicht ausreichend senkt oder die bereits mit der Kombination von Sitagliptin und Metformin behandelt werden. Velmetia ist auch in Kombination mit einem Sulfonylharnstoff (z. B. als Dreifachtherapie) zusätzlich zu Diät und Bewegung bei Patienten indiziert, bei denen eine Kombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nicht ausreicht, um den Blutzucker zu senken.

Gegenanzeigen: Velmetia ist kontraindiziert bei Patienten mit: Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile; diabetischer Ketoazidose; diabetischem Präkoma; mäßiger oder schwerer Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance < 60ml/min); akuten Erkrankungen, welche die Nierenfunktion beeinflussen können, wie: Dehydratation, schweren Infektionen, Schock, intravasculäre Gabe von jodhaltigen Kontrastmitteln; akuten oder chronischen Erkrankungen, die eine Gewebhypoxie verursachen können, wie: Herz- oder Lungeninsuffizienz, kürzlich stattgefundenen Myokardinfarkt, Schock; Leberfunktionsstörung; akuter Alkoholvergiftung, Alkoholismus; Stillzeit.

Inhaber der Zulassung: Merck, Sharp & Dohme Ltd., Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire, EN 11 9BU, Vereinigtes Königreich

Vertrieb in Österreich: Kwizda Pharma GmbH, Wien

Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig

Pharmakotherapeutische Gruppe: Pharmakotherapeutische Gruppe: Kombinationen mit oralen Antidiabetika, ATC-Code: A10BD07

Weitere Angaben zu Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.



Interview mit BM Alois Stöger diplômé

von Christian Euler

Die Hausarzt-Redaktion bat den neuen Gesundheitsminister um ein Interview. Um vorweg die Themen abzustecken, legten wir die beabsichtigten Fragen bei. Das Ministerbüro übermittelte uns die Stellungnahme des neuen Gesundheitsministers schriftlich, zu einem persönlichen Gespräch ist es nicht gekommen, somit: „Fünf Fragen, fünf Antworten“

Dr. Euler: Sehr geehrter Herr Minister, Sie waren bis vor kurzem ein mächtiger Mann. Durch die Artikel 15a-Vereinbarung hatten Sie faktisch uneingeschränkte Möglichkeiten den niedergelassenen Bereich des Oberösterreichischen Gesundheitssystems zu gestalten. Viele Vereinbarungen mit der OÖ-Ärzttekammer hatten Modellcharakter für ganz Österreich. Ich denke hier an die Gruppenpraxisverträge und an die Strategien zur Arzneimitteökonomie, um nur zwei zu nennen. Das österreichische Gesundheitswesen hat unvergleichlich komplexere Probleme für Sie parat, das neue Amt hingegen nicht ansatzweise ähnliche Kompetenzen. Wie werden Sie „es anlegen“?

Alois Stöger: *Ich sehe meine Aufgabe als Gesundheitsminister darin, die Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems und einen gerechten und gleichen Zugang zur Spitzenmedizin für alle zu erhalten und auszubauen. Eine offene und faire Zusammenarbeit mit allen Betroffenen – den Ländern, den Krankenversicherungsträgern, den Ärzten und Ärztinnen bzw. sämtlichen Bediensteten im Gesundheitsbereich sowie den Patienten und Patientinnen – ist dafür unumgänglich. So habe ich das im Übrigen auch als Obmann der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse gehalten.*

Einen weiteren großen Stellenwert hat meiner Meinung nach der präventive Charakter der Gesundheitsversorgung im Sinne einer Gesundheit in allen Lebenslagen. Gesundheitsfördernde Maßnahmen zu setzen und zu unterstützen gehört ebenfalls zu den wichtigsten Zielen, die ich als Gesundheitsminister verfolge. Prävention ist aus einem modernen Gesundheitswesen nicht mehr wegzudenken. Im Gesundheitswesen soll sich nicht alles um Reparaturmedizin drehen, sondern vielmehr auch Gesundheitsförderung und Gesundheitserhaltung im Mittelpunkt stehen.

Dr. Euler: Ein großes Thema ist ELGA. Oberösterreich war Vorreiter in der Benützung der elektronischen Datenverarbeitung um das Vertragspartnerverhältnis transparent zu gestalten. Ich sage nur „Folgekostenrechnung“. Ich finde, was die Kommunikation der ÄrztInnen untereinander und den Datenaustausch der Vertragspartner betrifft, ist das System ausgereizt. ELGA kann hier nichts mehr Neues bringen. Wir rechnen elektronisch ab, die Rezepte werden elektronisch bearbeitet, die Krankenkassen haben alle Zahlen und Fakten, die sie zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgegebenen Aufgaben brauchen, die ÄrztInnen untereinander tauschen Befunde in Wort und Bild über Datenleitung aus, viele Spitäler senden Ihre Entlassungsbriefe in Echtzeit an die Hausärztin, den Hausarzt....Was kann hier noch den gigantischen finanziellen Aufwand für ELGA rechtfertigen?

Um unsere Befürchtung zu deponieren: Die jetzt funktionierenden Systeme erfüllen zwei Vorgaben nicht, die politisch erwünscht sind: einen Auftragsschub für die Elektronikindustrie (Großrechner, neue Softwaremodule) und die Einschaumöglichkeit der Politik in die Daten. Bin ich paranoid oder sehen Sie hier auch ein Problem?

Alois Stöger: *Ich sehe die Notwendigkeit, durch die Nutzung moderner Informationstechniken die medizinische Versorgung auf hohem Niveau sicher zu stellen und zu verbessern. Wichtig ist dabei freilich die Einbindung aller*



Beteiligten mit dem Ziel, durch ELGA Behandlungsprozesse zu unterstützen und nicht zu erschweren. Besonders wichtig ist mir in diesem Zusammenhang, dass die Gesundheitsdaten vor Ort, also dezentral, vorhanden sind und ganz genau geklärt wird, welche Daten für welchen Arzt und wie lange sinnvoll sind.

Der Zugriff auf diese Daten muss also partiell und differenziert erfolgen. Ein Arzt einer Disziplin wird einen anderen Datenzugriff haben als der einer anderen. Möglicherweise hat der Hausarzt den größeren Überblick, um sowohl Qualität und Sicherheit zu erhöhen, aber auch die Reflexionsmöglichkeiten über die Behandlungswege und Behandlungserfolge zu gewährleisten.

Fest steht: Wenn ein Arzt aufgefordert wird, alle Gesundheitsdaten - vom Kindes- bis ins Greisenalter – zu lesen, bevor eine Behandlung begonnen werden kann, ist das eine wohl kaum zumutbare Überforderung. Wenn der Arzt oder die Ärztin jedoch die relevanten Daten bekommt, die für eine Therapieempfehlung notwendig sind, macht der elektronische Gesundheitsakt Sinn.





Dr. Euler: Das Burgenland hat im Jahr 2008 sein Landespflegeheim Neudörfel zu 49 Prozent der VAMED verkauft. Die Privatisierung des Gesundheitssystems wird von mehreren Managementfirmen betrieben. Praxisgemeinschaften von WahlärztInnen im Besitz von Investorengruppen bieten sich als Alternative zum etablierten Versorgungssystem an. Auf der Homepage dieser Managementgesellschaften können Sie als Patient, als Arzt und als Investor „eintreten“. Wie stehen Sie diesem Trend gegenüber?

Alois Stöger: Grundsätzlich prüfe ich jeden Vorschlag nach dem Gesichtspunkt, was die Patienten und Patientinnen davon haben. Grundvoraussetzung ist das Bekenntnis zu einem öffentlich und solidarisch finanzierten Gesundheitssystem, zu dem alle Menschen den gleichen Zugang haben. Inwieweit es notwendig sein wird, bestimmte Zusammenarbeitsformen zwischen Ärzten zu ermöglichen und in welcher rechtlichen Form das geschehen soll, da bin ich pragmatisch. Was jedoch nicht passieren darf, ist, neue Abhängigkeiten für (junge) Ärzte und Ärztinnen zu schaffen.

Dr. Euler: Wird es möglich sein, in Europa eigenständige Gesundheitssysteme zu haben, oder wird die Ökonomisierung des Gesundheitswesens und die Bürokratisierung der Privatsphäre eine unausweichliche Voraussetzung für die wirtschaftsbestimmte Verwaltung jedes modernen europäischen Staates?

Alois Stöger: Fest steht, dass sich die österreichische Bundesregierung zu einem starken öffentlichen und solidarischen Gesundheitssystem sowie zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung für alle Menschen in Österreich – unabhängig von Einkommen, Alter, Herkunft, Religion oder Geschlecht bekennt.

Dr. Euler: Sektionschef Dr. Auer formulierte im November 2007 bei einem Referat an der Universität Wien: „das Paradigma von der besonderen Intimität zwischen Arzt und Patient ist im Zeitalter von e-health zu hinterfragen...“ Hat für Sie persönlich der Begriff „Vertrauen“ substantielle Bedeutung, oder halten Sie ihn als Größe im Gesundheitssystem für anachronistisch?

Alois Stöger: Angesichts der Komplexität des Gesundheitssystems ist ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient sicherlich eine wichtige Grundlage für den erwünschten Behandlungserfolg. Ich gehe davon aus, dass gerade die Hausärzte dabei eine wichtige Rolle spielen.

Der erste Weg soll jener zum eigenen Hausarzt, zur eigenen Hausärztin sein, der aufgrund seiner oder ihrer fachlichen Ausbildung erkennt und diagnostiziert, ab welchem Zeitpunkt ein Patient/eine Patientin durch einen Spezialisten behandelt werden muss. Diese Rolle der Ärzte und Ärztinnen der Allgemeinmedizin sollte meiner Ansicht nach gestärkt werden.

DAS OFFENE WORT

Leserbrief von Dr. Waltraud Fink zu „Die Prüfung für Allgemeinmedizin aus der Sicht von Turnusärzten“ von Julia Baumgartner Hausarzt 12/2008, Seite 36

Prüfung ohne Lehre

„... warum .. für eine Prüfung bezahlen ..., auf die wir in unserer Ausbildung nicht vorbereitet wurden!“

Da ich seit 1989 in der Lehre der Allgemeinmedizin engagiert bin, war ich anfangs natürlich auch interessiert an der Gestaltung der Prüfung für Allgemeinmedizin mitzuwirken.

Das war Ende der Neunzigerjahre. Seinerzeit hatte ich gehofft, dass man selbstverständlich erkennen würde, dass man nur das prüfen kann, was zuvor gelehrt worden ist. Von einer verpflichtenden praktischen, geschweige denn von einer berufs-theoretischen Ausbildung war man aber 1998 noch weit entfernt.

Beim Erarbeiten der Prüfungsfragen befahl mich zunehmendes Unbehagen, Fragen zu stellen, die nur nach einer guten, vor allem auch theoretischen Lehre in der Allgemeinmedizin, beantwortet werden können.

Für Lehrgänge, Kurse dieser Art gab es aber an allen zuständigen Institutionen weder Interesse, noch Geld.

Lehrbuch der Allgemeinmedizin Theorie, Fachsprache und Praxis

Dr. Robert N. Braun, Dr. Waltraud Fink und Dr. Gustav Kamenski
226 Seiten, 17 x 24 cm, Softcover-Ausführung, Preis 20 Euro,
ISBN-Nummer: 978-3-85028-451-6

Brauns Schüler, Waltraud Fink und Gustav Kamenski, haben das vor zwanzig Jahren im Verlag Kirchheim, Mainz erschienene Lehrbuch überarbeitet und aktualisiert. Grundlegendes Wissen für die Ausübung der allgemeinärztlichen Praxis wird praxisnah und anschaulich vermittelt. Das Buch erläutert, was das Fach Allgemeinmedizin ausmacht, liefert Grundbegriffe und beschreibt Vorgehensweisen im beruflichen Alltag. Eine detaillierte Häufigkeitsstatistik von Fällen in der Allgemeinpraxis aus den letzten fünf Jahrzehnten ergänzt die Ausführungen.

www.verlag-berger.at unter Fachliteratur
www.buchhandel.de
www.amazon.de



Der Unmut der Turnusärztin Dr. Julia Baumgartner bestätigt mir nun, 10 Jahre später, dass mein Rückzug aus diesen Prüfungs„komitees“ gerechtfertigt war.

Und so darf ich wenigstens auf die Bücher von Robert N. Braun hinweisen, unter anderem das von Gustav Kamenski und mir 2007 im Verlag Berger/Horn neu herausgegebene Lehrbuch der Allgemeinmedizin.

Dr. Waltraud Fink, Straning, 22. Dezember 2008

Ein echtes Problem und eine falsche Lösung

von Christian Euler

Wieder einmal bringt sich **Patientenanwalt Dr. Bachinger als „Meinungsbildner“ in Erinnerung und fordert auf Grund einer von Ärzten erarbeiteten, von Ärzten publizierten und von Ärzten diskutierten Studie Qualitätskontrollen für Ärzte ein.**

Konkret geht es um die Erkenntnis, dass moderne Arzneimittel, die besonders bei betagten Menschen zunehmend Anwendung finden, beachtenswerte Interaktionen mit anderen Arzneimitteln verursachen können. Patientenanwalt Bachinger folgert daraus, dass die Qualitätskontrolle bei der Arzneimittelverschreibung niedergelassener Ärzte versage.

Zum einen hat Hofrat Dr. Bachinger die Studie offensichtlich nicht gelesen oder es ist ihm in der Eile entgangen, dass darin definitiv von keinen Schäden für Patienten die Rede ist.

Zum anderen befasst sich die Ärzteschaft schon seit langem mit der medizinischen Herausforderung, dass mit der rasant stei-

genden Lebenserwartung auch die Behandlungen multimorbider Patienten zunehmen. Das Zusammenspiel und die Wechselwirkungen beispielsweise von internistischen und neurologischen Medikationen werden in einschlägigen Fachzeitschriften für Ärzte, bei ärztlichen Fortbildungen und Kongressen ausführlich behandelt und diskutiert.

Österreichs Ärztinnen und Ärzte werden breit informiert und berücksichtigen die laufend neuen Erfahrungen in ihrer täglichen Arbeit.

In einigen stationären Einrichtungen werden bereits klinische Pharmakologen direkt am Krankenbett beigezogen, um die Risiken moderner Therapien zu minimieren. Das alles ohne Zutun medizinischer Meinungsbildner, die bei jeder unpassenden Gelegenheit Ihrem Arzneimittelsicherheitsgurtreflex erliegen.

Die Gefahr, dass Hofrat Bachinger in der Bevölkerung die Meinung bildet, Arzneimittel einzunehmen wäre gefährlich, ist nicht zu unterschätzen. Hat er die Kompetenz und Legitimation dafür die Verantwortung zu übernehmen?



Dr. Christian Euler

Der ÖHV fordert daher aus gegebenem Anlass eine Qualitätskontrolle für „Meinungsbildner“

und die Installierung einer Ärzteanwaltschaft, die unseren Berufsstand vor dumpfen Pauschalverdächtigungen schützt.

Dass mit den Forderungen der „Meinungsbildner im Gesundheitssystem“ nicht neue Wege eröffnet werden, sondern offene Türen eingerannt werden, zeigt der folgende Beitrag.

Nutzen der klinischen Pharmazie Nahtstellenmanagement medikamentöse Therapie Krankenhaus/niedergelassener Bereich

von Martina Anditsch

Was ist klinische Pharmazie?

Der Begriff „Klinische Pharmazie“ definiert sich als kontinuierliche, patientenorientierte, klinisch pharmazeutische Dienstleistung, welche dem Patienten eine optimale Arzneimitteltherapie garantieren, sowie den sicheren, effektiven und wirtschaftlichen Einsatz von Arzneimitteln im Spital gewährleisten soll. (Definition nach der Europäischen Gesellschaft für klinische Pharmazie ESCP).

Geschichte der klinischen Pharmazie

Ihren Beginn nahm die klinische Pharmazie in den Vereinigten Staaten, wo dieses Fach bereits in den 50er und 60er Jahren des 20. Jahrhunderts an Krankenhäusern und Universitäten etabliert war. Heute sind bereits über 85 Prozent aller amerikanischen Krankenhausapotheker als klinische Pharmazeuten tätig, meistens ein Apotheker pro 30 Betten. Mitte der 70er Jahre begann schließlich Großbritannien, die Erfahrungen aus den USA zu übernehmen. Deutschland folgte erst ungefähr 10 Jahre später, heute ist etwa jeder 5. deutsche Apotheker im Spital als klinischer Pharmazeut tätig.

In Österreich ist die Entwicklung der klinischen Pharmazie noch am Beginn. Trotz wesentlich begrenzter personeller Ressourcen (1 Apotheker pro 200 Krankenhausbetten) konnten



Mag. Martina Anditsch

in zahlreichen erfolgreich durchgeführten Projekten die Bedeutung und der Benefit der intensiven Mitarbeit der Pharmazeuten auf den Stationen gezeigt werden. Derzeit gibt es ca. 25 KrankenhausapothekerInnen in ganz Österreich, die den Großteil ihrer Arbeitszeit klinisch pharmazeutisch beratend auf der Station verbringen.



Aufgabengebiete

Durch die regelmäßige Teilnahme an Visiten, Teambesprechungen und Einsicht in die Krankengeschichte der Patienten verschafft sich der Apotheker/die Apothekerin einen Einblick in den klinischen Alltag und kann sein Wissen um die Arzneimittel in der Dosisanpassung, bei Organschäden, Interaktionen, Inkompatibilitäten, Arzneistoff- und Arzneiformauswahl qualitätssichernd zur Optimierung der medikamentösen Therapie einbringen.

- Überprüfung der Medikation zum Zeitpunkt der Aufnahme des Patienten
- regelmäßige pharmazeutische Begleitung der Arzneimitteltherapie während des Aufenthaltes. (Pharmakovigilanz)
- das pharmazeutische Entlassungsgespräch

Messbarkeit dieser Dienstleistung

Im Mittelpunkt soll die pharmakoökonomische Gesamtbetrachtung der Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des Behandlungsergebnisses (qualitätsgesicherte Arzneimitteltherapie) stehen. Dabei ist es sehr schwer den outcome der klinischen Pharmazie in der Reduktion direkter Kosten zu messen. In zahlreichen internationalen Projekten konnte der Kosten reduzierende Effekt einer klinisch pharmazeutischen Begleitung aufgezeigt werden.

Beispielsweise durch rascheren Switch auf per orale Präparate, durch Reduktion der Zahl der Medikamente, durch Verhinderung von möglichen klinisch relevanten Arzneimittelinteraktionen, durch Sektor übergreifende Betrachtung der Arzneimittelkosten. (Farrell et al; Am J Health Syst Pharm.2003; Lee C et al; Am J Health Syst Pharm 2007; Bond et al; Pharmakotherapie 2008).

Wesentlich schwieriger ist es, den wesentlich größeren Nutzen der klinischen Pharmazie in der Reduktion der indirekten Kosten (reduzierte Aufenthaltsdauer im Spital, verbesserte Compliance, reduzierte Wiederaufnahmen,...) zu evaluieren. Dazu müsste in spitalsübergreifende Projekte investiert werden.

Erfolgreiche Projekte im Donauspital zur Reduktion des Nahtstellenproblems niedergelassener Bereich-Spital-Niedergelassener Bereich:

1. Aufnahmecheck der Eingangsmedikation:

Vergleich mit Präparaten der Hausliste, Vorschlag von möglichen Alternativen für den stationären Aufenthalt, Vorschläge für richtigen Applikationszeitpunkt, richtige Stärke des Präparats, möglicher Zusammenhang Medikation und Aufnahmegrund durch Interaktionen.

Ergebnis: Bis zu 40 Prozent Reduktion der Zahl der Sonderanforderungen für Präparate, die nicht in unserer Hausliste sind. Zeitersparnis für Pflege und Apotheker in der Logistik, Patient kommt schneller zu der vorgeschriebenen Medikation.

2. Kontinuierliche Begleitung des Patienten während des stationären Aufenthaltes; Mithilfe bei der möglichen Reduktion der Zahl der Medikamente, Aufzeigen von möglichen Interaktionen, Dosierungsanpassung bei Nieren- und Leberschäden, Dokumentation von Arzneimittelnebenwirkungen.

3. Pharmazeutisches Entlassungsmanagement:

Check der Medikation des Entlassungsbriefes mit der Aufnahmemedikation bezüglich Generikaverordnung, Zusammenarbeit mit Chefärztin im Haus zur Vorabbeurteilung neu verordneter Medikamente, Information des Patienten über weiterführende

Medikation: z. B. Schulung über richtige Anwendungstechnik von Sprays, Pflastern, Insulinpens, Information über Applikationszeitpunkt,-dauer, Kombination mit OTC,...

Ziel:

- **Reduktion von Versorgungslücken (seamless care)**
- **Verbesserung der Adherence**
- **Reduktion des „Drehtüreffektes“**

Evaluierungsprojekt mit dem Hauptverband für 2009 geplant;

Zukunft

Mitarbeit bei der Erstellung interdisziplinärer Behandlungsstandards, ausgerichtet auf die Bedürfnisse der betroffenen und Angehörigen in Anlehnung an ein deutsches Projekt (www.priscus.net)

Mitarbeit bei der Erstellung von „Positiv“ Liste für sicher Medikamente in Alter.

Mitarbeit bei der Österreich weiten Etablierung einer Verordnungssoftware zur Erfassung klinisch relevanter Interaktionen inklusive einer „Kummernummer“ für besondere Problemstellungen für die verschreibenden Ärzte im Spital UND im niedergelassenen Bereich.

Warum gibt es heutzutage so viele Patienten mit einer Dauerverordnung von mehr als 10 verschiedenen Medikamenten?

Mögliche Ursachen:

- Patienten werden immer älter, es werden viel mehr Diagnosen gestellt
- Einfluss der EBM, wo in den Guidelines und Therapieempfehlungen kaum auf den multimorbiden Patienten mit vielen Zusatzkrankungen eingegangen wird
- Ärztetourismus, durch e-card noch verstärkt
- Zusätzliche Einnahme von OTC Präparaten aus Apotheke und Reformhaus, Einfluss Internet
- Mehrere Spitalsaufenthalte

Problem?

Je mehr Medikamente gleichzeitig eingenommen werden, desto größer ist die Gefahr von klinisch relevanten Interaktionen und Auftreten von Nebenwirkungen, die wieder mit einem neuen Medikament therapiert werden.

Die Zahl der Spitalsaufenthalte aufgrund von UAW's (unerwünschten Arzneimittelwirkungen) steigt ständig und liegt bei internen Abteilungen schon bei 20 Prozent. Zu 80 Prozent führen erhöhte Plasmaspiegel, zu 51 Prozent inadäquate Dosierungen, zu ca. 26 Prozent Arzneimittelwechselwirkungen zu klinisch relevanten Symptomen. Bis zu 64 Prozent der Nebenwirkungen wären vermeidbar gewesen vor allem durch Berücksichtigung der veränderten Physiologie des alten Menschen. (Pirmohamed, BMJ 2004; Dormann Drug Safety,2003; McDonnell, Ann Pharmacother2002; Osterberg, NEJM 2005).

Spitalsaufenthalt:

Der Spitalsaufenthalt sollte unbedingt dazu genutzt werden die bestehende medikamentöse Therapie auf Sinnhaftigkeit und Weiterführung zu überprüfen und die Zahl der Medikamente zu reduzieren. Als Hilfestellung für die Weiterführung sollte bei der Entlassung im Arztbrief auf die Dauer der Weiterführung, eventueller

Dosierungsanpassung hingewiesen werden. Oft wird eine im Spital angesetzte Therapie monatelang, ja oft jahrelang weitergeführt. Ist das aber immer notwendig?

Dazu einige Beispiele:

■ Gerade bei Psychopharmakaeinsatz sollte eine Weiterführung unter intensiver Beobachtung durchgeführt werden. Schlafstörungen, delirähnliche Auffälligkeiten können durch die veränderte Situation im Spital ausgelöst und zu Hause kein Thema mehr sein. Wenn man bei Benzodiazepinen und Analoga übersieht, dass man sehr rasch auf Bedarfmedikation umstellt, kann man den Patienten schnell in eine Abhängigkeit bringen.

■ Niedrig potente Antipsychotika, wie z. B. Dominal forte, Buronil, aber auch Seroquel und Risperdal, die auch gerne bei Schlafstörungen oder abendliche Unruhe und Verwirrung eingesetzt werden, haben durch ihre ausgeprägte zentrale Alpha-Blockade, eine starke Blutdrucksenkende Wirkung und erhöhen durch Orthostase das Sturzrisiko. Auch hier sollte nach Stabilisierung des Patienten zu Hause ein Absetzversuch bzw. eine Dosisreduktion versucht werden.

■ Neu begonnene Antidepressivatherapien sollten nach Ansprechen auf die therapeutischen Dosierungen erhöht werden, um den Patienten in eine Remission zu bringen (z. B. Efectin 75mg auf 150mg, oder CipraleX 5mg auf 10mg).

■ Auch bei einer Antidementivatherapie sollte auf ein mögliches Aufsitzen nach 4 bis 6 Wochen nicht vergessen werden.

■ Antihypertensiva brauchen bis zu zwei Wochen, bis sie ihre volle blutdrucksenkende Wirkung entwickeln. Niedrige Startdosen sollten in Abhängigkeit des Ansprechens auch entsprechend erhöht werden, bevor ein neues Medikament dazu verordnet wird.

■ Schleifendiuretika führen bei Weiterführung in hohen Dosen leicht zu Exsikose, Sturz, Harnwegsinfekt und Verwirrung.

Praktisches Beispiel zur Illustration.

Aus einem Entlassungsbrief Dez. 2008 Patientin, geb.: 1921

Diagnosen:

- Exacerbation bei schwerer COPD • Respiratorische Globalinsuffizienz
- Ischämische Cardiomyopathie • KHK, Z. n. Vorderwandinfarkt und Lyse, Non-Q-Wave Infarkt 4/96
- Permanentes Vorhofflimmern • Hypertonie • Hypercholesterinämie
- Diabetes mellitus Typ 2, insulinpflichtig • Cerebrovaskuläre Insuffizienz
- Traumatische Gonarthrose re mehr als li • Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik
- Konjunktivitis li Auge

Therapie

Spiriva 18mg	1 0 1	Symbicort	Hub 2 0 2
Lisiniopril 20mg	½ 0 ½	Lanitop 0,1	1 0 0
Lasix 40mg	2 1 0	Simvastatin 20mg	0 0 1
Magnonorm	1 0 1	Dilzem 180mg	1 0 ½
Berodual DA	2Hub 4stündlich	Aquaphoril	1 0 0
ThromboASS 100mg	0 1 0	Mucobene 16mg	1 0 1
Respicur 400mg	½ 0 ½	Prednisolon 25mg	1 0 0
Marcoumar	lt Ausweis	Insulin NovoMix30	30 0 14
Dancor 10mg	½ 0 ½	Refobacin AuTr	3xtgl
Mirtabene 30mg	0 0 1	Risperdal 1mg	½ 0 0 ½

■ Bestimmte hochpotente Statine werden nach erfolgreicher kardialen Stentsetzung nach Myocardinfekt aufgrund ihres möglichen stabilisierenden Effektes auf rupturgefährdete Plaques unabhängig von der Normalisierung der Dyslipidämie eingesetzt.

Eine mögliche Wirkung auf Thrombozytenadhäsion, Gefäßelastizität, Makrophagenaktivität und antiinflammatorische Wirkung sollen für die endotheliale Vasodilatation verantwortlich sein. Eine Bewilligung in dieser Indikation ist meistens für 3 Monate möglich, dann erfolgt die Weiterführung in Abhängigkeit des LDL Wertes.

■ Gezielter Einsatz von Magenschutzpräparaten. Es gibt auch eine prophylaktische Dosis!

Zusammenfassend:

Idealerweise sollte als Hilfestellung bereits im Arztbrief auf die Weiterführung und mögliche Anpassung der medikamentösen Therapie im niedergelassenen Bereich hingewiesen werden.

Trotzdem gilt: regelmäßiges Hinterfragen der Therapie, wobei ein mögliches Streichen eines Medikamentes genauso wichtig ist, wie eine mögliche Steigerung einer Startdosis eines anderen Medikamentes.

Die basierend auf EBM, aber auch klinischen Erfahrungen, interdisziplinäre Erstellung von Listen, welche Medikamente besonders zu hinterfragen sind, wäre eine große Hilfestellung.

Autorin:

Mag. Martina Anditsch

Klinische Pharmazeutin Donauspital

Sehr geehrter Herr Dr.Euler,

nach Durchsicht der Medikation und der Laborparameter erlaube ich mir folgende Anmerkungen anbringen zu dürfen:

Crea 1,6

Zuckerwerte durch Cortisongabe nicht optimal einstellbar. Schwere COPD (Gold III?)

Im Spital beginnendes Durchgangssyndrom

Entlassungsmedikation:

Spiriva nur 1x morgens, aber fix. Symbicort 2-0-2 fix.

Respicur 200mg 1-0-1 (Spiegelkontrolle im Spital? – Patientin Tachykard?)

Berodual eher nur bei Bedarf, da kombiniertes kurzwirksames β -Mimetikum Herzfrequenz erhöht, Schlafstörungen begünstigt und den Outcome bei COPD nicht verbessert.

Prednisolon 25mg 1-0-0: bei COPD bringt Langzeitgabe von Cortison p.o. in so hoher Dosis mehr NW als Benefit. Laut COPD Guidelines ist systemische Dauertherapie nicht indiziert.

Bekommt die Patientin zu Hause Sauerstoff? Sollte die Patientin länger als drei Monate Cortison einnehmen sollte an eine Osteoporoseprophylaxe mit Bisphosphonaten Ca/Vit D gedacht werden. Vitamin D wäre so und so sinnvoll (mind. 800IE/Tag). ACC (Mucobene) 600mg 2x/Tag ist sehr hohe Dosis bei trockenem Husten. Patienten trinken oft zu wenig, können den Schleim nicht aushusten, Risperdal Dauertherapie zu Hause noch nötig? Bei Crea 1,6 vorsichtige Dosierung, nicht spät abends, wirkt eher häufiger aktivierend, daher wenn überhaupt noch nötig 1mg morgens.

Refobacin Augentropfen begrenzen in der Anwendungsdauer. Lasix und Aquaphoril wegen Atemnot und CMP wahrscheinlich notwendig (Elektrolyte kontrollieren)

Lanitop 0,1: wir nehmen lieber Digimerck 0,07, va. Bei sehr alten Patienten und Nierenschäden.

Wann kommt der Betriebskostenkollaps?

Die Inflation in den Ordinationen ist höher, als bisher angenommen

von Christoph Reisner

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte werden quasi dreimal durch die Inflation bestraft. Zum einen betrifft die Erhöhung des Verbraucherpreisindex den privaten Konsum und den Kaufkraftverlust, der durch die Anpassung im Einkommen eigentlich ausgeglichen werden sollte. Was jedoch zum zweiten Mal trifft, sind die Inflationserhöhungen im Rahmen der Betriebskosten.

Mit einer Selbstverständlichkeit wird etwa erwartet, dass die Gehälter der Angestellten im Ausmaß der Kollektivvertragsverhandlungen erhöht werden. Zusätzlich trifft den Steuerpflichtigen die „kalte Progression“ von über Jahrzehnte einzementierten Steuergrenzen, während die Beitragsgrundlagen bei der Sozialversicherung jedes Jahr gnadenlos nach oben geschraubt werden.

Bei den bisherigen Berechnungen ist man immer davon ausgegangen, dass der VPI in etwa auch für die Betriebskosten gilt, die in den Ordinationen anfallen. Ein jüngst veröffentlichter Bericht der MEDTAX-Steuerberatergruppe hat jedoch mit diesem Vorurteil aufgeräumt: Die Kostenstruktur niedergelassener Ärzte hat eine ganz andere Ausprägung als die eines Privathaushalts. Um diesen Vergleich ziehen zu können, wurde die anonymisierte Datenbank der MEDTAX-Steuerberater analysiert. Als Endergebnis wurde für drei Ärzteguppen der MEDTAX Ärztepreisindex 2008 errechnet und vorgestellt.

Die bittere Analyse der Betriebskosten

Der Analyse ist bitter. Als Endergebnis steht nun der MEDTAX Ärztepreisindex 2008 für niedergelassene Allgemeinmediziner mit 4,08 Prozent fest. Der VPI 2008

hat sich dabei noch auf „versöhnlichen“ 3,2 Prozent eingependelt. Die Auswirkungen liegen auf der Hand: Der einzelne Arzt muss nun bestrebt sein, diese Werte auszugleichen. Der Kassenarzt kann nur darauf vertrauen, dass bei den Honorarverhandlungen für 2008 diese Entwicklungen auch die notwendige Berücksichtigung finden.

Der niedergelassene Arzt muss also nicht nur den Realverlust an Nettoeinkommen ausgleichen, sondern auch die Kostensteigerung im Betrieb abfedern. Diese erreicht in Bezug auf das Volumen in aller Regel mehr als das doppelte der Privatausgaben, weshalb der MEDTAX Ärztepreisindex in der Argumentation mehr Gewichtung verdient als der Verbraucherpreisindex.

Durchgerechnet und unter Berücksichtigung der kalten Progression sind so Honorarerhöhungen von knapp vier Prozent notwendig, um die betriebliche und private Teuerung 2008 auszugleichen. Eine Nullrunde für 2008 hätte etwa beim Allgemeinmediziner einen Kaufkraftverlust von 7,1 Prozent zur Folge, eine Honorarerhöhung von 2,0 Prozent würde immer noch ein Minus von 3,2 Prozent nach sich ziehen. Wir dürfen daher schon auf die Honorarverhandlungen für das Jahr 2008 gespannt sein. Doch allzu optimistisch bin ich nicht, zumindest nicht für Niederösterreich.

Mit einer Ausnahme immer unter der Inflationsrate

Durchgerechnet auf die vergangenen acht Jahre macht uns in Niederösterreich ein Verlust an Nettoeinkommen bei den Kassenärztinnen und Kassenärzten von fast zehn Prozent zu schaffen. Und zwar aufgrund von Honoraranpassungen immer unter der Inflationsrate, mit nur einer einzigen Ausnahme.

Das ist ein Faktum, auch wenn führende Funktionäre der Verhandlung führenden



Dr. Christoph Reisner

Fraktion beispielsweise in Aussendungen gerne gegenteiliges behaupten.

Mit eingerechnet sind hier noch nicht die laufend zu verbuchenden Zusatzkosten, die etwa durch die E-card-Neuerungen auf die Ärzteschaft zukamen und zum überwiegenden Teil nicht abgegolten wurden. Auf zehn Jahre berechnet hat die Kassenärzteschaft in Niederösterreich einen Kaufkraftverlust von etwa einem Viertel ihres Einkommens erleiden müssen.

Das ist aus meiner Sicht schlicht eine schlechende Enteignung, gegen die man als Kurie der niedergelassenen Ärzte in den Kampf ziehen sollte. Als Vergleich: In den Tarifrunden der führenden Gewerkschaften wurde dieser Preissteigerung Rechnung getragen und die zum Ausgleich notwendigen Lohnanpassungen wurden zumeist erfolgreich umgesetzt. Mit Abschlüssen im Bereich von 3,5 Prozent oder sogar darüber wie der jüngste Abschluss der Beamten mit 3,55 Prozent.

Dr. Christoph Reisner

IXEL 25 mg und 50 mg – Kapseln. Zusammensetzung: Jede Hartkapsel enthält 25 mg bzw. 50 mg Milnacipran-Hydrochlorid, entsprechend 21,77 mg bzw. 43,55 mg Milnacipran freie Base. **Hilfsstoffe:** Calciumhydrogenphosphat-Dihydrat, Carmellose-Calcium, Povidon K 30, wasserfreies hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Talkum; Kapselhülle 25 mg: Oberteil und Unterteil (rosa): Titandioxid (E 171), rotes Eisenoxid (E 172), gelbes Eisenoxid (E 172), Gelatine; Kapselhülle 50 mg: Oberteil (rosa): Titandioxid (E 171), rotes Eisenoxid (E 172), gelbes Eisenoxid (E 172), Gelatine; Unterteil (rostfarben): Titandioxid (E 171), rotes Eisenoxid (E 172), gelbes Eisenoxid (E 172), Gelatine. **Anwendungsgebiete:** Behandlung von depressiven Episoden („Major Depression“) bei Erwachsenen. **Gegenanzeigen:** Dieses Medikament darf in folgenden Fällen nicht eingesetzt werden: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; in Verbindung mit nichtselektiven MAO-Hemmern, selektiven MAO-B-Hemmern, Digitalis und 5-HT_{2A}-Agonisten (Sumatriptan...); in der Stillperiode. Dieses Medikament darf in folgenden Fällen im Allgemeinen nicht eingesetzt werden: in Verbindung mit parenteralem Adrenalin und Noradrenalin, Clonidin und verwandten Stoffen und selektiven MAO-A-Hemmern; bei Prostatahypertrophie und anderen urogenitalen Störungen. **Warnhinweis:** Milnacipran sollte nicht zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren angewendet werden. Die Informationen bez. Warnhinweisen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. **Abgabe:** Rezeptur und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **ATC-Klasse:** N06AX17. **Zulassungsinhaber:** Pierre Fabre Medicament, Boulogne, Frankreich; **Vertrieb:** Germania Pharmazeutika GesmbH, 1150 Wien

Referenzen: 1) siehe Austria Codex, Fachinformation 2) D.L.Musselman, et al.: Relationship of Depression to Diabetes Types 1 and 2: Epidemiology, Biology and Treatment, Biol. Psychiatrie 2003;54:317-329

Hausapotheken

Antrag auf Erteilung einer Hausapothekenkonzession vor Praxiseröffnung

von Markus Lechner

Die Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke wird nur auf Antrag erteilt. Der Antrag kann bei der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde nur von einem Arzt gestellt werden, der in einem kurativen Einzelvertragsverhältnis steht, und dessen Berufssitz bestimmte Erfordernisse erfüllt, insbesondere entsprechend von den nächstgelegenen öffentlichen Apotheken entfernt ist.

In der Praxis hat sich mitunter die Frage gestellt, ab welchem Zeitpunkt der Antrag auf Erteilung der Hausapothekenbewilligung gestellt werden kann. Dafür bieten sich mehrere Zeitpunkte an:

Denkbar wäre erstens, auf die Eröffnung der Ordination abzustellen. Dieser Ansatz wäre für einen antragstellenden Arzt jedoch höchst unbefriedigend, weil dieser in den Ordinationsräumlichkeiten auch Hausapothekenräume und -einrichtungen vorsehen müsste, ohne jedoch sicher sein zu können, die Bewilligung zur Haltung der ärztlichen Hausapotheke auch tatsächlich zu erhalten. Selbst wenn die Bewilligung letztlich erteilt wird, könnte der Arzt während der Dauer des anhängigen Verfahrens keine Medikamente ausgeben.

Weiters denkbar wäre, an die Unterfertigung des kurativen Einzelvertrages anzuknüpfen. Dieser Zeitpunkt liegt in der Praxis jedoch zumeist sehr nahe an der Eröffnung der Ordination, weil die Unterschrift unter dem kurativen Einzelvertrag nur mehr einen Formalakt nach einem formalisierten, länger dauernden Vergabeverfahren darstellt. Dieselben Erwägungen wie oben sprechen somit auch aus ärztlicher Sicht gegen diesen Anknüpfungspunkt.

Letztlich könnte noch an den Zeitpunkt des Zuschlages einer Kassenplanstelle nach Abschluss des Vergabeverfahrens angeknüpft werden. Diesfalls könnte man einen Arzt ab dem Zeitpunkt für antragsberechtigt ansehen, ab welchem ihm verbindlich die Vergabe einer Kassenplanstelle zugesagt wurde.

Die vorliegende Fragestellung hat der Verwaltungsgerichtshof in einer kürzlich ergangenen Entscheidung nunmehr aus ärztlicher Sicht äußerst positiv beantwortet (VwGH Zl. 2007/10/0266 vom 3.10.2008):

Im Verfahren war von einer öffentlichen Apotheke vorgebracht worden, ein Antrag auf Bewilligung einer ärztlichen Hausapotheke könne erst dann wirksam gestellt werden, wenn sämtliche Daten und Nachweise der Innehabung der Ordinationsstätte vorliegen würden, die Ordination also bereits eröffnet sein müsse.

Dieser Argumentation ist der Verwaltungsgerichtshof jedoch nicht gefolgt, sondern hat er wortwörtlich ausgeführt:

„Eine die Zulässigkeit der Antragstellung [in der von der öffentlichen Apotheke gewünschten Weise] einschränkende Norm findet sich im ApG jedoch nicht. Eine derartige Bestimmung hätte im Übrigen zur Folge, dass der Nachfolger eines hausapothekenführenden Arztes erst nach Einrichtung der Ordinationsräume – unter



Mag. Markus Lechner

Berücksichtigung des Raumbedarfs für die Hausapotheke – und Aufnahme seiner Tätigkeit die Bewilligung zur Haltung einer Hausapotheke beantragen könnte, was dazu führen würde, dass die Patienten während der Verfahrensdauer nicht mit Medikamenten aus der ärztlichen Hausapotheke versorgt werden könnten. Derartiges kann dem Gesetzgeber nicht unterstellt werden.“

Man wird daher davon ausgehen können, dass der Antrag auf Bewilligung der Haltung einer Hausapotheke ab dem Zeitpunkt zulässigerweise gestellt werden kann, ab dem einem Arzt eine Kassenplanstelle wirksam zugesprochen ist. Einen Bewerber um eine vakante Kassenplanstelle wird man hingegen noch nicht als antragsberechtigt ansehen können.

Es ist auch zu empfehlen, den Antrag so rasch wie möglich zu stellen. Zum einen dauert das Verfahren über den Konzessionsantrag ohnehin mehrere Monate und könnte sich durch Einsprüche weiter verzögern. Zum anderen wird bei widerstreitenden Anträgen (Hausapothekenkonzession, Apothekenkonzession) auf den Zeitpunkt des Zutreffens bei der Antragstellung abzustellen sein.

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

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

JANUMET Fachkurzinformation: Bezeichnung des Arzneimittels: Janumet 50 mg/850 mg Filmtabletten, Janumet 50 mg/1.000 mg Filmtabletten. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Tablette enthält 50 mg Sitagliptin (als Phosphat 1 H₂O) und 850 mg bzw. 1000 mg Metforminhydrochlorid. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose (E 460), Povidon K29/32 (E 1201), Natriumdodecylsulfat, Natriumstearylfumarat. **Tablettenüberzug:** Poly(vinylalkohol), Macrogol 3350, Talkum (E 553b), Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(II,III)-oxid (E 172). **Anwendungsgebiete:** Für Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus: Janumet ist zusätzlich zu Diät und Bewegung zur Verbesserung der Blutzuckerkontrolle bei Patienten indiziert, bei denen eine Monotherapie mit Metformin in der höchsten vertraglichen Dosis den Blutzucker nicht ausreichend senkt oder die bereits mit der Kombination von Sitagliptin und Metformin behandelt werden. Janumet ist auch in Kombination mit einem Sulfonylharnstoff (z. B. als Dreifachtherapie) zusätzlich zu Diät und Bewegung bei Patienten indiziert, bei denen eine Kombination aus der jeweils höchsten vertraglichen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nicht ausreicht, um den Blutzucker zu senken. **Gegenanzeigen:** Janumet ist kontraindiziert bei Patienten mit: Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile; diabetischer Ketoazidose; diabetischem Präkoma; mäßiger oder schwerer Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance < 60ml/min); akuten Erkrankungen, welche die Nierenfunktion beeinflussen können, wie: Dehydratation, schweren Infektionen, Schock, intravasculäre Gabe von jodhaltigen Kontrastmitteln; akuten oder chronischen Erkrankungen, die eine Gewebepoxie verursachen können, wie: Herz- oder Lungeninsuffizienz, kürzlich stattgefundenen Myokardinfarkt, Schock; Leberfunktionsstörung; akuter Alkoholvergiftung, Alkoholismus; Stillzeit. **Inhaber der Zulassung:** Merck, Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire, EN 11 9BU, Vereinigtes Königreich. **Vertrieb in Österreich:** Merck Sharp & Dohme GmbH, Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Kombinationen mit oralen Antidiabetika, ATC-Code: A10BD07. **Weitere Angaben zu Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**