



Brief des Präsidenten

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

von Christian Euler

**Wer will, dass es bleibt wie es ist
will nicht, dass es bleibt.**

Dieses Kurzgedicht von Erich Fried kann einen lange beschäftigen.

Angesichts der Ergebnisse der Ärztekammerwahlen passen diese zwei Zeilen allerdings ohne weitere Überlegung als Resümee. Die Mehrheit der österreichischen Ärzteschaft will, dass es bleibt wie es ist und bestätigt ihre Ständesvertreter im Amt. Diese werden auch in naher Zukunft zusehen, wie kein Stein auf dem anderen bleibt.

Beispiel Tirol. Den Westösterreichischen Kolleginnen und Kollegen wurde während der vergangenen Kammerperiode schwerer wirtschaftlicher Schaden zugefügt. Zunächst traf sie der Zwang EU-Inländer zu Gebietskassentarifen zu behandeln besonders hart, dann die praxisferne Norm für die Auflösungsfähigkeit von Röntgengeräten (wohlgemerkt: kein Strahlenschutzproblem) als Maßstab für die allgemeinmedizinischen Ordinationen, schließlich der Wildwucher von Rettungshubschraubern... Außer mit beleidigtem Aufzählen ihrer (vergeblichen) Bemühungen konnten die Repräsentanten der Ständesvertretung auf den Unmut der Basis nicht reagieren. Ergebnis: Absolute Mehrheit für den amtierenden Präsidenten und die Seinen.

Schauplatz Burgenland: Kurienobmann Milan - die e-card - Kornfeind hält seinen Mandatsstand. Die Gallionsfigur der viel gehassten Schlüsselkarte in das unabsehbare Reich der Arzt- und Patientenüberwachung erhält einen Liebesbeweis.

Den Ausführungen unseres Manfred Weindl betreffend **Wien** ist nichts hinzuzufügen...

Und so bleibt es tatsächlich wie es ist. Das nächste, das nicht bleibt ist die individuelle Arbeitsweise der einzelnen Ärztinnen und Ärzte in ihren Ordinationen. Hat diese während der letzten vier Jahre zunächst darunter gelitten, dass zu guter letzt eine

Schnittstellen taugliche elektronische Abrechnung als Ergebnis dreimonatiger Arbeit unverzichtbar war, dann darunter, dass über verpflichtendes ABS die chefärztlichen Bewilligungsfragen hier und jetzt gelöst werden mussten, ist für Jänner 2008 schon der nächste Schritt geplant. Unter dem euphemistischen Titel „Vertragspartner Software Zertifizierung“ plant der Hauptverband den Schritt aus der GINA-box in unsere Ordinationscomputer.

Wir erinnern uns an die Anfänge des e-card-Zeitalters. Es war wichtig, dass der Hersteller der eigenen Ordinationssoftware „zertifiziert“ war, das hieß, dass die Schnittstelle zwischen unseren Ordinationsprogrammen und der GINA-Box der Hauptverbandes einen reibungslosen Datenaustausch zuließ. Das soll in Zukunft nicht mehr genügen. Zertifizierte Firmen müssen sich verpflichten der Sozialversicherung zu melden, welche Module ihre Kunden im Ordinationsprogramm integriert haben. Diese Module sind zertifizieren zu lassen. Entsprechen sie nicht den Vorstellungen des Zertifizierungsteams riskiert der Softwarehersteller sein Zertifikat, somit die Benutzbarkeit seines Programms durch seine Kunden. Diese würden dann nämlich vom e-card-Netz genommen, können also nur mehr im offline-Betrieb arbeiten (siehe auch Seite 43).

Wir kennen diese Zusammenhänge. Geben wir als Vertragsärzte nicht die Daten unserer Patienten an die Sozialversicherung weiter, können wir keine Leistungen abrechnen. Geben die Softwarehersteller nicht die Daten Ihrer Kunden an die Sozialversicherung weiter gefährden sie ihre wirtschaftliche Existenz.

Der absehbare nächste Schritt dieser Abhängigkeit ist der Einbau von Modulen auf Wunsch der Sozialversicherung. Schon seit Jahren steht dort „Prodoc“ als

die problemorientierte Dokumentation hoch im Kurs. Sie verspricht die bestmögliche Krankengeschichte, Schnittstellen ohne Informationsverluste, kontinuierliche Qualitätsverbesserung, schnelle und einfache Verfügbarkeit aller vom Gesetz geforderten Dokumentationen. Prodoc stammt aus dem Hause SVC, der Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft, und ist schlicht eine Ordinationssoftware.

SVC ist übrigens Mitglied des Zertifizierungsteams. Weitere Mitglieder dieses mächtigen Zirkels sind Mitarbeiter des Hauptverbandes, der Sozialversicherungsträger und der Ärztekammer.

Es bleibt wie es ist: Schon in der Peering-Point-Gesellschaft hält die Österreichische Ärztekammer einen 50% Anteil, die Datenschutzrechtlichen Bedenken in Zusammenhang mit der elektronischen Abrechnung halten unsere obersten Ständesvertreter für übertrieben, wieso also sollten bei der unter dem Druck der wirtschaftlichen Existenzfähigkeit zustande gekommenen Abhängigkeit der bisher freien Softwareanbieter vom Hauptverband Bedenken aufkeimen. Wer könnte auf die Idee kommen, dass mit dieser Abhängigkeit auch die e-card angebundene Ärztinnen und Ärzte ein weiteres großes Stück ihrer Restfreiheit verlieren?

Mitautor des Zertifizierungsvertrages soll Mag. Gerhard Holler sein, Jurist der Österreichischen Ärztekammer und Vorstand in der Peering-Point-Gesellschaft. Auch er Mitglied des Zertifizierungsteams, wie auch hochrangige Ständesvertreter getreulich dem Motto: besser mitgestalten als dagegehalten.

So also dürfen wir hoffen, dass alles bleibt wie es ist, und nichts bleibt.

Dr. Christian Euler

Fax: 02685/ 607774, e-mail: ch.euler@aon.at

Der Untergang des Abendlandes

von Peter Pözlbauer

Oswald Spenglers kulturphilosophisches Monumentalwerk wurde 1917 vollendet, es sollte dem Sieg des wilhelminischen Deutschland die Aufgabe für die Zukunft weisen. Erschienen ist es 1918, zur Stunde der Kapitulation. Trotzdem erregte das Buch ungeheures Aufsehen. Ein zweiter Band, erschien 1922, behandelt fast medizinisch exakt die Anamnese, Diagnose und Prognose von Kulturen und Zivilisationen.

Zwischen den Kulturen gibt es laut Spengler keine Verständigung oder Übergänge, erst wenn sie zur Zivilisation degenerieren, sind Vermischungen möglich. Spengler stirbt 1936, die Saat seines Gedankengutes hat er vielleicht noch erahnt, deren Früchte aber nicht mehr erlebt.

Heute ist Europa eine Union, zumindest eine Währungsgemeinschaft. Vielmehr nicht, denn der Widerstand der Nationen gegen weitere Gemeinsamkeit ist gewaltig. Robert Musil, wie Spengler ein Kulturkritiker mit Anspruch auf das Große und Ganze, hat das im „Mann ohne Eigenschaften“ vorweggenommen: „Das Leben bildet eine Oberfläche, die so tut, als ob sie so sein müsste, wie sie ist. Aber unter ihrer Haut drängen und treiben die Dinge.“

In Europa blüht der Kapitalmarkt. Und, oh Freude, das kleine Österreich ist auch dabei. Wir haben einige big player, Menschen, die es in kurzer Zeit zu Milliarden gebracht haben (in € versteht sich). Und das nicht etwa durch Geistes Kraft eigener Hände Fleiß, sondern wahrhaft clever durch Börsentransaktionen. Dazu muss man verdammt smart und auch ein bisschen skrupellos sein, aber es lohnt sich.

Feindliche Übernahmen haben im heutigen Sprachgebrauch keinen üblen Beigeschmack, ganz im Gegenteil. Weltkonzerne werden gekapert, fusioniert oder, wenn es tunlich scheint, filetiert, einzelne Tranchen gewinnbringend weiter verschelbelt und die weniger profitablen eliminiert. Manager, die dazu fähig sind erzielen Traumgagen und werden in der Buntpresse ob ihrer Luxusyachten und Privatjets neidvoll bewundert. Zu recht, solange es ihnen gelingt, das Betriebsergebnis zu bereinigen und den Firmengewinn zu steigern.

Wie machen das diese Supermenschen? Vieles davon bleibt natürlich streng geheim, manches ist jedoch offensichtlich. Zum Beispiel, dass immer wieder zig-tausende Beschäftigte freigesetzt werden. Nicht selten sind das Menschen in der Blüte ihrer Jahre mit schulpflichtigen Kindern und einer Restschuld auf dem Eigenheim, die mit ihrer neuen Freiheit nichts Rechtes anzufangen wissen.

Noch zu Zeiten von Robert Musil und Oswald Spengler waren diese Erniedrigten und Beleidigten nicht etwa eine amorphe Masse,



Dr. Peter Pözlbauer

sondern Individuen, jederzeit bereit ob des ihnen zugefügten Unrechts Aufruhr in die Herzen der Städte zu tragen. Oft konnte ihnen nur das Militär, eigentlich für einen äußeren Feind aufgestellt, Einhalt gebieten. Wer das nicht glauben will, frage sich, warum etwa die Rossauer Kaserne mitten in der Stadt steht.

Ein moderner Staat wie Österreich hat heute derlei nicht nötig, nicht des Rechtes wegen, das bei uns herrscht, sondern dank einer elektronisch vernetzten Bürokratie. Arbeitslose, Kranke, Alte und Pflegebedürftige sind ganz einfach zu verwalten, an Hilfe denkt ohnehin niemand.

Der Schlüssel dazu ist die E-card, eine bestechend einfache Idee. Man muss sich nur der ÄrztInnen und deren Softwaresystemen bedienen und schon ist das Problem gelöst. Zwar gäbe es hier durchaus berechnete Schwierigkeiten zu befürchten, aber dank einer ärztlichen Ständevertretung, die immer wieder - von einer beruhigenden Wählerzahl legitimiert - sich von vorneherein zu dem Projekt bekannt hat, ist man auch hier auf der sicheren Seite.

Mehr noch, der nach außen zu erwartende Widerstand tobt innerhalb der Ärzteschaft. In der Hitze des Wahlkampfes kam es schon einmal vor, dass in der Anonymität eines chat-rooms der Hausärzterverband als Haufen seniler Greise bezeichnet wurde, dem einfach jeder Sinn für zukunftsweisende Technologie abgehe, Ewiggestrige, Maschinenstürmer eben.

Wer vom Fortschritt der Technik als Segen für die Menschheit träumt, sei daran erinnert, dass jede Erfindung ihre Schattenseite hatte. Dampfmaschine, Verbrennungsmotor, Flugapparate, Raketentechnik und Atomspaltung haben unendliches Leid über die Menschen - nicht nur die feindlicher Kulturen - gebracht. Freilich, sterben wird an der Computertechnologie an sich niemand, aber sie bietet ein schauriges Zukunftsszenario: das total überwachte Individuum.

Wer als Ärztin oder Arzt von vernetzten Megadaten, leicht begehbaren Behandlungspfaden, problemloser elektronischer Honorarabrechnung und augenblicklicher Datenübertragung schwärmt, möge auch den Aspekt einer Bürokratie in Erwägung ziehen, die uns ÄrztInnen alle Verantwortung, den eigentlich Verantwortlichen aber alle Macht gibt.

Amlodipin „1A Pharma“ 5mg (10mg) –Tabletten, Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge): 1 Tablette enthält 5 mg (10 mg) Amlodipin als Amlodipinmaleat. Wirkstoffgruppe: ATC-Code: C08CA01. KLINISCHE ANGABEN Anwendungsgebiete: -Arterielle Hypertonie, -Koronare Herzkrankheit, -chronisch-stabile Angina pectoris, -vasospastische Angina pectoris. Amlodipin kann als Monotherapie oder Kombinationstherapie angewendet werden. In klinischen Studien wurde Amlodipin in Kombination mit Thiazid-Diuretika, Betablockern, ACE-Hemmern und Nitraten angewendet. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Dihydropyridine, Amlodipin oder einen anderen Bestandteil des Präparates. Herz-Kreislauf-Schock. Instabile Angina pectoris (Ausweitung der myokardialen Ischämie und Linksherzinsuffizienz möglich). Schwere Leberfunktionsstörungen. Anwendung bei Kindern (aufgrund fehlender Untersuchungen). **Vorsicht bei** Hypotonie (<90mmHg systolisch), schwerer Aortenstenose und dekompensierter Herzinsuffizienz. **PHARMAZEUTISCHE ANGABEN Hilfsstoffe:** Carboxymethylstärke-Natrium, Calciumhydrogenphosphat, Zellulose, Magnesiumstearat. **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** 1A Pharma GmbH, Wien **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig.

Mein Gott, Walter...

von Manfred Weindl

Wer erwartet hätte, dass die Vereinigung als Aushängeschild der ÖVP-Gesundheitspolitik der letzten Jahre bei den ÄK-Wahlen vom mündigen Wähler einen Denkkzettel bekommen würde, wurde herb enttäuscht. Präsident Dr. Walter Dorner legte sein ganzes Gewicht in die Waagschale, um mit großteils alten ÖHV-Forderungen ängstlichen Kollegen unter dem Schuttschirm der größten Fraktion – leider fragwürdige – Sicherheit zu versprechen. Sollte dieser schwer begreifbare Wahlsieg bereits das Ende einer aktiven Standespolitik einläuten?

Kaum jemand kann sich noch an die Zeiten vor der letzten „Wenderegierung“ erinnern, als die Kollegen zwar auch Grund hatten, über die Knausrigkeit und Engstirnigkeit von Kassenbürokraten – und damit u. a. bescheidene Honorarabschlüsse - zu klagen, wo aber niemand von ernstlichen Existenzängsten oder einer hochgradigen administrativen Fremdbestimmung geplagt wurde.

Dies schaffte erst eine vom Wirtschaftsflügel der ÖVP vorangetriebene Gesundheitsministerin im Verein mit ÄK-Funktionären, die ihrer Partei äußerst nahe standen und stehen – und die es, in einer EU-ähnlichen Werbekampagne gemeinsam schafften, das heutige e-card-Überwachungssystem mit all seinen Facetten als das einzig denkbare „Non-plus-ultra“ einer modernen Gesundheitspolitik zu etablieren.

Je mehr Details dieser Politik bekannt und spürbar wurden, desto mehr glich die Zustimmung der Ärzteschaft der parallel sinkenden EU-Begeisterung der Österreicher.

Der ÖHV hat sich in all diesen Jahren redlich bemüht, klar auf die „Pferdefüße“ dieser Entwicklung hinzuweisen – und je mehr sich diese offenbarten, desto öfter las man Klagen genau derselben Repräsentanten, die an der Entstehung des Systems maßgeblichen Anteil hatten (ohne sich dabei natürlich selber zu korrigieren).

So waren es ÖHV-Vertreter, die in Wien und NÖ erstmals Anträge einbrachten, die einen Kostenersatz für die administrative Mehrbelastung forderten – natürlich wurden diese Anträge von der jeweiligen Mehrheitsfraktion damals niedergestimmt (oder wie in Wien – bereits bei der Antragstellung durch Geschäftsordnungsstricks des Präsidenten verhindert). Im aktuellen Wahlkampf dagegen war es derselben ÖVP-Riege durchaus billig genug, sich als „Bollwerk gegen die Bürokratie“ darzustellen. Ebenso waren die datenschutzrechtlichen Bedenken des geplanten ELGA eine ÖHV-Initiative, zuerst von ÖÄK-Funktionären des schwarzen Lagers bekämpft – schließlich jedoch vor allem in Wien von der Vereinigung „inkorporiert“.

Selbst die Einbringung eines Gesetzesantrags durch den Vereinigungs-Repräsentanten Rasinger, die die vereinte Kollegenschaft dazu verurteilt, für alle Kunstfehler, die ein Patient einklagen könnte (und wo sich keine Versicherung zuständig fühlt) finanziell grade zu stehen, war nicht ausreichend, um das Wahlvolk davon abzuschrecken, das entsprechende Kreuzerl zu machen; ebenso nicht der demonstrative Kuschelkurs unseres (Mein Gott, Walter..) bisherigen – und wahrscheinlich auch zukünftigen obersten ÄK-Repräsentanten in Wien mit der neuen Gesundheitsministerin, die sich die Aufwertung der Hausärzte etwa dadurch vorstellt, dass sie



Dr. Manfred Weindl

nicht nur auf ihre Nachtruhe verzichten, sondern auch noch weitere Angestellte im Nachtbetrieb finanzieren sollen. Da sie bei dieser Gelegenheit lediglich darauf hinwies, dass dies eindeutig billiger sei als der Betrieb von Spitalsambulanzen – sie aber andererseits kein Wort darüber verlor, dass dies auch Mehrkosten verursachen könnte, kann man sich die mögliche Umsetzung dieser Vision lebhaft vorstellen.

Und dass es in dieser Causa zwar eine sofortige Reaktion unseres ÖHV-Präsidenten Dr. Euler – nicht aber vom Wiener ÄK-Präsidenten – gab, lässt erahnen, wo der Zug unter seiner weiteren Führung hingehen wird.

Aber er wird sich dieses kleine Ärgernis für die niedergelassenen Kollegen sicherlich leicht dadurch „abkaufen“ lassen, dass die Klassegelder für seine ehemaligen Primariatskollegen weiterhin gesichert sind.

Welche Lehren soll man also aus diesem Wahlergebnis ziehen?

- 1.** Die beherzte Auseinandersetzung und das unermüdliche Aufzeigen von Schwächen und Gefahren der Gesundheitspolitik bei jedem aktuellen Anlass ist nichts gegen ein konzertiertes Wahlkampf-Finish.
- 2.** Es ist nur dem naiven Geist engagierter und offenbar in einer eigenen Welt lebenden Kämpfer zuzuschreiben, daran zu glauben, dass der Wähler zwischen Worten und Taten unterscheiden kann.
- 3.** Diejenigen, die uns klarmachen, dass eine Beschäftigung mit der Standespolitik keinen eingesetzten Cent und keine verlorene Minute wert sind, haben wahrscheinlich Recht.

Dieses wenig optimistische Resümee mündet in der Frage, wann wohl die Lemminge merken, dass das Ziel den Weg nicht wert ist – aber wer sagt es ihnen, und durch welches Medium sind die Scheuklappen wohl noch durchdringbar? **Fragen über Fragen, die derzeit noch auf die erlösende Antwort warten ...**

Es macht wohl Sinn, sich mit anderen Dingen des Lebens zu beschäftigen, die Herz und Seele besser erwärmen können

meint Euer gerade die von den Augen
hinuntergefallenen Schuppen betrachtender Kollege

Dr. Manfred Weindl

Nach der Wahl

von Christian Euler

Wenn alle paar Jahre mutige und übermütige aus unseren Reihen vortreten, um sich der Kollegenschaft als Interessensvertreter anzubieten, wenn also die Landesvertretung neu gewählt wird, denkt so mancher an ein Amt, das er gerne gewinnen möchte.

Im Burgenland besteht seit neuestem die Gefahr durch in Anspruchnahme des demokratischen Rechtes einer Kandidatur ein Amt zu verlieren.

Am Freitag, dem 30. April wurde Primarius Dr. Günter Ranftl, Leiter der Abteilung

für Anästhesie und Intensivmedizin im Krankenhaus Oberwart und Spitzenkandidat der Überparteilichen Wahlgemeinschaft/Liste angestellter Ärztinnen und Ärzte, fristlos entlassen und mit Hausverbot belegt.

Kollege Ranftl wies in seinen Wahlaussendungen auf Missstände im Krankenhausbetrieb des Burgenlandes hin. (www.hausaerzteverband.at Wahlen, Burgenland).

Offizieller Entlassungsgrund ist die eigenmächtige Erteilung einer Sonderurlaubserlaubnis für den Fortbildungsbesuch eines Oberarztes.

Schon bei der Kammerwahl vor vier Jahren hat die Landespolitik ungehemmt und drohend in die Wahl des Präsidenten der Ärztekammer eingegriffen. So viel Geduld brachte sie diesmal nicht auf. Offensichtlich sicher durch die Ermächtigung der Bürokraten und Politiker auf Basis der §15A-Vereinbarung, vernichtet sie unliebsame Existenzen.

Große Teile der burgenländischen Ärzteschaft sind entschlossen diese Kampfansage anzunehmen. Die Einberufung einer außerordentlichen Vollversammlung steht bevor.

Wir werden weiter berichten.

Burgenländische Sportärztetage Rust 2007

Freitag, 29. Juni – Sonntag, 1. Juli 2007

Sportmedizinischer LIP Grundkurs 4

8 Praxisseminare:

- Kardiopulmonale Leistungsdiagnostik ■ Tauchmedizin - Tauchtauglichkeit ■ Trainingssteuerung mit Laktat
- Traditionelle chinesische Medizin (TCM) in der Sportmedizin ■ Das Kniegelenk, das Schultergelenk – häufige Verletzungssyndrome, Diagnostik und Therapie ■ Homöopathie in der Sportmedizin ■ Mentales Training und psychologische Methoden im Spitzensport ■ Funktionelle Untersuchung der Wirbelsäule ■ Golfen

Organisation und Anfragen: Dr. Martin Nehrer, Lisztgasse 1, 7000 Eisenstadt, Tel.: 02682/ 65121, Fax.: 02682/ 651214

E-Mail: doc.nehrer@bkf.at, Mo, Do, Fr, 16 – 18 Uhr, Mi 8 – 10 Uhr, Quartier: www.seehotelrust.at oder www.rust.at

Beitrittserklärung:

Ja, ich trete dem ÖHV bei:

- als ordentliches Mitglied (Arzt/Ärztin f. Allgemeinmedizin, in Ausbildung, in Pension) Jahresbeitrag: € 95,-
Mitglieder der ÖGAM: € 80,- PensionistInnen: € 33,-
- als außerordentliches Mitglied (FachärztInnen)
Jahresbeitrag: € 95,-
- als förderndes Mitglied (z.B.: Firmen oder Körperschaften)
Anstelle eines Mitgliedsbeitrages tritt eine jährliche Spende
- Ich möchte aktiv an der Vereinsgestaltung mitwirken



Name

Adresse

Telefon

e-Mail

Unterschrift

Bitte einsenden an den ÖHV: Kanzlei Eisenreich,
1150 Wien, Winkelmannstraße 8, Fax: 01/892 59 00-25,
E-mail: peter.eisenreich@gfwb.at, Internet: www.hausaerzteverband.at
Bankverbindung: WIF-Bank, Konto: 3056 256 0000, BLZ: 18 130, Kennwort: Österreichischer Hausärzteverband

Stampiglie

Leserbrief von Ing. Klaus Propst

Präsident des ÖMS, Wien:



Sehr geehrter Präsident des Hausärzteverbands!

Im Namen des ÖMS, des Verbands der medizinischen Softwarehersteller, möchte ich Sie hiermit auf einen Missstand aufmerksam machen, der nicht nur den Ruin der medizinischen Softwarefirmen zur Folge hat, sondern langfristig auch die völlige Abhängigkeit der Ärzte vom Hauptverband nach sich zieht.

Die Rede ist von der derzeit in Gang befindlichen Zertifizierung der Softwarehersteller im Zuge der e-card und dem damit verbundenen Zertifizierungsvertrag, der übrigens auch von der österreichischen Wirtschaftskammer heftig kritisiert und dessen verfassungsrechtliche Unbedenklichkeit angezweifelt wird.

Zu den Fakten:

Laut schriftlicher Auskunft des Hauptverbands ist die Voraussetzung für die Zertifizierung einer Softwarefirma die Unterschrift unter einen Vertrag, der indirekt auch die Rechte und die Unabhängigkeit der Ärzte massiv beschneidet. Teil dieses „Knebelvertrags“ ist das VSZ, das Handbuch zur Vertragspartner-Software-Zertifizierung, das auch auf der Homepage des Hauptverbands abrufbar ist. Um Ihnen die Brisanz dieses Vertrags zu verdeutlichen, zwei Beispiele:

- 1) Angeblich geht es bei der Zertifizierung nur um die Abrechnung. Aber die Punkte 3.7.1 und 3.7.2 im VSZ (S. 10) beweisen klar, dass die Hauptstoßrichtung des Vertrags Module sind, die künftig vom Hauptverband jeder Firma nach Belieben verordnet werden können. Mit anderen Worten: Die Unterschrift unter diesen Vertrag zwingt jede Softwarefirma und damit auch die Ärzte, die EDV des Hauptverbands zu übernehmen – ob sie wollen oder nicht. Ob das Modul ABS, Ökotool oder ProDoc heißt, ist dann nebensächlich.
- 2) S. 9, 3. 5: Wenn eine Softwarefirma diesen Vertrag nicht unterschreibt, werden die Kunden dieser Firma vom e-card-Netz abgekoppelt. Das heißt, sie können nicht mehr elektronische Abrechnungen legen, keine chefarztpflichtigen Medikamentenverschreibungen mehr online tätigen etc., sondern nur mehr offline arbeiten. Ihr bisheriges Ordinationssystem wird damit schlicht und einfach unbrauchbar gemacht.

Die Folgen dieses Vertrags für die Ärzte:

- **völlige Abhängigkeit der Ärzte von der vom Hauptverband verordneten EDV**
- **erheblicher Bürokratiezuwachs in den Ordinationen, da der Hauptverband so viele EDV-Lösungen durchsetzen kann, wie er will – ob sie kundengerecht sind oder nicht**
- **Ärzte, die von einer nicht (mehr) zertifizierten Firma betreut werden, nimmt man einfach vom e-card-Netz**
- **die Wahlfreiheit der Ärzte, die sich für eine bestimmte Softwarefirma entschieden haben und dieser vertrauen, ist abgeschafft**
- **eine bisher freie Branche wird vernichtet und durch ein zentralistisches System ersetzt! Wenn die Softwaremodule ohnehin überall dieselben sind, braucht es nicht mehr mehrere Firmen. Es genügt eine einzige, z. B. die SVC, die Chipkartengesellschaft des Hauptverbands.**

Um Missverständnissen vorzubeugen: Wir Softwarehersteller sind gerne bereit, unsere Software überprüfen und - von einer unabhängigen Stelle - zertifizieren zu lassen. Einseitig diktierter Bedingungen wie im VSZ formuliert, können wir jedoch nicht annehmen. Auch die Wirtschaftskammer hat alle Softwarefirmen bereits schriftlich informiert, momentan von einer Unterschrift unter den Zertifizierungsvertrag abzusehen, da diese Bedingungen nicht annehmbar sind. (Derzeit droht also den meisten Ärzten die Abkoppelung vom e-card-Netz, hält der Hauptverband an seiner Ankündigung fest.)

Wie Sie sicher wissen, sitzen Vertreter von Hauptverband, SVC und Ärztekammer im Zertifizierungsteam. (Die Forderung, auch Vertretern der Softwarefirmen Sitz und Stimme zu geben und somit einzubinden, wurde abgelehnt). Aber ich bin fest überzeugt: Sie als Standesvertreter der Ärzte, können die oben beschriebenen Folgen für Ihre Klientel nicht wollen!

Wir appellieren daher an Sie, in weiteren Gesprächen mit uns gemeinsam eine für alle akzeptable Lösung zu finden. Wir sind für weitere Verhandlungen jederzeit offen und möchten gerne konstruktiv mitarbeiten, um die derzeit für alle Seiten verfahrenere Situation zu verbessern. Einem einseitig diktierten Vertrag des Hauptverbands, der die Abhängigkeit unserer Kunden und die Vernichtung unserer Branche zur Folge hat, können – und wollen – wir aber verständlicherweise nicht zustimmen.

In Erwartung Ihrer geschätzten Antwort verbleibe ich

mit freundlichen Grüßen

Ing. Klaus Propst

Präsident des ÖMS- Verband Österreichischer Medizinischer Softwarehersteller
Esterhazygasse 23, 1060 Wien, Fax: 01/585 11 00 - 22, Mobil: 0676/84 66 39 24, e-Mail: office@oems.at

Wien am, 29. 3. 2007

Anfrage des Bundesrates Stefan Schennach, Freundinnen und Freunde

an die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend

betreffend bürokratischer Fallen und Hürden bei der Inanspruchnahme der Versicherungsleistung beim praktischen Arzt nach Einführung der e-card.

Mit Vollendung des 18. Lebensjahres werden alle Jugendlichen und SchülerInnen automatisch als Mitversicherte der Eltern abgemeldet, ohne dass die Betroffenen davon zeitgerecht verständigt werden. Den Betroffenen wird in der Praxis dieser Umstand erst bewusst, wenn sie zum Arzt gehen und die e-card keinen Versicherungsanspruch feststellt.

Wird das Versicherungsverhältnis wieder aktiviert, z. B. durch Vorlage einer Schulbesuchsbestätigung, dauert es laut Angaben der Ärzte 4 bis 6 Wochen !!! bis diese Änderung auf der e-card gespeichert ist und der jugendliche Patient als versichert ausgewiesen wird.

In diesem Zeitraum kann der Versicherungsanspruch telefonisch mit großem – für die Praxen lästigen – Zeitaufwand beim zuständigen Versicherungsträger abgefragt werden und vom Patienten mit einem e-card Ersatzschein bestätigt werden. Tatsache ist, bei vollem Praxisbetrieb ist dieser Aufwand nicht nur nervig sondern auch störend.

Ähnlich ist die Situation bei SchülerInnen, die einen Ferialjob machen. Nach Beendigung des Ferialjobs werden sie vom Arbeitgeber abgemeldet und nicht wieder automatisch mit den Eltern mitversichert. Wird die Beantragung der Mitversicherung übersehen oder vergessen, bleiben die betreffenden SchülerInnen ohne Versicherung. Eine Information durch die Kassen erfolgt in der Regel nicht.

Weiters wurde mit Jahresende per Knopfdruck bei so ziemlich allen Patienten die Rezeptgebührenbefreiung aufgehoben. Auch hier wurden die Betroffenen in der Regel nicht informiert. Nun müssen die Sprechstundenhilfen den PatientInnen diesen Umstand mitteilen. Dadurch entsteht Unmut, der gegenüber den AssistentInnen in den Praxen abgeladen wird.

Es ist ja nicht Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen bzw. der Ordinationsassistentinnen den Patienten Änderungen des Versicherungsstatus zu erklären.

Auch die neuerliche Beantragung von Gebührenbefreiung und deren Abspeicherung auf der e-card dauert wiederum bis zu 6 Wochen. Für schwerkranke MindestrentnerInnen, die mehrere Medikamente benötigen, bedeutet dies bei der derzeit hohen Rezeptgebühr eine große Belastung.

Weiters gibt es in Tourismusgebieten häufig Personalwechsel. ArbeitnehmerInnen aus dem Ausland, die seit Mitte Dezember 06 im Gastgewerbe beschäftigt und angemeldet sind, hatten Ende Jänner 2007 noch keine e-card. Mehrfach hat eine Anfrage bei der Versicherung ergeben, dass die Personen unbekannt waren. Erst nach der Übermittlung von

Anmeldeformularen konnten diese Versicherten bei der GKK „gefunden“ werden. Arbeitet ein Bauarbeiter, der normalerweise bei der GKK versichert ist, im Winter bei einem Skilift, wechselt er zur Eisenbahnversicherung (VAE). Auch in diesem Fall dauert es wiederum 6 Wochen bis diese Änderung des Versicherungsstatus abgespeichert wird. Kommt der Patient in diesem Zeitraum in eine Praxis, weist ihn die e-card als bei der GKK versichert aus, obwohl er längst bei der VAE gemeldet ist.

Benötigt er eine Krankmeldung, wird diese auf ein GKK-Formular ausgedruckt und zur GKK geschickt. Diese schickt die Krankmeldung wieder zurück, weil sie nicht mehr leistungsfähig ist (obwohl die e-card dies ausweist). Solche PatientInnen kommen in der Regel wieder in die Ordinationen und regen sich auf.

Normalerweise müsste nun der Arzt den Patienten persönlich mit der GKK-Krankmeldung zur VAE schicken (wenn dies ein Wintersportort ist, der Stunden vom Sitz der VAE entfernt ist, eine schöne Schikane, für einen kranken Menschen). Von der VAE kommt er mit anderen Formularen zurück, weil die VAE andere Formulare für die Arbeitsunfähigkeit hat und diese erkennt die verstrichenen Tage der Arbeitsunfähigkeit nicht an, weil die Meldung nicht rechtzeitig eingegangen ist. Einen labilen Patienten könnte man mit einer solchen Vorgangsweise, die sich tagtäglich in Ordinationen abspielt, in den Amok treiben.

Die Ärzte tun dies in der Regel nicht. Die Ordinationsassistentinnen greifen in der Regel zum Telefon, quälen sich durch die Warteschleifen der VAE und klären den jeweiligen Versicherungsstatus ab, damit der Patient seine aktuell gültige Krankmeldung erhält.

Diese Vorgangsweise ist enorm zeitaufwändig und an sich nicht Aufgabe des behandelnden Arztes sondern der Krankenversicherung. Angesichts dieser Unzulänglichkeiten und Tücken werden Ordinationsassistentinnen einen guten Teil ihrer Arbeitszeit damit beschäftigt, Aufgaben der Krankenkassen bzw. des Hauptverbandes zu erledigen, aber weder Krankenkassen noch Hauptverband kommen für die Entlohnung der Angestellten in den Praxen auf.

Nun, wenn in Österreich wieder die Skilifte zusperrten und die Angestellten wieder in ihren ursprünglichen Beruf wechseln, passiert der Versicherungswechsel von der VAE zur GKK wieder – allerdings mit mehrwöchiger Verspätung und oben beschriebenen Hürden und Folgen.

Stirbt ein Ehepartner wiederholen sich hinsichtlich der e-card oben beschriebenen Probleme, so sind der mitversicherte Witwer oder die Witwe wochenlang ohne e-card.

Bonviva® 3 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze. Wirkstoffgruppe: Bisphosphonate, ATC-Code: M05B A06 - Ibandronsäure. **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 Abschnitt 5.1 Fachinformation). Eine Reduktion des Risikos vertebraler Frakturen wurde gezeigt, eine Wirksamkeit hinsichtlich Oberschenkelhalsfrakturen ist nicht ermittelt worden. **Gegenanzeigen:** Hypokalzämie (siehe Abschnitt 4.4 Fachinformation), Überempfindlichkeit gegen Ibandronsäure oder einen der sonstigen Bestandteile. **Hilfsstoffe:** Natriumchlorid, Eisessig, Natriumacetat 3 H₂O, Wasser für Injektionszwecke. **Zulassungsinhaber:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht:** Rezept- und Apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung:** siehe Austria-Codex-Fachinformation. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** siehe Austria-Codex-Fachinformation. **Nebenwirkungen:** siehe Austria-Codex-Fachinformation.

Die unterfertigten Bundesräte und Bundesrätinnen stellen daher folgende

ANFRAGE

1. Sind Ihnen die oben beschriebenen Tücken, Hürden und verwaltungsmäßigen Unzulänglichkeiten bekannt?
2. Wenn Ja, beabsichtigen Sie umgehend mit den Krankenkassen und dem Hauptverband Gespräche aufzunehmen?
3. Sollen Eltern, Jugendliche bzw. SchülerInnen nicht ein halbes Jahr vor dem Erreichen des 18. Lebensjahres ausführlich informiert werden, so dass keine – technische – Unterbrechung des Versicherungsschutzes erfolgt?
4. Halten Sie die Bearbeitungsdauer bei Veränderung der Versicherungsdaten von in der Regel 4 bis 6 Wochen für akzeptabel?
5. In wenigen Monaten werden in ganz Österreich Schüler und Schülerinnen wieder Ferialjobs ausüben. Werden Sie sich bis dahin um eine praktische Lösung dieser Um- und Rückmeldungen bemühen, die keine Lücke nach Beendigung des Ferialjobs entsteht?
6. Sollte bei Jugendlichen nicht generell versucht werden fehlenden Versicherungsschutz zu vermeiden?
7. Sehen Sie es als die Aufgabe des Arztes und seiner Assistentinnen an, die PatientInnen über den Status ihrer Versicherung aufzuklären?
8. Innerhalb welchen Zeitraumes sollten die Krankenkassen die Versicherten bei Wegfall der Rezeptgebührenbefreiung im Vorhinein aufklären?
9. Wie kann bei Rezeptgebührenbefreiungen An- bzw. Abmeldung und die Abspeicherung auf der e-card in einem kürzeren Zeitraum als 6 Wochen erfolgen?
10. Wie kann es sein, dass es in Tourismusgebieten Praxis ist, dass korrekt Mitte Dezember 06 angemeldete ArbeitnehmerInnen Ende Jänner 2007 noch keine e-card hatten?
11. Wie kann es sein, dass korrekt angemeldete ArbeitnehmerInnen laut zahlreichen Berichten von ÄrztInnen über Wochen im System nicht gefunden wurden?
12. Welche Abhilfe soll erzielt werden, dass bei Krankmeldung von Versicherten, die durch saisonbedingten Branchenwechsel auch den Versicherungsträger wechseln, bei allfälligen Krankmeldungen jener Hindernislauf, wie Eingangs auf Basis der tagtäglichen Erfahrungen von ÄrztInnen geschildert, abgeschafft wird?
13. Werden Sie darüber umgehend mit den Versicherungsträgern in Verhandlungen eintreten, damit diese, die Ordinationen wie PatientInnen belastende Praxis, gerade jetzt vor dem Hintergrund des Endes der Wintersaison beendet wird?
14. Wie beurteilen Sie die Mehrbelastung der Praxen, der Ordinationsassistentinnen, vor dem Hintergrund dieser vielfältigen Unzulänglichkeiten?
15. Sollte die e-card nicht Vereinfachungen und schnellere Reaktionen auf Änderungen ermöglichen und sind diese Ziele angesichts der Tatsache, dass der Apparat hier in der Praxis einen Zeitrahmen von 4 bis 6 Wochen benötigt, Ihrer Meinung nach eingetreten?
16. Wenn Nein, woran liegen die Probleme, die hier auf den Rücken der Ordinationen und der PatientInnen ausgetragen werden?
17. Wenn Ja, sehen Sie bei Saisonarbeitskräften mit Versicherungswechsel eine durchschnittliche Ummeldungsunsicherheit bei An- und Abmeldung von 12 Wochen tatsächlich als vertretbar an?
18. Welche Fristen sind für serviceorientierte Kassen vertretbar?
19. Sollten diese Fristen kurzfristig nicht reduzierbar sein, sollte den Praxen für die aufwändigen Telefonnachfragen Entschädigungen bezahlt werden?
20. Wie beurteilen Sie die derzeit vorliegende Lastenverteilung bei der Information der Versicherten zwischen dem Personal der Arztpraxen und den Krankenkassen beziehungsweise des Hauptverbandes?
21. Wie beurteilen Sie die Situation, dass im Falle des Todes eines Ehepartners, die Witwe, manchmal auch der Witwer, in dieser psychisch ohnedies schwer belastenden Zeit mit häufig medizinischer Betreuung, meist wochenlang ohne e-card bzw. klaren Versicherungsschutz sind?
22. Innerhalb welchen Zeitraumes wollen Sie welche Maßnahmen konkret in Angriff nehmen?

Leserbrief von Mag. pharm. Norbert Fuchs Institut für Nährstofftherapie, Salzburg:

Ende Februar 2007 publizierte das Journal of the American Medical Association (JAMA) eine statistische Arbeit von Goran Bjelakovic und Co-Autoren. Im Rahmen einer Meta-Analyse wurden 68 selektierte Studien (mit insgesamt 232.606 Studienteilnehmern) ausgewertet. Den selektierten Studien war gemeinsam, dass sie randomisiert waren und entweder Beta-Carotin und/oder Vitamin A und/oder Vitamin E und/oder Vitamin C und/oder das Spurenelement Selen als „Wirkstoff“ eingesetzt hatten. Die Schlussfolgerungen der Autoren erfreute Pharmahersteller, deprimierte Vitamin-Produzenten und irritierte KonsumentInnen: Beta-Carotin, Vitamin A und Vitamin E könnten die Sterblichkeit erhöhen, zu Vitamin C und Selen seien weitere Studien nötig.

Bei allem nötigen Respekt vor der Notwendigkeit, Wert und Unwert von Vitaminen für unsere Gesundheit durch Studien zu objektivieren, drängen sich einige relativierende Kommentare zur Arbeit von Bjelakovic förmlich auf:

1. Meta-Analyse:

Der Begriff „Meta-Analyse“ wurde 1976 vom Psychologen Gene V. Glass geprägt und steht für eine „Gesamtanalyse gleichartiger Analysen“.

Fazit: Die von Bjelakovic und Co zur statistischen Auswertung herangezogenen 68 Studien waren keinesfalls gleichartig. So wurden unter ande- →

rem Studien, in denen Gesunden Vitamine verabreicht wurden, mit Studien verglichen, in denen Vitamine an Risikogruppen (z. B. Raucher oder Asbestarbeiter) oder an Kranke (KrebspatientInnen, Herz/Kreislauf-PatientInnen) verabreicht wurden. Ein Vergleich von Äpfeln mit Birnen also, wissenschaftlich unzulässig, bezüglich Aussagekraft höchst spekulativ.

2. Selektion der ausgewählten Studien:

Aus bemüht-statistischen Überlegungen verständlich, wurden nur jene Studien integriert, in denen nur einzelne oder wenige Vitamine verabreicht worden waren. Wer sich mit der Komplexität der menschlichen Biologie nur einigermaßen auseinandersetzt, weiß, dass insgesamt (maximal) 3 Vitamine und 1 Spurenelement wohl nicht ausreichen, den Körper gesund zu erhalten, vor Krankheiten zu schützen oder das Leben zu verlängern. Wenn großangelegte Studien (z. B. CARET-Studie mit 18.314 Männern, ATBC-Studie mit 29.133 Männern) zeigen, dass die tägliche Zufuhr von 30 mg hochkonzentriertem Beta-Carotin und 10 mg synthetischem Vitamin A bzw. durch tägliche Verabreichung von 50 mg synthetischem Vitamin E und 20 mg hochkonzentriertem Beta-Carotin bei starken Rauchern, alkoholkonsumierenden Männern oder Asbestarbeitern das Lungenkrebsrisiko erhöht, so beweist dies vor allem zwei Dinge:

1. Dass man durch gezielte Zufuhr einzelner, hochdosierter und synthetischer Vitamine die Blutspiegel dieser Vitamine entsprechend erhöhen kann (Blutspiegelkosmetik), aber
2. dass die (künstliche) Korrektur von drei oder vier Mikronährstoffen-Blutwerten (von Dutzenden, die mit einzubeziehen wären) ernährungsmedizinisches Stückwerk ist.

Fazit: So wie eine Schwalbe keinen Sommer macht, so schützen hohe Beta-Carotin- oder Vitamin E-Spiegel Raucher nicht vor Lungenkrebs (wie sollten sie auch?).

3. Zum Wesen von Vitaminen und Spurenelementen:

Während Arzneistoffe chemisch definierte Verbindungen sind und in der Medizin gezielt dazu eingesetzt werden, „pharmakologische“ Wirkungen im Organismus zu erzielen, üben Vitamine und Co gänzlich unterschiedliche Wirkungen aus. Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente und Phytamine (zusammengefasst als „Mikronährstoffe“ bezeichnet) üben in unseren mehr als 60 Billionen Körperzellen die Funktion biologischer Werkzeuge aus. Wir kennen heute Hunderte dieser Mikronährstoffe, viele von ihnen lebensnotwendig, die meisten von ihnen gegeneinander nicht ersetzbar und deshalb elementar für ein gesundes und langes Leben. Die Zufuhr einzelner, hochdosierter und synthetischer Vitamine entstammt dem einseitigen Geist pharmakologisch orientierter Wissenschaftler, die in der Verabreichung einzelner Vitamine immer noch „pharmakologisch“ Wirkungen erwarten, obwohl dies dem biologischen Anspruch von Mikronährstoffen widerspricht. Die tägliche Zufuhr des 15fachen Bedarfes an Beta-Carotin oder des 10fachen an Vitamin A (wobei ergänzend anzumerken ist, dass pflanzliches Beta-Carotin vom Körper ohnehin in Vitamin A umgewandelt wird – wozu also die doppelte Gabe?) käme einer Aktion gleich, in der man versuchen würde, die Produktivität eines Schlosse-reibetriebes durch tägliche (!) Versorgung mit jeweils einem Container voller Schraubenzieher (der gleichen Größe!) zu erhöhen.

Fazit: Die Versorgung von 232.606 Personen mit einzelnen, isolierten Vitaminen ist methodischer Unsinn und spiegelt das Missverstehen der biologischen Funktion von Mikronährstoffen einzelner Experten wieder.

4. Synthetische Vitamine – natürliche Vitamine:

Während natürliche, pflanzliche Lebensmittel 10 verschiedene Vitamin E-Verbindungen anbieten, propagierte die Industrie ein einziges isoliertes Tocopherol. Während in Salaten, Gemüse und Vollkorn mittlerweile mehr als 20 Flavin-Moleküle identifiziert wurden, kennt die Industrie nur ein Vitamin B2, nämlich Riboflavin. Das reduktionistische Zählen, Wägen und Messen einzelner Moleküle befriedigt zwar unseren Sinn für Ordnung und Statistik, ist jedoch für das Gesamtbild der komplexen biologischen Bedürfnisse des menschlichen Organismus nur Stückwerk von geringer Aussagekraft. Dies erkannte bereits Mephisto in Goethes Faust („Daran erkenn ich den gelehrten Herrn ... was ihr nicht münzt, das, meint Ihr, gelte nicht!“).

Fazit: Nahrungsergänzungsmittel weisen erstens unterschiedliche Qualitäten auf (ein Blick auf das Zutatenverzeichnis von Nahrungsergänzungsmitteln klärt häufig den Blick) und können zweitens eine gesunde Ernährung nicht ersetzen.

Ein letztes Wort, vor allem an die (in solchen Diskussionen meist auf der Strecke bleibenden) KonsumentInnen gerichtet:

- Essen Sie täglich (heimisches) Obst ■ Essen Sie täglich (heimische) Salate und Gemüse ■ Konsumieren Sie kaltgepresste Pflanzenöle (aus dunklen Flaschen) ■ Konsumieren Sie nicht nur Weißmehl, sondern auch Vollkorn ■ Trinken Sie vorwiegend ungesüßte Getränke
- Essen Sie nicht zu viel tierisches Eiweiß ■ Machen Sie ausreichend Bewegung ■ Gehen Sie mäßig um mit Genussmitteln
- Sorgen Sie für ausreichend Schlaf ■ Decken Sie Ihren zusätzlichen Mikronährstoff-Bedarf durch komplexe (natürliche) Präparate, nicht durch hochdosierte Mono-Präparate ■ Glauben Sie nicht alles, was in der Zeitung steht ■ Glauben Sie nicht alles, was Experten sagen

Mag. pharm. Norbert Fuchs

Institut für Nährstofftherapie, Wissenschaftlicher Beirat der Nährstoffakademie Salzburg

Bezeichnung: IXEL 25 mg und 50 mg Kapseln; **Zusammensetzung:** 1 Hartkapsel enthält 25 mg bzw. 50 mg Milnacipran-Hydrochlorid, entsprechend 21,77 mg bzw. 43,55 mg Milnacipran freie Base; **Anwendungsgebiete:** Behandlung von depressiven Episoden („Major Depression“) bei Erwachsenen; **Gegenanzeigen:** Darf in folgenden Fällen grundsätzlich nicht eingesetzt werden: bekannte Überempfindlichkeit gegen Milnacipran; Kinder unter 15 Jahren, mangels klinischer Daten; in Verbindung mit nichtselektiven MAO-Hemmern, selektiven MAO-B-Hemmern, Digitalis und 5-HT-Agonisten (Sumatriptan...); in der Stillperiode. Sollte 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; in der Schwangerschaft. **ATC-Klasse:** N06A.X17 Antidepressivum. **Hilfsstoffe:** Calciumhydrogenphosphat-Dihydrat, Carmellose-Calcium (Calcium carboxymethylcellulose), Polyvidon K 30, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Talkum; Kapselhülle: Gelatine, Titandioxid, rotes Eisenoxid, gelbes Eisenoxid; **Zulassungsinhaber:** Pierre Fabre Médicament F-92654 Boulogne, Frankreich; **Vertrieb:** Germania Pharmazeutika, 1150 Wien; Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten; kassenfrei. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**



Germania

Pharmazeutika

Diabetex 500mg, 850mg, 1000mg – Filmtabletten. Zulassungsinhaber Germania Pharmazeutika, 1150 Wien; **Zusammensetzung** 1 Filmtablette enthält 500, 850, 1000 mg Metformin-Hydrochlorid; **Anwendungsgebiete** Typ-2-Diabetes, wenn er mit Diät und körperlicher Betätigung nicht oder nur schlecht einstellbar ist, insbesondere bei Übergewicht; **Gegenanzeigen** – Überempfindlichkeit gegen Metformin.– Diabetische Ketoazidose, diabetisches Präkoma.– Nierenversagen oder Störung der Nierenfunktion (z.B. Serumkreatinin über 135µmol/l bei Männern bzw. über 110µmol/l bei Frauen).– Hypoxämische Zustände bei klinisch manifester kardialer und/oder respiratorischer Insuffizienz (z.B. Schock oder Myokardinfarkt).– Schwere Infektionskrankheiten mit schwerer Beeinträchtigung des Allgemeinzustands.– 48 Std. vor und nach Operationen sowie nach schweren Traumata.– i.v. Gabe von jodhaltigen Kontrastmitteln.– Leberinsuffizienz, Alkoholabusus. Vorsicht bei Patienten, die mit Medikamenten behandelt werden, die eine intrinsische hyperglykämische Aktivität besitzen (z.B. Glukokortikoide, β₂-Agonisten, Diuretika). ACE-Hemmer können zu einer Senkung des Blutzuckerspiegels führen, daher ist die Dosierung des Antidiabetikums anzupassen. Bei älteren Patienten mit schlechtem Ernährungszustand ist besonders auf das Vorliegen von Kontraindikationen zu achten. **Schwangerschaft und Stillperiode** Während der Schwangerschaft und Stillperiode ist Metformin kontraindiziert. **Hilfsstoffe** Povidon, Magnesiumstearat, Talkum, Hypromellose, Titandioxid E-171, (Diabetex 850mg: Eisenoxid rot E-172), Stearinsäure; **ATC-Code** A10BA02 **Abgabe** Rezept- und apothekenpflichtig **Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und Besonderen Warnhinweisen zur sicheren Anwendung können der veröffentlichten Fachinformation entnommen werden.**

Die amikale Aussprache

von Markus Lechner

„Streitigkeiten zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger sollen einvernehmlich beigelegt werden.“

So sehen es die meisten Gesamtverträge vor: Bevor der (gesamtvertraglich eingerichtete) Schlichtungsausschuss und in weiterer Folge die (gesetzlich eingerichtete) Paritätische Schiedskommission bzw. die Landesberufungskommission angerufen werden können, sollen die Teile des kurativen Einzelvertrages Meinungsverschiedenheiten einvernehmlich bereinigen.

Derartige Schlichtungsversuche können telefonisch oder schriftlich erfolgen (kurze Abklärungen von Abrechnungen oder Verschreibungen), oder aber in einer persönlichen Aussprache.

In der Praxis hat sich für diesen letzteren Streitschlichtungsversuch der Terminus „amikale Aussprache“ eingebürgert. Wie die Bezeichnung suggerieren soll, soll die Aussprache in amikaler, also freundschaftlicher Atmosphäre unter gleichberechtigten Vertragspartnern stattfinden.

Vertragsärzte, die alleine an solchen „amikalen“ Aussprachen teilgenommen haben, berichten, dass die Stimmung bei solchen Aussprachen freilich alles andere als amikal sein kann: Nicht nur sitzt der Vertragsarzt dem Chefarzt und allenfalls weiteren Vertrauens(fach)ärzten des Sozialversicherungsträgers gegenüber, sondern nehmen auch Juristen oder zumindest in Vertragspartnerangelegenheiten juristisch geschulte Mitarbeiter des Sozialversicherungsträgers an amikalen Aussprachen teil. Der Vertragsarzt ist zwar in der Lage, in medizinischen Angelegenheiten seinen Standpunkt zu vertreten; schwierig wird es allerdings, wenn juristisch diffizile Probleme des Vertragspartnerrechts (z.B. Auslegung des Gesamtvertrages, der Honorarordnung) zu argumentieren sind.

Meist werden anlässlich amikaler Aussprachen dem Vertragsarzt vom Sozialversicherungsträger Fehlverrechnungen vorgeworfen. So rechtfertigen z. B. nach Ansicht der Sozialversicherungsträger vom Standard nach oben abweichende Durchschnittswerte den Vorwurf der Überarztung, also den Vorwurf, nicht indizierte Leistungen zu erbringen, und somit den Vorwurf der Fehlverrechnung. Dass nach der Judikatur des Verfassungsgerichtshofes Durchschnittswertbetrachtungen nur unter ganz bestimmten, seltenen Voraussetzungen zulässig sind, sondern auf den jeweiligen einzelnen Patienten abzustellen ist, wird freilich selten beachtet.

Ärzte berichten auch davon, dass ihnen die Kündigung des kurativen Einzelvertrages angedroht worden sei, sollten vom Sozialversicherungsträger errechnete Honorarkürzungen nicht akzeptiert oder ein bestimmtes Abrechnungsverhalten nicht geändert werden, was auf viele Vertragsärzte entsprechenden Druck ausübt. Selbstverständlich ist die Ausübung übermäßigen Druckes auf den Vertragspartner unzulässig, und wären unter Druck und Zwang abgegebene Erklärungen eines Vertragsarztes (z. B. Akzeptieren eines Honorarabzuges) nach allgemeinen Grundsätzen nachträglich anfechtbar.

Auch ist nirgendwo festgelegt, dass amikale Aussprachen in den Räumlichkeiten des Sozialversicherungsträgers stattfinden müssen. Für diese Praxis fehlt – unter gleichberechtigten Vertragspartnern – jegliche Rechtfertigung. Denkbar wäre, dass amikale Aussprachen in Hinkunft auch z. B. in der jeweiligen Ärztekammer, bei Außenstellen des Sozialversicherungsträgers oder gar beim betroffenen Vertragsarzt stattfinden.

Verpflichtend in dem Sinne, dass die Paritätische Schiedskommission ohne amikale Aussprache (und ohne Abhaltung eines Schlichtungsausschusses) gar nicht angerufen werden könnte, ist die amikale Aussprache freilich nicht: Auch ohne Durchführung der gesamtvertraglich vorgesehenen Schlichtungsinstrumentarien könnte die Paritätische Schiedskommission sofort angerufen werden.



Mag. Markus Lechner

Allerdings judiziert die Bundesschiedskommission eine Pflicht des Vertragsarztes zur Teilnahme an vom Sozialversicherungsträger gewünschten amikalen Aussprachen (und in weiterer Folge an Schlichtungsausschüssen). Diese Pflicht zum Versuch der Streitschlichtung resultiert aus dem kurativen Einzelvertrag. Nehme ein Vertragsarzt nicht an solchen Schlichtungsversuchen teil, verstoße er gegen den kurativen Einzelvertrag. In Extremfällen könnte daher die Weigerung zur Teilnahme an amikalen Aussprachen und Schlichtungsausschüssen auch die Kündigung des kurativen Einzelvertrages rechtfertigen.

Umgekehrt besteht nach der Judikatur der Bundesschiedskommission auch eine Verpflichtung des Sozialversicherungsträgers, vor Ausspruch einer Kündigung eines kurativen Einzelvertrages das gesamte Schlichtungsinstrumentarium auszuschöpfen, um so dem Vertragsarzt auch die Möglichkeit zu geben, sich vertragskonform zu verhalten. Eine sofortige Kündigung durch den Sozialversicherungsträger ohne Ausschöpfung der Schlichtungsinstrumentarien sei auch nur in Extremfällen zu rechtfertigen.

Jeder Vertragsarzt ist daher gut beraten, an amikalen Aussprachen teilzunehmen. Es ist zudem dringend zu empfehlen, dass den Vertragsarzt dabei sofort auch ein im Vertragspartnerrecht versierter Jurist unterstützt.

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