



Das neue Antidiabetikum Januvia®

Interview mit Doz. Dr. Raimund Weitgasser, Universitätsklinikum Salzburg

Von Karin Herzele

Hausarzt: Herr Dozent Weitgasser, Januvia® (Sitagliptin) gehört zu der neuen Substanzklasse der Inkretine oder auch DPP-4-Inhibitoren. MSD hat es im November 2007 in Österreich auf den Markt gebracht. Was können Sie uns über die Wirkung sagen?

Dozent Weitgasser: Diese Substanzklasse hemmt den Abbau des Darmhormons Glucagon-Like Peptide-1 (GLP-1), welches einerseits die postprandiale Insulinausschüttung bewirkt und andererseits die Ausschüttung des Insulinantagonisten Glukagon hemmt. Damit sinken die Blutzuckerspiegel nach den Mahlzeiten deutlich ab. Daneben verringert es den Appetit, sodass eine Gewichtsstabilisierung eintritt.

Hausarzt: Welche Vorteile hat Januvia® gegenüber anderen oralen Antidiabetika?

Dozent Weitgasser: Es wirkt im Vergleich zu anderen blutzuckersenkenden Substanzen ähnlich stark, verursacht aber durch Wiederherstellung der gestörten körpereigenen Hormonwirkung praktisch keine Hypoglykämien. Es genügt eine 100mg-Tablette pro Tag, unabhängig von Tageszeit und Nahrungsaufnahme, was die Compliance verbessert – und es erfolgt keine Gewichtszunahme.

Hausarzt: Welche Diabetikerinnen und Diabetiker sollen Januvia® bekommen?

Dozent Weitgasser: Am besten untersucht sind übergewichtige oder adipöse Patienten, welche bisher ein Metforminpräparat (z. B. Glucophage®, Diabetex®) nehmen und eine zusätzliche Therapie

brauchen, weil ihr HbA1c mit Metformin allein zu hoch liegt. Für diese Patienten eignet sich neben einem Glitazon (Actos®, Avandia®) das Januvia® am besten.

Hausarzt: Wann ist der richtige Zeitpunkt für den Behandlungsbeginn mit Januvia®?

Dozent Weitgasser: Wahrscheinlich in den ersten Jahren nach Diagnose eines Diabetes mellitus Typ 2. Dazu liegen aber noch nicht ausreichend Studienergebnisse vor.

Hausarzt: Kann man Januvia® mit anderen Antidiabetika kombinieren?

Dozent Weitgasser: Wie gesagt, am besten mit einem Metforminpräparat. Aber auch die Kombination mit einem Sulfonylharnstoff (z. B. Diamicon®, Amaryl®) oder mit einem Glitazon (Actos®, Avandia®) und die 3er-Kombination von Metformin, Sulfonylharnstoff und Januvia® sind in der EU zugelassen.

Hausarzt: Wie gut verträglich ist Januvia®? Besteht die Gefahr von Hypoglykämien?

Dozent Weitgasser: Soweit bisher bekannt, gibt es keine den Patienten beeinträchtigende Nebenwirkungen. Das Hypoglykämierisiko für Januvia® ist minimal, da ja keine direkte Wirkung auf die Insulinausschüttung, sondern eine Wiederherstellung physiologischer Verhältnisse erfolgt.

Dies gilt für die alleinige Einnahme von Januvia® und die Kombination mit einem Metforminpräparat oder einem Glitazon. Wird allerdings ein Sulfonylharnstoff, mit Januvia® kombiniert,



ist mit einem höheren Hypoglykämie-Risiko zu rechnen.

Hausarzt: Mit welchen Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und Gegenanzeigen ist zu rechnen?

Dozent Weitgasser: Außer einer möglichen Überempfindlichkeitsreaktion oder Allergie, die es auf jedes Medikament geben kann, sind in bisherigen Untersuchungen keine nennenswerten Nebeneffekte im Vergleich zu Placebo beschrieben. In der Schwangerschaft und während der Stillzeit soll es mangels bisheriger Studien nicht eingesetzt werden.

Januvia® Facts

Januvia® ist bei Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus zur Verbesserung der Blutzuckerkontrolle in Kombination mit Metformin, einem Sulfonylharnstoff oder einem Glitazon (nur bei Metformin-Unverträglichkeit oder Kontraindikation) sowie als Teil einer Tripeltherapie mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff indiziert, wenn Diät und Bewegung plus Metformin den Blutzucker nicht ausreichend senken. Die 100mg Dosierung wird einmal täglich eingenommen, unabhängig von Nahrungsaufnahme und Tageszeit.

In internationalen Studien ist eine signifikante Senkung des HbA1c, des Nüchtern- sowie des postprandialen Blutzuckers gezeigt worden. Es kam zu keiner Gewichtszunahme. Die Hypoglykämien-Rate liegt ebenso wie die Nebenwirkungsrate von Januvia® auf Placeboniveau. Das Studienprogramm umfasst mehr als 10.000 Patienten. Januvia® ist in mehr als 60 Ländern zugelassen, in den USA befindet sich Januvia® seit 17 Monaten auf den Markt. Weltweit wurde Januvia® bereits über 3 Millionen Mal verschrieben.

Seit 1. November 2007 befindet sich Januvia® in der dunkelgelben Box des Erstattungskodex.

Die Verschreibung wird unter folgenden Voraussetzungen bewilligt:

→ Diabetes Typ 2. → Therapiebeginn ab einem HbA1c größer 7 → Als Second-line-Therapie in Kombination mit - Metformin oder - Glitazonen (bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikationen) → BMI größer 26 → Nicht in Kombination mit Insulin → HbA1c-Bestimmung alle 6 Monate → Langzeitverschreibung für 6 Monate (L6)

Statt eines Präsidentenbriefes

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

von Christian Euler

„In Wien musst erst gestorben sein, damit's Dich hochleben lassen.“

Diesen Satz, der uns rund um den von den Medien ausgehenden Falco-Hype, mehrmals täglich ans Ohr dringt, haben wir schon aus dem Mund Helmut Qualtingers gehört, aus Andre Hellers Mund sowieso.... aber ist er deshalb richtig?

Statt eines Präsidentenbriefes lesen Sie heute eine ungelenke aber dafür aufdringliche Laudatio zum Nichtgeburtstag, Nichtjubiläum und zur Nichtordensverleihung von und an Prof. Wolfgang Graninger, Leiter der Abteilung für Chemotherapie an der Universitätsklinik Wien.

Es sind vor allem drei Erlebnisse, die mich dazu drängen.

Vor vielen Jahren betreute ich eine alte Frau, die an großflächigen tiefen Ulcera an beiden Beinen litt. In dieser Zeit hörte ich im Rahmen einer Fortbildung Prof. Graninger über antibiotische Therapie referieren, er kam auch auf Hautinfektionen zu sprechen und ich war an meinen frustrierten Fall erinnert. Gleich darauf stellte ich die Patientin mit einem Begleitbrief an Graningers Ambulanz vor. Ein beträchtlicher Aufwand bei einer in Mörbisch lebenden, faktisch immobilen Frau. Es lohnte sich. Sie kam mit einem handgeschriebenen Brief des Abteilungsleiters zurück, der das diagnostische und therapeutische Prozedere enthielt, inklusive einer detaillierten Beschreibung der vorgeschlagenen Verbandstechnik. Die Frau besuchte viele Monate in regelmäßigen Abständen die Ambulanz und immer wieder überzeugte sich der Professor persönlich vom Fortgang der Heilung und war auch ungehalten, wenn er zu geringe Gewissenhaftigkeit der (be)handelnden Personen vermutete.

Dr. Dr. Graninger ist ein begnadeter Fortbildner. Kein Weg ist ihm zu weit, kein Auditorium zu „provinziell“. Ich hörte ihn im Krankenhaus Oberpullendorf ebenso, wie im Wiener Grandhotel, beim Hausärztekongress, bei Landesärztetagen, vor Professoren und Landärzten. Die Mär, dass er ausgebildeter Lehrer sei, weiß ich nicht zu

bestätigen, jedenfalls ist er ein didaktisches Genie. Sein großes Wissen verpackt er in mitreißende Geschichten voll Ironie und Witz. Ob er das „Muschifieber“ erwähnt, das Sextouristen vom Urlaub heimbringen und an dessen Behandlung man merkt, dass erst 300mg Tetracyclin eine wirksame Tagesdosis sind, oder ob er die italienische Tradition der intramuskulären Verabreichung von Antibiotika in die Geschichte der Vespa fahrenden Krankenschwester verpackt, die ohne den Motor abzustellen ihre Spritzen den Patienten „hineinhaut“, die schon beim nahenden Motorengeräusch damit beginnen ihr Gesäß zu entblößen, immer weiß er urkomische Assoziationen mit unleugbarem mnemotechnischen Wert anzubieten.

Voriges Jahr wusste ich in der Behandlung eines schwer geistig und körperlich behinderten Mannes mit rezidivierenden Harnwegsinfekten und schließlich einer Pseudomonasinfektion nicht mehr weiter. Ich fasste das Wesentliche schriftlich zusammen, legte die wenigen relevanten Befunde bei und schickte ein Fax an das Sekretariat des Professors. Am folgenden Tag rief die Kapazität von internationalem Rang den burgenländischen Landarzt persönlich an. Keine Sekretärin, die das unerwartete



Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Graninger



Ereignis ankündigte, sondern: „Grüß Gott Kollege, hier Graninger...“ Er hatte den Fall parat und eine praktikable Lösung anzubieten. Bis ins Detail ... „setzen Sie einen Katheter, belassen Sie ihn bis zum ... spülen sie die Blase mit... mischen Sie so und so viel Milliliter dieses Präparates mit so und so viel Kochsalz... spritzen Sie Refobacin, wie schwer ist der Bursche?... also dann diese Dosis... das geht auch subkutan, lernen Sie die Mutter an, damit sie entlastet sind, zwar brennt das kurz, er wird's Ihnen nicht verübeln...“. Ich erfinde nichts, es war die fertige Strategie, verständnisvoll, wissend, erklärend, „das ist die Windelhose, das kriegen's nie mehr ganz weg“, alles war bedacht, die Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes, der Arbeitsaufwand für den Arzt, die rationellste Vorgehensweise unter Einbeziehung der Pflegenden, kurz: neben der Wissenschaft auch die Praktikabilität - ich kam kaum mit dem Mitschreiben nach - „Melden Sie sich wieder...“

Dr. Graninger ist ein Starreferent, er hätte das Zeug zum Medienstar, hier aber endet sein Humor. Als Fernsehdoktor steht er nicht zur Verfügung, er meidet geradezu den erlauchten Kreis der medienpräsenten Päpste, wenn er „dem Volk“ begegnet, dann in der Ambulanz und am Krankenbett. „Erklären Sie einmal einer türkisch sprechenden Patientin was“ antwortete er den fragenden Blicken der - schon überlange - auf ihn Wartenden.

Unvergessen sein ZIB 2 Interview als Leiter des Ärzteteams des schwer erkrankten Bundespräsidenten Dr. Klestil. Mit grantigem Blick forderte er von einer vor Neugierde platzenden, an der nüchternen Wahrheit nur mäßig interessierten, Öffentlichkeit für das Staatsoberhaupt das gleiche Recht wie für jeden anderen kranken Staatsbürger ein und versicherte zu guter letzt auf die vorwurfsvolle Frage, ob denn ein Präsident so einfach in Tiefschlaf gesetzt

werden dürfe, dass er ihn schon rechtzeitig aufgeweckt hätte, im Falle eines feindlichen Überfalls auf Österreich.

Erst unlängst stand ich wieder an. Meine Ratlosigkeit teilend, saß ich einer jungen Patientin gegenüber, die unter massiver antibiotischer Therapie wegen eines peripheren Herdes in der Lunge in zwei Tagen mit ihrem Entzündungsparameter um das Dreifache angestiegen war. Die Behandlung erfolgte in Kooperation mit dem regionalen Schwerpunktkrankenhaus, eine Einweisung schien unausweichlich und das machte die Patientin, die gerade erst entlassen worden war, und mich nicht gerade glücklich.

Es war wie ein Gedankenblitz, ich wählte 40400 und verlangte das Sekretariat von Prof. Graninger. Dort trug ich die unbescheidene Bitte vor, den Herrn Professor sprechen zu dürfen, ein Wunsch der mir in Sekundenschnelle erfüllt wurde: und wieder, kompetente Auskunft nach kurzer Schilderung des Sachverhaltes. Eine verantwortungsvolle, aber unaufgeregte Vorgangsweise wurde vorgeschlagen. Die Schritte der Therapie mit den nötigen Kontrollen präzise beschrieben, das Procedere für alle Fälle festgelegt. Das alles in kollegialem Ton, voll feinem Witz, „wie schwer ist die Dame?... a, guats G'wicht,...wann geboren?... in der Blüte

ihrer Jahre“... nicht belehrend sondern lehrreich, nicht herablassend sondern aufmunternd, nicht ungeduldig, sondern so, als hätte er derzeit nichts Wichtigeres zu tun.

Die Art der Berufsausübung Prof. Graningers ist stärkste Standespolitik und sie wird von vielen Ärztinnen und Ärzten in Kliniken und Ordinationen gepflegt.

Nie werden wir alle, denen Professor Graninger in ähnlicher Weise zur Seite steht, uns angemessen revanchieren können. Wir wollen hoffen, dass der große und jederzeit bereite Lehrer weiß, dass nicht jeder so gefragt wird und so gefragt ist, und dass es ein weit über seine Vorstellung hinausgehendes Netzwerk von Verehrerinnen und Verehrern in den Reihen der niedergelassenen Ärzteschaft gibt, die seit Jahren von seinem Fleiß, seiner Integrität, seinem Wissen und seinem Humor bestärkt und beflügelt werden.

Vielleicht geschätzte Kolleginnen und Kollegen, fragen Sie sich, wie dieser Artikel

auf eine Seite kommt, die sonst standespolitische Beiträge enthält.

Die Art der Berufsausübung Prof. Graningers ist stärkste Standespolitik und sie wird von vielen Ärztinnen und Ärzten in Kliniken und Ordinationen gepflegt. Diese Netzwerke, die auf der regionalen Ebene unter AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen bestehen, die sich von all diesen zu den stationären Einrichtungen der Region, und in ausgewählten Fällen bis in die Zentren der Forschung und Lehre erstrecken, sind ein kostbares Gut unserer Berufsgruppe, von dem unsere PatientInnen schon immer größten Nutzen hatten.

Automatisierte Benachrichtigung und inflationäre Datenflut wird solche zwischenmenschliche Zusammenarbeit nicht ergänzen, nicht ersetzen sondern herabmindern und schließlich zerstören.

Macht das eine Lust auf Arbeit, wird das andere zur Last der Arbeit, basiert das eine auf individueller Initiative und Engagement, ist das andere unpersönliches Resultat elektronischer Kommunikationsroutine. Diesen Unterschied werden unsere von Ökonomie und Misstrauen getriebenen Reformer bei allem Streben nach Transparenz nie durchschauen.

Beitrittserklärung:

Ja, ich trete dem ÖHV bei:

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

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

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

Ich möchte aktiv an der Vereinsgestaltung mitwirken

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

Name

Adresse

Telefon

e-Mail

Unterschrift

Stampiglie



Allergodil-Augentropfen, 0,5mg/ml, Augentropfen. **Zusammensetzung:** (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge) Azelastinhydrochlorid 0,05 % (0,5 mg/ml). Jeder Tropfen enthält 0,015 mg Azelastinhydrochlorid, als Hilfsstoffe Benzalkoniumchlorid (Konservierungsmittel), Dinatriumedetat, Hypromellose, Sorbitol, Natriumhydroxid und Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Behandlung und Vorbeugung der Symptome der saisonalen allergischen Konjunktivitis bei Erwachsenen und Kindern (ab dem Alter von 4 Jahren). Behandlung der Symptome der nicht-saisonalen (perennialen) allergischen Konjunktivitis bei Erwachsenen und Kindern (ab dem Alter von 12 Jahren). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber dem arzneilich wirksamen Bestandteil oder einem der Hilfsstoffe. **Pharmakodynamische Eigenschaften:** Antiallergikum, ATC code: S01GX07. **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** Meda Pharma GmbH, Liesinger Flur-Gasse 2c, 1230 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Allergodil-Nasenspray: Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Die Lösung enthält 1 mg / ml Azelastinhydrochlorid. Ein Sprühstoß (0,14 ml) enthält 0,14 mg Azelastinhydrochlorid, als Hilfsstoffe Natriumedetat, Methylhydroxypropylcellulose, Zitronensäure, Natriummonohydrogenphosphat, Natriumchlorid und gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Zur symptomatischen Behandlung der saisonalen allergischen Rhinitis (Heuschnupfen) und zur Behandlung der perennialen allergischen Rhinitis. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Kinder unter 6 Jahren dürfen nicht mit Allergodil-Nasenspray behandelt werden. **Pharmakodynamische Eigenschaften: Pharmakotherapeutische Gruppe:** Rhinologika; Antiallergika exkl. Corticosteroide, ATC-Code: R01AC03. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Meda Pharma GmbH, Liesinger Flur-Gasse 2c, 1230 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Angaben über Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkung mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.** **MEDA**

In Krankenhäusern wird der EKO negiert

von Wolfgang Geppert

Unter Missachtung des Erstattungskodexes (EKO) werden in unseren Spitälern die neuesten und teuersten Medikamente verabreicht. Kein Wunder! Stehen doch den Anstaltsapotheken Gratismedikamente in rauen Mengen zur Verfügung. Nach der Entlassung beginnt für unsere Patienten das böse Erwachen, denn in der Kassenmedizin herrscht der eiserne Sparstift: Weiterverordnung unmöglich! Unter diesen Gegebenheiten sind alle neuen Sparpläne im Medikamentenbereich zum Scheitern verurteilt.

Schon der bloße Gedanke, auch Krankenhäuser an das Arzneimittelbewilligungs-Service (ABS) anzubinden, löst bei Spitalskollegen Protestgeschrei aus. So als ob es für alle Ewigkeit ein Vorrecht der Kassenärzte wäre, von chefarztlichen Ablehnungen gequält zu werden. Bei diesem Denkmodell sind nicht Terminals gemeint, auf denen für Patienten unmittelbar vor der Entlassung die notwendigen Bewilligungen für Gelb- oder Rotbox-Präparate erkämpft werden, um damit gleich ein gültiges Rezept ausstellen zu können. Nein!

Es geht um echte Waffengleichheit vom ersten Moment nach der Aufnahme. Der EKO hätte auch für den stationären Bereich Gültigkeit, doch aufgrund fehlender Konsequenzen bei Nichtbeachtung des Regelwerkes ist der Kodex für Krankenhäuser ein zahnloser Papiertiger. So bleibt es für einen Spitalsarzt unvorstellbar, dass es uns Kassenärzten zum Beispiel verwehrt ist, eine tiefe Beinvenenthrombose (TVT) in Eigenverantwortung zu behandeln.

Das gilt sowohl für Allgemeinmediziner, als auch für Dermatologen oder Internisten. Alle haben in ihrer Praxis vor Behandlungsbeginn über ABS den Chefarzt zu befragen, ob die Kosten für die korrekt dosierte Heparin-Therapie von der zuständigen Kasse übernommen werden. Die vier für TVT zugelassenen Produkt-Paletten, seien es die von Fragmin, Fraxiparin, Ivorat oder Lovenox, liegen im RE1-Bereich. Wer das initiiert hat, ist nie als Arzt in einer Praxis gestanden. Oft wird möglicher Missbrauch als Grund für derartige bürokratische Hürden genannt. Ich kann mir nicht vorstellen, dass sich ein Fernreisender vor Abflug freiwillig ein Lovenox 150 mg-Dosis in die Bauchhaut injiziert. Diese Präparate werden auch bei Patienten nach Lungeninfarkt eingesetzt.

Mein Paradebeispiel für unsere Bevormundung ist ein 51-jähriger Patient nach Pulmonalembolie und gleichzeitig blutender Gastritis. Die orale Antikoagulation ist unmöglich, daher erfolgt die Entlassung unter zweimaliger Selbstinjektion von Lovenox 80 mg. Die Zehnerpackung dieser Spritzen reicht gerade für fünf Tage und trotzdem wird von Mitarbeitern des Rehabilitationszentrums in Hohegg die ausreichende Ausstattung mit den besagten Spritzampullen vor Antritt des Aufenthaltes gefordert. Nach x-maligem Bewilligungsvorgang für die Zehnerpackung, wird vom Chefarzt eine Bündelpackung zu 30 Stück genehmigt. Wen wundert es da, dass ich schon mehrmals den heimlichen Wunsch gehegt habe, Krankenhäuser oder Rehabilitationszentren wenigstens für einen einzigen Tag ans ABS gebunden zu sehen.

Ein Krankenhaustag in ABS-Fesseln

Der Ruf eines Assistenten auf der Interne könnte dann etwa so lauten: „Herr Oberarzt, es ist besser gelaufen, als allgemein befürchtet. Ich habe die Lovenox 80 mg Spritzampullen für die Frau Gruber auf Zimmer 8 gleich im ersten Anlauf bewilligt bekommen!“ Schlagartig könnten sich Spitalskollegen in unser tägliches Leid hineinendenken. Auch Primärärzte könnten es treffen: „Frau Werner, ihre bisher eingenommenen Mittel gegen den Bluthochdruck führen nicht zum gewünschten Erfolg.“

Wir schauen, dass wir für Sie das Hochdruckmittel Loniten bewilligt bekommen. Das müssten Sie dann zu den anderen blutdrucksenkenden Präparaten dazunehmen. Anderwertig bekommen wir ihre Hypertonie nicht in den Griff.“ Eine Stunde später kommt der Primär mit gesenktem Haupt ins Krankenzimmer und gesteht: „Es tut uns leid, Loniten wird von Ihrer Kasse nicht bewilligt!“ Diese Beispiele könnten in Hülle und Fülle aneinander gereiht werden. Wäre der eine ABS-Tag vorbei, gäbe es mehr Verständnis der angestellten Ärzte für unsere Qualen mit EKO und ABS.



Dr. Wolfgang Geppert

Abenteuer Sortis-Verordnung

Ich kenne ein NÖ Landeskrankenhaus, dessen Interne Abteilung bei Verordnung von Blutfettensenkern auffällig oft auf das Präparat Sortis zurückgreift. Einfach so, auch als Erstverordnung. Kurz habe ich vermutet, es gäbe dort auf den Stationen zumindest für zwei der vier Sortis-Stärken Spender an der Wand: Einen für Sortis 10 mg und einen für 80 mg. Diese Vermutung hat sich natürlich als völlig haltlos herausgestellt. Ich nehme auch an, dass die Anstaltsapotheke Medikamente dieser Art kaufen muss und nicht ausschließlich auf Gratislieferungen zurückgreifen kann.

Mein letzter Wochenendbereitschaftsdienst im Kalenderjahr 2007 bringt ärztliche Betätigung in Hülle und Fülle: Fiebernde Kleinkinder, hustende Jugendliche und jede Menge Erwachsene mit akuter Diarrhoe. Am Sonntag, dem 30. Dezember sucht mich ein 46-jähriger Patient auf, der eine Woche zuvor einen Hinterwandinfarkt erlitten hat. Am Heiligen Abend wurde ihm im AKH Wien ein Stent verpasst.

Mit üblen Vorahnungen auf eine Sonder-schicht Bürokratie öffne ich den Entlassungs-brief. Für die Plavix-Verordnung liegt ein entsprechendes Attest der Entlassungsärzte bei. Beim Blutfettensenker schaut es nicht mehr so rosig aus: Eine Tablette Sortis 80 mg abends durch sechs Monate. Meine erste Frage: „Haben Sie früher auch schon Blutfett senkende Präparate eingenommen?“ Seine Antwort: „Herr Doktor warum sollte ich? Vor dem 23. Dezember habe ich mich gesund gefühlt und kein einzige Tablette regelmäßig eingenommen!“ Dann beginne ich meine Ausführungen über den Horror-

trip jedes Kassenarztes, der Sortis-80 mg-Verordnung: „Herr L., dieses Medikament ist ein so genanntes RE1-Präparat. Dafür muss die chefarztliche Bewilligung eingeholt werden.“ Es folgt meine übliche Rezitation des EKO-Originaltextes: „Kostenübernahme nur möglich, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.“ Rein theoretisch hätte ich die Berechtigung, die Packung ohne Widerrede zu rezeptieren: Entlassungsbrief liegt vor und Sonntag ist ABS-Ruhetag.

Schließlich beginne ich dem Angesprochenen die Preise der verschiedenen Lipidsenker vor Augen zu führen: „Der Kassenpreis von Sortis 80 mg beläuft sich auf Euro 61,55. Privat erstanden, würde eine Packung Euro 92,- kosten!“ Im Vergleich dazu, so meine Argumentation, gebe es schon Blutfettsenker, wie Simvastatin 40 mg, um knapp Euro 17,-. Und weiter: „Sie müssen verstehen, dass die Kasse bei Erstverordnung des teuersten Exemplars alle Haare aufstellt.“

Spätestens bei diesem Punkt bricht meine Argumentation regelmäßig wie ein Kartenhaus in sich zusammen. Wer will schon ein billiges Medikament schlucken? In welcher anderen Branche sind kostengünstige Nachahmer dem Original gleichwertig?

Sparen, so ein Standardargument der Patienten gegen Generika, sollen die anderen: „Nicht bei mir, Herr Doktor! Ich habe lange genug bei der Kasse eingezahlt!“ Kurzfristig entschlief ich mich, das Thema „Sparen bei Medikamenten“ ruhen zu lassen. Ich drehe mich zum Schrank mit den Ärztemustern und verabschiedete mich von meiner einzigen Packung Sortis 80 mg.

Nix ist fix

Nehmen wir an, dieser Patient sucht drei Tage später seinen Hausarzt auf, um ihm sein Leid im Umgang mit dem Vertretungskollegen zu berichten. Womöglich hat er sich sogar einige der zitierten Preise gemerkt. Die Antwort des angesprochenen Allgemeinmediziners bringt Überraschungen: „Herr L., die Ausführungen des Kollegen haben ihre Gültigkeit seit 1. Jänner teilweise verloren. Die Herstellerfirma Pfizer dürfte beim Verhandeln mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger die Hosen runtergelassen haben. Der Kassenpreis von drei Sortis-Stärken ist von Euro 61,55 auf 46,70 gefallen. Der Privatverkaufspreis von Sortis 80 mg wurde sogar um Euro 22,- gesenkt! Daher ist jetzt selbst die Darreichungsform mit 80 mg ein so genanntes RE2-Präparat in der hellgelben Box des Erstattungskodexes. Zur regelkonformen Verordnung genügt die ausführliche Dokumentation in meinen Aufzeichnungen.“

Der Infarktpatient glaubt alles begriffen zu haben und jubelt: „Super, da brauchen wir in Zukunft keinen Chefarzt!“ Der Hausarzt dämpft die Jubelstimmung seines Patienten: „So eindeutig ist das nicht! Es geht um die übergangenen Therapiealternativen. Bei ihnen wurde gleich vom Stand weg mit Sortis begonnen. Damit hat der verordnende Spitalsarzt die EKO-Vorgaben negiert. Wir gehen auf Nummer sicher und werden Ende Jänner den Chefarzt um Bewilligung der nächsten Packung ersuchen.“ Herr L. schüttelt den Kopf und murmelt eine Serie von Fragen vor sich her: „Wer soll sich da noch auskennen? Was haben die aus Euch Ärzten gemacht? Warum lasst ihr Euch so schikanieren?“ Der Angesprochene schweigt.

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

Scylla und Charybdis- ein Kinderspiel?

von Peter Pölzlbauer

In der Straße von Messina waren in homerischer Zeit zwei Schrecken des Meeres heimisch: Scylla (auch Skylla oder Szylla geschrieben), ein sechsköpfiges Ungeheuer und, ihr gegenüber, Charybdis, die „wasserstrudelnde Göttin“, ein kreisender Wirbel, der durch die starke Meeresströmung der Straße von Messina verstärkt, selbst heute noch kleinen Schiffen gefährlich werden kann.

Nur erfahrene Seeleute wie Odysseus durften es wagen, die gefürchtete Wasserstraße zu befahren. Aber selbst er, der Listenreiche, hat vorher eingehende Erkundigungen über die ihm drohende Gefahr eingeholt und konnte trotzdem nicht verhindern, dass sechs seiner Leute der Scylla zum Opfer fielen.

Jetzt aber wollen drei Verwegene Abenteuer bestehen, gegen die Scylla und Charybdis ein Kinderspiel waren. Furchtlos haben sie im CONSILIUM einen Artikel verfasst den alle drei, gemäß dem Schlachtruf aller

Unerschrockenen (Einer für alle, alle für einen) gemeinsam unterschrieben haben. Wenn das kein Beweis für Heldenmut und Mannestreu ist? Im Lichte nüchterner Erkenntnis betrachtet, stellt sich die Sache allerdings etwas anders dar: es handelt sich um zukünftige Kassenverhandlungen. Das ist nur das eine Ungeheuer. Das andere, viel gefährlichere, sind die Querschüsse aus den eigenen Reihen. Das ist leicht nachvollziehbar. Die Kassenverhandlungen, das ist Scylla, scheinen den drei Helden weniger gefährlich. Das verwundert nicht, denn wenn man ihren Artikel im CONSILIUM (NR. 1+2/08) aufmerksam liest bemerkt man schnell, dass hier weitgehende Einigkeit besteht. Zumal die drei davon überzeugt sind, dass in Niederösterreich die EKG-Tarife und die Spannen im Laborbereich ohnehin zu hoch sind.

Das Opfer – die sechs Seeleute des Odysseus – haben sie offenbar schon kalkuliert und für angemessen befunden: das werden wir Kassenärztinnen und -ärzte sein, die mit Honorarreduktionen rechnen müssen. Die Mähr, ein derartiger Handel verlaufe kostenneutral, kann uns nicht einmal Homer erzählen. Wie in alten Zeiten, so ist es auch heute: Wir müssen ein Opfer bringen! Unsere Helden haben dem zugestimmt.

Jetzt ist freilich klar, warum das andere Ungeheuer das gefährlichere ist: die Charybdis zu Haus erspart den Feind von außen. Aber man will sich aus den eigenen Reihen nicht quer schießen lassen und verbittet sich alle Einmischungen – aus den eigenen Reihen, wie noch einmal betont werden muss!

Horribile dictu: ÄrztInnen wollen nicht miteinander reden, lieber mit jedem anderen paktieren, selbst die Gründung einer eigenen Kammer der Niedergelassenen wurde in der Vollversammlung angedroht, ohne jede Rücksicht auf die Gesamtheit der Ärztinnen und Ärzte. Wer solche Standesvertreter hat, braucht sich um den Gegenwind der öffentlichen Meinung nicht zu kümmern.



Mit Datenschutz hat das überhaupt nichts zu tun

Christian Euler führte mit Mag. Georg M. Kainz das folgende Gespräch

Mag. Georg Markus Kainz entwickelte schon während seines Betriebsinformatikstudiums an der Universität Wien und in den USA besonderes Interesse für den Datenschutz. Hier interessierten ihn weniger die technischen, als vielmehr die gesellschaftspolitischen Aspekte. Während seiner langjährigen Arbeit in Deutschland, zuletzt für die deutsche Telekom und deren damals neu etablierten Online-Dienst, lernte er die Begehrlichkeit der Wirtschaft für personenbezogene Daten hautnah kennen.

Seit sieben Jahren wieder in Österreich, ist Mag. Kainz als schulender und beratender Internetexperte freiberuflich tätig und bei „Quintessenz“, einer Non-Profit-Organisation zur Wiederherstellung der Bürgerrechte im Informationszeitalter, an prominenter Stelle engagiert. Bei einem Besuch von „qTalk“, einer einschlägigen monatlichen Vortrags- und Diskussionsveranstaltung im Wiener Museumsquartier, bat Dr. Euler Mag. Georg Kainz sich Zeit für den Hausarzt zu nehmen.



Euler: Zunächst bitte ich Sie, uns über die Aktivitäten von „Quintessenz“ zu berichten. Wir sind auf Sie über den „Big-Brother-Award“ gestoßen, für den Sie im November 2007 ELGA vorgeschlagen haben. Dem Hausärz-

teverband, der seit den ersten E-card-Plänen ununterbrochen und ungehört vor Datenschutzverletzungen warnt, hat das natürlich sehr gefallen.

Kainz: Die Quintessenz ist ein Verein zur Wiederherstellung der Bürgerrechte im Informationszeitalter. Seit der Erfindung von Computern ist der Besitz von Informationen zu einem neuen Gut geworden, der Besitz von Daten bedeutet Macht und Reichtum. In den letzten Jahren sind durch den technischen Fortschritt die Kosten für die Speicherung und die Auswertung dieser Daten verfallen. Damit ist es erstmalig möglich geworden, lebenslang persönliche Daten zu speichern. Als Verein sehen wir unsere Aufgabe darin, auf die damit verbundenen Gefahren für unsere Demokratie und persönliche Freiheit hinzuweisen.

Euler: Bei einer Ihrer Veranstaltungen im Museumsquartier ist mir die Missverständlichkeit von den Begriffen „zentrale und dezentrale Datenspeicherung“ aufgefallen. Die Gesundheitspolitiker versuchen Datenschutzbedenken mit dem Hinweis zu entkräften, die Daten würden dezentral gespeichert. Wie sehen Sie das?

Kainz: Jeder kennt heute das Internet; hier werden alle Daten dezentral gespeichert, die aber von jeder Stelle weltweit abgerufen werden können. Die Unterscheidung zwischen zentral und dezentral stammt aus der Urzeit der Datenverarbeitung, als einzelne Datenbanken noch nicht miteinander verbunden werden konnten. Durch die Verwendung von Datennetzen spielt der Speicherort von Daten keinerlei Rolle mehr. Genauso wie ich von zu Hause die Webseiten der New York Times lesen kann, die in den USA gespeichert sind, kann man auf „dezentral“ gespeicherte Daten zugreifen.

Euler: Ich gehe davon aus, dass Ihnen die Bedeutung des Peering-Point bekannt ist. Als die Vertreter der Ärzteschaft, einer zur absoluten Verschwiegenheit verpflichteten Berufsgruppe, eine 50-prozentige Beteiligung an diesem Datentransport-Intranet beschlossen und fortan zusammen mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger (dem Inhaber der zweiten 50 Prozent) den Betrieb aufnahmen, schufen sie die gesetzliche Voraussetzung für den „automatisierten Datenaustausch zwischen Gesundheitsdienstleis-



tungsanbietern“. Halten Sie die Beteiligung am Peering-Point für vertretbar und wie stehen Sie zu diesem gesetzlich vorgesehenen automatisierten Datenaustausch?

Kainz: Unter einem Peering-Point versteht man einen zentralen Punkt, über den alle Daten geführt werden. Aus technischer Sicht funktioniert so ein Peering-Point, indem ein Computer die Daten entgegennimmt, zwischenspeichert und dann an den Empfänger weiterleitet. Was mit den Daten, die beim Peering-Point gespeichert wurden, passiert, liegt weder im Einflussbereich des Senders noch des Empfängers. Gerade die Anti-Monopolbestrebungen der EU versuchen solche Zentralstellen zu verhindern.

Vielleicht sind die Turbulenzen um Swift noch in Erinnerung? Die europäischen Banken haben zur Vereinfachung des innereuropäischen Zahlungsverkehrs Swift als gemeinsame Tochter der Banken gegründet. Alle internationalen Überweisungen werden über diesen Peering-Point abgewickelt. Im Zuge des Skandals hat sich herausgestellt, dass die Daten vom amerikanischen Geheimdienst angezapft und ausgewertet wurden.

Gerade die Internettechnologie mit ihrer dezentralen Grundstruktur macht solche Peering-Points unnötig und entspringt eigentlich dem überholten Gedankengut der Zentralrechnerzeit. Vergleichbar wäre dies damit, dass man nur einen gemeinsamen E-Mail-Server verwenden dürfte. Genauso gut könnte der Befundaustausch zwischen den Ärzten dezentral erfolgen ohne dass „Big Brother“ jedes Mal mitlesen kann.

Euler: Ist Ihrer Einschätzung nach, in Kenntnis des derzeitigen Ausbaus der „Gesundheits-Verwaltungs-Elektronik“, das Schlagwort „Meldepflicht statt Schweigepflicht“ übertrieben?

Kainz: Aus meiner Sicht beschreibt das Wort „Meldepflicht“ noch nicht einmal die Gefahren, vor denen das Gesundheitssystem steht. Wenn Ministerin a. D. Rauch-Kallat in einem Interview gemeint hat, dass der Patient seinem Arzt halt Informationen nicht geben soll, die sich negativ auf seine zukünftigen Versicherungsprämien oder Berufschancen auswirken könnten, sieht sie das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten unwiederbringlich zerstört.

Neben dem in Diskussionen immer wieder resignierend vorgebrachten Hinweis, dass man eh von einem Missbrauch der Daten ausgeht, besteht die viel größere Gefahr im Kreis der Nutzungsberechtigten. Wie in jedem guten Krimi folgt man am besten dem Geld; wer hat den größten Nutzen aus der Gruppe der Gesundheitsdienstleistungsanbieter an unseren Patientendaten?



Die Heil- und Pflegeberufe, die Versicherungskonzerne oder vielleicht die Betriebsärzte? Diese Angst vor Bloßstellung ist der Totengräber der Arzt-Patienten-Beziehung.

Euler: Wir haben schon vor Jahren das „Global-Med-System“, einen von Dr. Christian Nehammer (München) entwickelten elektronischen Patientenpass auf Mini-CDs bzw. Mini-DVDs in Visitenkartenformat, auf einer Veranstaltung in Wien präsentiert. Dieses System verspricht größtmögliche Patientenautonomie und unkomplizierte Anwendung.

Neuerdings vertreiben auch österreichische Softwarefirmen Patientenkarten, die diese Patientenautonomie sichern. Dr. Nehammer glaubt, das größte Hindernis für die Verbreitung solcher Projekte ist erstens: die Elektronikindustrie verdient daran um vieles weniger als am E-card-System und zweitens: die Politik kann sich keine Dateneinschau verschaffen. Halten Sie diese Meinung für die paranoide Ansicht eines gekränkten Erfinders, oder könnte ein Körnchen Wahrheit darin enthalten sein?

Kainz: Zu den Unterschieden bei den verschiedenen Systemen kann ich im Einzelnen nichts sagen. Aber bei jedem System, das man plant, sollte man prinzipiell zuerst von einer Definition des Ziels ausgehen, um sich danach die Schritte, wie man dieses Ziel erreichen kann zu überlegen. Derzeit habe ich den Eindruck, dass genau umgekehrt vorgegangen wird.

Die Gruppen, die Geld verdienen wollen, finden sich zusammen, definieren wo ihre Nutzen in Zukunft liegen sollen und verpacken das Ganze dann in ein nettes Paket, das der Öffentlichkeit verkauft werden soll. Die Zusammensetzung der Gremien spricht Bände: statt Ärzten und Patienten sind dort Hard- und Softwareindustrie, Behörden und Versicherungen...

Euler: In diesem Licht verärgert uns die ganz offizielle prominente Stellung der Firmen Siemens und IBM in der ARGE-ELGA, dem Vorbereitungsgremium des Ministeriums für die elektronischen Gesundheitsakte. Sie wissen vielleicht, dass seit 2004 die Ärzteschaft aus allen entscheidenden Gremien der Gesundheitspolitik eliminiert wurde. Begründung: wer einen Bedarf deckt, kann bei der Planung dieses Bedarfes nicht mitreden...

Kainz: Ein aktuelles Beispiel für fragwürdige Schritte zu einem guten Ziel ist der Arzneimittel-Sicherheitsgurt, der bereits in Salzburg eingeführt ist. Zunächst war das eine freiwillige Initiative einiger Apotheken, die Kundendaten ausgetauscht haben, um Gefahren in den Medikationen aufzudecken. Von der Freiwilligkeit für die Apotheken ist nichts geblieben, denn heuer soll dieses System österreichweit für alle Apotheken umgesetzt werden.

Statt der hier verwendeten österreichweiten real-time Überwachung aller Patienten-Einkäufe könnte das gleiche Ziel wesentlich billiger und ohne Bruch des Datenschutzes und der Persönlichkeitsrechte und ohne Einschränkung auf österreichische Apotheken erreicht werden.



Dieses Ziel, Fehlmedikationen zu verhindern, könnte ähnlich wie der Impfpass, der immer im Besitz des Patienten ist, gelöst werden. Wie dieser „Medikamentenpass“ realisiert wird ist nebensächlich; zum Beispiel könnten USB-Sticks verwendet werden. Der große Vorteil eines solchen

Passes wäre, dass man auch im Ausland Fehlmedikationen verhindern kann, oder neben dem verkaufenden Apotheker auch der Arzt oder das Krankenhaus Einblick über die gekauften Medikamente hätte.

Euler: Die Limitierung der Rezeptgebühren mit zwei Prozent des Nettoeinkommens bringt es mit sich, dass ganz offiziell Einkommens- und Gesundheitsdaten jedes einzelnen Bürgers verknüpft werden. Abgesehen davon, dass die Durchführung dieses vielfach versprochenen Vorhabens nur äußerst zögerlich vor sich ging, hat dagegen noch niemand hörbare Bedenken angemeldet.

Kainz: Natürlich ist das eine äußerst populäre Maßnahme, die wohl kaum auf Widerstand stoßen wird, insbesondere bei den ca. 300.000 Nutznießern – doch kann man dieses Ziel nur durch eine real-time Überwachung aller acht Millionen Österreicher mittels Datenverbindung von Finanzamt, Apothekern und Sozialversicherungsanstalten erreichen? Eigentlich ein nettes Schnäppchen für den Finanzminister, um an unsere Gesundheitsdaten zu kommen.

Euler: Sie haben in einem Statement gesagt: ohne Datenschutz keine Demokratie. Können Sie das bitte präzisieren?

Kainz: Bei allen Diskussionen weisen die Verfechter von Überwachung auf die Gesetze und, dass wir ein Rechtsstaat sind hin – verschweigen aber geflissentlich, dass Gesetze schnell geändert werden können, und auch die DDR oder der Ständestaat Rechtsstaaten aber keine Demokratien in unserem Verständnis waren. In einer Gesellschaft, in der der einzelne aus Furcht vor Überwachung sein Verhalten ändert, oder sich nicht mehr getraut seine Meinung zu äußern, lebt man nicht mehr in einer Demokratie, auch wenn Wahlen noch stattfinden.

Euler: Patientenanwalt Hofrat Bachinger sieht den Datenschutz – und schließlich Patientenschutz – beim Projekt ELGA durch die lückenlose „Zugriffsprotokollierung“ ausreichend gesichert. Kann Sie die Möglichkeit, jeden Zugriff auf ELGA-Daten rückverfolgen zu können, auch zufrieden stellen?

Kainz: Absolut nicht, da Logfiles und Protokolle immer nur im Nachhinein zur Beweissicherung verwendet werden können. Aufgrund der Masse an Daten, die in solchen Protokollen gesammelt werden, könnten sie nur bei einem konkreten Fall herangezogen werden. Mit Datenschutz hat das überhaupt nichts zu tun. Zum einen ist es relativ leicht seine Spuren zu verwischen, und erwischt würden eh nur Amateure, die nichts von der Protokollierung wissen, und zum anderen hat Überwachung noch nie Verbrechen verhindert. Wer das nicht glaubt, sei auf die aktuelle Kriminalstatistik verwiesen: im letzten Jahr hatten wir die höchste Rate an Banküberfällen und, wie wir wissen, werden alle Banken zu 100 Prozent videoüberwacht. Nur der Naive glaubt jetzt, dass die Überwachung wenigstens bei der Aufklärung im Nachhinein geholfen hätte – er möge weiterschlafen, nur 30 Prozent der Banküberfälle wurden aufgeklärt...

Euler: Zum Abschluss eine Kuriosität aus unserem Arbeitsalltag, die zeigt, wie ernst es den Verantwortlichen mit dem Datenschutz ist: Die nicht erlaubte Übermittlung von Gesundheitsdaten über Fax wird uns Kassenvertragsärzten bei Bewilligungsanfragen betreffend Spezialuntersuchungen, Heilbehelfen, Transporten etc. abverlangt, während sie bei Medikamentenbewilligungen aus Datenschutzgründen strengstens verboten ist.

Quintessenz ist ein Verein mit Zukunft, Sie haben viel zu tun. Umso mehr danke ich Ihnen für das Gespräch.

Fachkurzinformation: Carvedilol „Hexal“ 3,125 mg – Tabletten: 1 Tablette enthält 3,125 mg Carvedilol. Carvedilol „Hexal“ 6,25 mg – Tabletten: 1 Tablette enthält 6,25 mg Carvedilol. Carvedilol „Hexal“ 12,5 mg – Tabletten: 1 Tablette enthält 12,5 mg Carvedilol. Carvedilol „Hexal“ 25 mg – Tabletten: 1 Tablette enthält 25 mg Carvedilol. Carvedilol „Hexal“ 50 mg – Tabletten: 1 Tablette enthält 50 mg Carvedilol. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Alpha- und Betablocker, ATC-Code: C07AG02 **Anwendungsgebiete:** - Essentielle Hypertonie; - Chronisch stabile Angina pectoris; - Zusatzbehandlung bei mäßiger bis schwerer stabiler Herzinsuffizienz **Gegenanzeigen:** - Herzinsuffizienz NYHA-Klasse IV der Klassifizierung einer Herzinsuffizienz, die einer intravenösen inotropen Behandlung bedarf; - Chronisch obstruktive Lungenerkrankung mit Bronchialobstruktion. - Klinisch signifikante Leberfunktionsstörungen - Bronchialasthma; - AV-Block II. oder III. Grades; - Schwere Bradykardie (<50 Schläge pro Minute); - Kardiogener Schock; - Sinusknotensyndrom (einschl. sinuatrialer Block); - Schwere Hypotonie (systolischer Blutdruck unter 85 mm Hg); - Überempfindlichkeit gegenüber Carvedilol oder einem der Hilfsstoffe; - Metabolische Azidose; - Prinzmetal-Angina; - Unbehandeltes Phäochromozytom; - Schwere periphere arterielle Kreislaufstörungen; - Gleichzeitige intravenöse Behandlung mit Verapamil oder Diltiazem; **Schwangerschaft und Stillzeit:** Die Anwendung von Carvedilol während der Schwangerschaft und Stillzeit wird nicht empfohlen. **Zulassungsinhaber:** HEXAL Pharma GmbH, Wien **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig **Packungsgrößen:** Carvedilol „Hexal“ – Tabletten sind in Blisterpackungen zu 30 Stück erhältlich. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Verwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**