

Brief des Präsidenten

Geschätzte Kolleginnen, geschätzte Kollegen!

Die Aufregung um das neue Buch des Medizinjournalisten Kurt Langbein, diesmal über Patientenleben bedrohende Missstände in Österreichs Spitälern, gab den Akteuren im österreichischen Gesundheitswesen einmal mehr Gelegenheit zur Aufstellung und - als ob es sich um eine psychotherapeutische Aktion handelte - ließen die einzelnen Positionen tief blicken.

Ein Reflex der ÖÄK - Patientenversicherung, Skandalisierung, Geschäftemacherei - ließ unseren Berufsstand einmal mehr hirnlos erscheinen. Einzelne Funktionäre meldeten sich differenzierter zu Wort. Keiner jedoch reichte unüberhörbar die Kritik an jene weiter, die über politische Möglichkeiten verfügen und daher auch die Verantwortung haben.

Vor zwei Jahren wurden Burgenlands Primarii per Brief vom Dienstgeber KRAGES aufgefordert, die persönliche Verantwortung für die Einhaltung der Arbeitszeitgesetze an Ihren Abteilungen zu übernehmen. Die gleiche KRAGES, die mit ihrer Personalpolitik eine beständige und Menschen verschleißende Minderbesetzung der Abteilungen im ärztlichen und pflegerischen Bereich verursacht, gibt mit drohender Gebärde die Verantwortung dafür jenen weiter, die unter diesem Missstand zu leiden haben.

Ein Primararzt, der die Personalnot und ihre Folgen für Ausbildung und Behandlungsqualität in Aussendungen unter Kolleginnen und Kollegen thematisiert, wird fristlos entlassen und in seiner Existenz bedroht. Alle angekündigten Beweise zur Rechtfertigung dieses Schritts werden dem Arbeitsgericht nicht vorgelegt, weil in einem Vergleich fast zwei Jahre nach dieser Machtdemonstration Stillschweigen vereinbart wird. Der gefeuerte und schließlich finanziell entschädigte Primar ist für das Burgenland verloren, der Leiter der KRAGES, der eine solche Unternehmenskultur pflegt, bekommt seinen Vertrag verlängert.

Es darf uns daher nicht wundern, wenn der im Langbeinbuch zitierte Studienautor Prim. Dr. Stöger, auf dessen Qualitätsvergleich chirurgischer Abteilungen im Buch wiederholt Bezug genommen

wird, nicht als wertvoller Mitarbeiter einer angestrebten Qualitätsoffensive an Bord geholt, sondern gekündigt wird. Es darf uns auch nicht wundern, wenn diese Reaktion der Verantwortlichen, in diesem Fall des Landes Niederösterreich, nicht annähernd so viel mediale Aufmerksamkeit bekommt, wie die „Skandale der Ärzte“.

Die Medienlandschaft positioniert sich damit oberflächlich und undifferenziert, jedenfalls aber als Zugpferd vor dem PR-Wagen des Autors Kurt Langbein.

Als Einpeitscher der Notwendigkeiten arbeitsbehindernder Kontrollmechanismen schwingt einmal mehr HR Dr. Gerald Bachinger die rote Karte, ein Botschafter des Misstrauens gegenüber ärztlicher Selbstkontrolle, ein routinierter Vorverurteiler im Dienste der wahren Verantwortlichen.

Gerade jene Landesregierung, in deren Sold Patientenanwalt Hofrat B. steht, verschwendet Unsummen für medizinische Infrastruktur und spart am Personal, das zu deren lebensdienlicher Betreuung nötig wäre. Die high-tech-Herzstation mit nur einem Facharzt und einer Ausbildungsassistentenstelle fand sogar als 40 Stunden Sparversion eines kardiologischen Zentrums Eingang in den einschlägigen Kuriositätenkatalog.

Sparpotential sieht der die Gesundheitspolitik bestimmende Finanzlandesrat Niederösterreichs, der Großinvestor in den stationären Bereich Mag. Sobotka - so wie alle Involvierten - nur bei den anderen. Seit langem schon fordert er die Schaffung von neun Länderkassen.

Jetzt geht er noch einen Schritt weiter: „Ich brauche nur eine Kasse auf neun regionale Stellen aufgeteilt“. Mit dem Medienecho auf dieses Statement festigt er seinen Ruf als Gesundheitspolitiker und akzentuiert einmal mehr, was als gesellschaftspolitische Bedrohung im Raum steht: Die Vorherrschaft des Geldes!

Am 12. Mai meldet sich im Radiokulturhaus der Hausärzterverband zu Wort und stellt die Folgen des Vertrauensverlustes zur Diskussion. Wir wollen mit hochkarätigen Fachleuten unsere Beobachtungen und Bedenken diskutieren und auf ihre Allgemeingültigkeit hin prüfen.



Dr. Christian Euler

Von Misstrauen geleitet sein, kostet Unsummen. Ich erlebe es bei meiner Arbeit in einem Alten- und Pflegeheim täglich von neuem. Die Personalknappheit wäre mit einem Schlag verschwunden, ließe man die Pflegekräfte hin zu den betreuungsbedürftigen Menschen und weg vom Dokumentationsarbeitsplatz. Die Forderung, jede Person müsste nach Einsichtnahme in eine exakte Dokumentation die darin festgehaltene Betreuungsarbeit ohne Qualitätsverlust weiterführen können, ist ebenso utopisch wie abwertend. Sie missachtet die heilsame Wirksamkeit der zwischenmenschlichen Dynamik, die aus der Kontinuität und Verlässlichkeit einzelner Menschen kommt.

Wer ehrliches Bemühen an den Tag legt, verdient jeden Vertrauensvorschuss, hat er ihn, wird er motiviert und sicher an die Arbeit gehen. Wen die Bürokraten mit maßlosen Dokumentationsverpflichtungen überschütten, wird bei seiner Arbeit von Misstrauen begleitet, dementsprechend verunsichert und demotiviert.

Die in diversen Dokumentationen verfälschte Wirklichkeit wird letztlich auf Kosten der Patientinnen und Patienten teuer angefertigt und dient als festgeschriebene Realität den wirklichkeitsfernen Verantwortungsträgern als Basis neuer wirklichkeitsfremder Entscheidungen. Parallelwelten entstehen, hochgerüstet an Personal und Geldmitteln die eine, ausgebeutet und finanziell verknappt die andere.

Vertrauen und Großzügigkeit im Denken sind Ressourcen, die für eine menschengerechte Gesundheitsreform genützt werden sollten. An beidem mangelt es Ökonomen und Bürokraten.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, ich würde mich über Ihren Besuch im Radiokulturhaus am 12. Mai, 19:00 sehr freuen.

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

Lehrpraxis ohne Zukunft - Gesundheitsreform ohne Sinn

von Michael Wendler

Endlich wieder ein Lehrpraxisleiter-Seminar im Wiener Raum mit vielen interessierten Kollegen in luftiger Höhe des 30. Stocks des Florido-Towers. Wir Referenten (Glehr, Maier, Lindner, Penz, Wlodek, Tönies und Wendler) haben uns redlich bemüht, die aufmerksamen Seminarteilnehmer zu motivieren und zu qualitativ guter Ausbildungstätigkeit anzuspornen. Aber, wie schon mehrmals in den letzten 15 Jahren, sind wir bei den Aussichten und Rahmenbedingungen für die postpromotionelle Aus- und Weiterbildung in Allgemeinmedizin in Österreich derzeit wieder an einem Tiefpunkt angelangt.

Eigentlich ein Wunder, dass sich Fachleute und Durchführende unter solchen Verhältnissen noch über Inhalte akademisch aber auch praxisnah unterhalten und sich weiterentwickeln wollen, wo doch die Entscheidungsträger weiterhin völliges Desinteresse daran zeigen.

So deutet eine Bemerkung von Gesundheitsminister Stöger eine Woche zuvor darauf hin, dass die Bemühungen um den Facharzt für Allgemeinmedizin ihm nicht sehr wichtig erscheinen und das ausgehandelte Konzept wieder von Beginn an neu diskutiert werden muss. Die euphorischen Ankündigungen der ÖGAM sind auch schon leiser geworden, denn woher unter solchen Auspizien die nötigen Millionen bekommen und welche Lehrpraxen besetzen, wenn diese weiterhin von der Kammer demotiviert und mental ausgehungert werden. Und Kollege Niedermoser, Referent für die Lehrpraxen in der ÖÄK, hatte seinen Besuch beim Seminar angekündigt und war nicht erschienen. Ein weiteres Symptom für bewusste Vernachlässigung oder persistierende Verdrängung?

Die Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin droht in weite Ferne zu rücken. Dieser „Plan A“ (amtlich) droht schon zu scheitern, bevor noch die gesetzlichen Bestimmungen zur Approbation und der Abschaffung des alten Turnus beschlossen sind. Aber noch immer darf man nicht nachdenken über die Erstellung eines „Plan B“ (Basis), der die postpromotionelle Ausbildung so halbwegs nach EU-konformen Standards retten könnte.

Schließlich sollte die Österreichische Ärztekammer erkennen, dass es dringend erforderlich ist, mit einem Maßnahmenpaket (siehe Kasten), das in Ihrer eigenen Autonomie mit einem Federstrich umgesetzt werden könnte, die derzeit durch Idealisten hochgehaltene Lehrpraxis endlich intensiv zu fördern. Denn werden die Zukunftspläne nicht umgesetzt und bieten wir den jungen Medizinerinnen keine Alternative heute, wird über kurz oder lang die Ausbildung wieder in die Spitäler zurückverlagert werden.

Die Kammerverantwortlichen sollten sich am Schopf nehmen und jenseits von falsch verstandenem Kantonsgeist und Kuriendünkel endlich Schritte setzen, Ausbildungsordinationen zu einer nicht mehr wegzudenkenden Institution in unserem Gesundheitswesen zu machen.

Die Zeit drängt, 15 Jahre Stillstand sind genug. Sollte die Österr. Ärztekammer nicht fähig sein, diesen wichtigen Bestandteil der allgemeinmedizinischen Basisversorgung zu stärken und zu fördern, wird es vielleicht besser sein, wenn wir Ausbildungsordinationen uns auch an die medizinischen Universitäten um Hilfe wenden.

Dr. med. Michael Wendler

Lehrpraxisleiter in Graz
8046 Graz, St. Weiterstraße 32, Tel: (0316)69-19-50 Fax: -4
e-mail: fun-orientierung@gmx.at

Ideen von der Basis (Plan B):

Was könnte innerhalb der Autonomie der Österreichischen Ärztekammer geschehen

Vernetzung der Lehrpraxen: Bildung von informellen Gruppen und Informationsforen. Kaum ein Lehrpraxisleiter weiß, wo der nächste sitzt. Gemeinsame Information durch das Kammerreferat und genaue Statistik.

Gemeinsames Auftreten und aktive Öffentlichkeitsarbeit: Die meisten Tages-Medien wissen noch immer nicht, dass in Österreich künftige Allgemeinmediziner vor Ort ausgebildet werden zum Wohle der Patienten.

Fortbildungspunkte für die Lehrtätigkeit: Internationale Didaktik-Studien belegen, dass von einem Kongressvortrag meist nur 10 Prozent hängen bleiben. Muss ich jedoch selbst jemanden etwas beibringen, bleiben bis zu 80 Prozent hängen. Warum gibt es dann für das Lesen eines kurzen Artikels 2 Fortbildungspunkte und für eine Woche Unterricht oder Tutorial nichts?

Empfehlung für die Turnusarzthonorare in Form eines leistungsgerechten Stufentarifs: Am Anfang überwiegt die reine Unterweisung in die Tätigkeit und die spezifischen Zugänge des Fachs. Zunehmend wird der Jungarzt selbständig. In ähnlichem Maße sollte das Gehalt steigen. Kollegen, die nach 2 bis 3 Monaten vorzeitig ins Spital wechseln sind eine verlorene Investition.

Laufende Weiterbildung der Lehrpraxisleiter oder Leiter-Qualitätszirkel: Gedankenaustausch unter fachlicher Moderation oder Supervision ist der beste Weg, dieses Unterrichtsmodell allmählich auf international übliches Niveau zu heben. Dabei die Universitäten einbinden.

Gütesiegel für Lehrpraxen: Werden einige der oben genannten Kriterien eingehalten, kann man so jungen Ärzten signalisieren, wo sie faire Bedingungen und Qualität erfahren können. Dies sollte mit dem freiwilligen Einhalten eines Code-of-conduct verbunden sein.

Erschließung von Drittmitteln: In den Bundesländern gibt es verschiedene Förderungen für qualifizierte Jung-Arbeitnehmer. Dabei werden Jungärzte oft vergessen, da sie keine Lobby haben.

Jobbörse: Engagierte Jungärzte haben solche web-basierte Modelle schon erarbeitet. Die Kammern zieren sich weiterhin.

Approbation von Lehrambulanzen: Als Ausbildungshoheit könnte die Kammer verlangen, dass nur Ambulanzen mit niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen als Konsiliarärzte die Berechtigung zum Ersatz der Lehrpraxis bekommen dürfen.

Reihungspunkte für Lehrpraxiszeiten bei der Vergabe von Kassenstellen

Vergünstigte Fortbildungsangebote für Lehrpraxisleiter und deren Assistenten

Medikamente: Sparen ohne Tabus

von Wolfgang Geppert

Die Entwicklung der ärztlichen Kunst sowie der Medizintechnik und der Medikamente schreitet etwa seit Mitte des vergangenen Jahrhunderts rapide voran. Die Folgen sind demografisch sichtbar: Die Lebenserwartung ist stark gestiegen und steigt noch immer mit etwa einem Lebensjahr alle zehn Jahre. Daher ist auch der durchschnittliche Patient immer älter. Die logische Folge sind höhere Kosten im Bereich von Behandlung und Medikamenten. Heute sind beispielsweise mehr als zehnmals so viele Menschen zuckerkrank als noch vor hundert Jahren und können bei entsprechender Medikation viele Jahre mehr mit nur noch geringer Beeinträchtigung genießen.

Meinen Vorschlägen zur Möglichkeit von Einsparungen im Arzneimittelbereich möchte ich folgende Gedanken vorausschicken:

Wir Ärztinnen und Ärzte sind gesetzlich verpflichtet Medizin „state of the art“ zu betreiben. Zur Medizin gehört auch die Medikation. Die Sozialversicherung ist ihren Pflichtmitgliedern gegenüber zur Bereitstellung medizinischer Leistungen verpflichtet. Wir Ärztinnen und Ärzte verschreiben Medikamente, weil uns die gesetzliche Situation dazu verpflichtet, Medikamente als Teil der Therapie im Sinne der Patientinnen und Patienten einzusetzen. Wir sind daher NICHT die Kostentreiber, wie uns oft unterstellt wird. Daher dürfen die explodierenden Medikamentenkosten nicht bei Honorarverhandlungen gegen uns als Argument verwendet werden. Beide Leistungsarten sind nur getrennt voneinander argumentierbar. Eine „Bestrafung“ der Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf ihr Verschreibungsverhalten ist rechtlich und moralisch nicht zu verantworten und daher abzulehnen.

Die Kostenverantwortung für Medikation liegt sicher nicht allein bei den Ärztinnen und Ärzten. Patientinnen und Patienten haben ein Anrecht auf Medikation. Die Sozialversicherungsträger müssen die Versorgung ihrer Versicherten sicherstellen. Medikation wird ständig optimiert, daher steigen Lebenserwartung und Lebens-

qualität. Das kostet Geld. Die Diskussion über dieses Geld muss aber weg von den Ärztinnen und Ärzten in Richtung der Frage, ob man sich als Gesellschaft das leisten will, wozu die Medizin im Stande ist. Grundsätzlich ist für uns Ärztinnen und Ärzte eine rigide Einschränkung der Zugangsmöglichkeit zu moderner Medizin samt moderner Medikation aus humanitären Gründen abzulehnen.

Trotz all dem sind Gedanken zum sparsameren Umgang mit Ressourcen legitim. In der Folge ergeben einige Vorschläge des Medikamentenreferats der NÖ Ärztekammer.

Vorschlag 1: Verbot von Gratislieferung von Medikamenten an Spitäler

Bei der Verschreibung von Medikamenten ist, wie bei anderen medizinischen Dienstleistungen, ein Ökonomiegebot durchaus vertretbar. Dies allerdings setzt voraus, dass alle Anbieter in Bezug auf Verschreibung und deren Kontrolle ident zu behandeln sind. Derzeit wird in den Krankenhäusern über die Medikation im intramuralen Bereich entschieden, und zwar ohne auf den EKO Rücksicht zu nehmen oder in das ABS eingebunden zu sein. Als Folge werden im Krankenhaus durchaus Medikamente verschrieben, die im niedergelassenen Bereich nicht weiterverschrieben werden dürfen oder aufwendigen Restriktionen unterliegen. Die Pharmaindustrie macht sich diesen Umstand zu Nutze und verschenkt Medikamente in großem Umfang an die Krankenhäuser. Die Kosten dafür müssen innerhalb der Kalkulation eines betriebswirtschaftlich handelnden Unternehmens in die Preise mit einberechnet werden. Die Schenkungsmöglichkeit bringt also nicht nur erhebliche Mehrkosten bei der berechtigten Weiterverschreibung im niedergelassenen Bereich, sondern verschiebt auch noch die Kostenwahrheit von den Spitälern weg zu den Sozialversicherungsträgern. Genaue Zahlen liegen nicht vor, es kann jedoch abgeschätzt werden, dass ein deutlicher zweistelliger Prozentsatz des Medikamentenaufwands der Sozialversicherungen aufgrund von Folgemedikation von Erstverschreibungen in den Spitälern entsteht. Hier wäre ein Einsparpotenzial wie bei keiner einzigen anderen bekannten Sparmaßnahme gegeben.

Ein Verbot von Gratislieferungen von Medikamenten an Spitäler ist daher absolute Grundvoraussetzung für seriöse Ansätze im Sinne einer Kostenreduktion im Arzneimittelbereich. →



Vorschlag 2: Fortbildung und Schulungen durch die Sozialversicherungsträger und Spitalserhalter

Keine andere Berufsgruppe unterzieht sich mehr Fortbildungen und Schulungen als wir Ärztinnen und Ärzte. Allein die Bezirksärzterveranstaltungen überspannen einen weiten Bogen der Nachschulung und Fortbildung. Die Kosten dieser Schulung übernimmt derzeit zum Großteil die forschende Industrie. Dieser Umstand gerät immer mehr ins Kreuzfeuer unserer Kritiker. Der Ärzteschaft wird dabei eine Abhängigkeit von den Pharmafirmen nachgesagt. Wir würden, so der Vorwurf, zur Verschreibung von teuren Neueinführungen gedrängt, denn das Sponsoring von lokalen Fortbildungsveranstaltungen geht oft über die versteckte Bewerbung von Präparaten im Hochpreisniveau.

Ein gutes Beispiel dafür sind Veranstaltungen, die Gliptine oder Glitazone als unverzichtbare Bestandteile der Diabetesbehandlung präsentieren. Metformin und Sulfonylharnstoffe, deren Kassenpreis im Bereich der Rezeptgebühr liegt, werden nur mehr am Rande gestreift. Die besagten neuen Präparate hingegen, weisen meist einen Kassenpreis von knapp Euro 50,- aus. Wir Ärztinnen und Ärzte benötigten neutrale Schulungen. Derzeit werden wir zwischen zwei mächtigen Blöcken der Gesundheitsbranche aufgerieben. Auf der einen Seite wünscht die Industrie von uns die Verordnung teurer, innovativer Arzneimittel, auf der anderen Seite werden wir von den Kassen gedrängt, möglichst billig zu verschreiben. Es liegt daher der Vorschlag nahe, dass in Zukunft vermehrt die Sozialversicherungsträger bzw. Spitalserhalter für Schulungs- und Fortbildungsveranstaltungen aufkommen sollen.

Vorschlag 3: Einheitliche Bezeichnung der Generika, Preisdisziplin bei Originalpräparaten, Einsatz von Generika auch in den Krankenhäusern

Bei der Suche nach Einsparungspotentialen im Gesundheitsbereich, wird der Stellenwert der Generika weit überschätzt. Interne Auswertungen zeigen, dass nur in der Einführungsphase nennenswerte Einsparmöglichkeiten gegenüber den Originalpräparaten zu erzielen sind. Vollkommen kontraproduktiv sind Vorschläge wie durch niedrigere Rezeptgebühren oder andere finanzielle Anreize den Generikaanteil zu steigern. In diesem Bereich ist primär der Hauptverband der Sozialversicherungsträger gefordert. Darf derzeit das Original 3 Monate nach Einführung des ersten Generikums mit dem Kassenpreis 10 Prozent über dem Nachahmer liegen, so ist hier noch ausreichend Spielraum, um schlussendlich vom Beginn des Nachbaus weg, die Preisgleichheit von Original und Nachahmer zu erreichen.

Der Hauptverband ist es auch, der vorschreiben könnte, dass Generika einheitlichen Bezeichnungsrichtlinien unterliegen. An erster Stelle hätte klar und deutlich der Wirkstoff zu stehen, ohne Wortspiel oder Verballhornung. An der zweiten Stelle könnte sich der Firmenname wiederfinden. Damit wäre die Verbesserung der Compliance aller Beteiligten, die mit Nachbaupräparaten zu tun haben, garantiert. Kolleginnen und Kollegen in den Aufnahmestationen der Krankenhäuser können derzeit ohne Hilfsmittel nicht ahnen, dass zum Beispiel das Antidepressivum Paroxetin unter anderem auch mit der Bezeichnung „Ennos“ am Markt ist, oder das Neuroleptikum Risperidon unter dem Namen „Aleptan“ nachgebaut wird.

Als Ausweg werden wir Ärztinnen und Ärzte von Firmenvertretern angewiesen, Eselsbrücken zu bauen: „Herr Doktor, Sie müssen nur an die Sonne denken. Das Wort von hinten gesprochen ergibt Ennos“. Schluss mit den Spielereien! Verwechslungen sind vorbestimmt.

Die logische Bezeichnung des Präparates „Ennos“ wäre „Paroxetin Lannacher“. Den Ökonomen und selbst ernannten Gesundheitsexperten, die ständig nach höherem Generika-Anteil rufen, sei ins Stammbuch geschrieben: „Wer A sagt, der muss auch B sagen!“ Wer den vermehrten Einsatz im niedergelassenen Bereich predigt, der muss das auch für den stationären tun. Wenn es bei uns angeblich solche Einsparungen bringen soll, dann muss das auch für die Krankenhäuser gelten. Damit scheint in den NÖ Landeskliniken in dieser Angelegenheit noch viel Nachholbedarf.

Vorschlag 4: Medikamentendistribution über Ärztinnen und Ärzte ausbauen

HausapothekerInnen verschreiben um 20 Prozent mehr Generika als Ärztinnen ohne Distributionsmöglichkeit und die Medikamentenabgabe durch HausapothekerInnen entlastet die Sozialversicherungsträger. Beides sind Fakten, vor denen man die Augen nicht verschließen darf, wenn man ernsthafte Einsparungsgedanken hegt. Nachdem das Hausapothekensystem zusätzlich Compliance fördernd ist und im Sinne örtlicher Nahversorgung die patientenfreundlichste Medikamentenversorgung darstellt, müssen die Verantwortlichen trachten, das Hausapothekensystem eher aus-, statt abzubauen. Zusätzlich müssen neue Vertriebsformen für Medikamente im niedergelassenen Bereich etabliert werden.

Vorschlag 5: Aufwertung des Hausarztes

Wie einschlägige Studien beweisen, geht viel Geld durch irrtümliche Doppel- und Mehrfachmedikationen verloren. Wer dieses Problem in den Griff bekommen will, der kommt an der Aufwertung des Hausarztes nicht vorbei. Jetzt rächt sich das Fehlen eines funktionierenden Hausarztsystems in Österreich. Die über Jahrzehnte erhobene Forderung nach Aufwertung des Hausarztes verhalte ohne Wirkung. PatientInnen können auch bei Befindlichkeitsstörungen und banalen Erkrankungen in jede Ebene der Gesundheitsversorgung einsteigen. Die Folgen bekommen wir tagtäglich vor Augen geführt: Eine für andere Berufsgruppen unvorstellbare Arbeitsbelastungen der Kolleginnen und Kollegen in den KH-Ambulanzen und auf den Aufnahmestationen, die zwangsläufig zu Flüchtigkeitsfehlern führen muss.

Die Überlasteten haben keine Zeit für die exakte Erfassung der aktuellen Medikation jedes Erkrankten, der ambulant behandelt wird. So erfolgt nicht selten die zwei- und dreifache Verordnung von wirkstoffgleichen oder -ähnlichen Rheumamedikamenten. Am Beispiel eines Patienten mit Lumbalsyndrom: Der niedergelassene Orthopäde verordnet „Voltaren retard 100 mg“. Zwei Tage später hinterlässt der unter Zeitdruck stehende Nachtdienstarzt bei seinem Krankenbesuch eine Packung Ärztemuster „Deflamat-75mg-Kapsel“ und vom Nachbarn kann der ungeduldige Hexenschuss-Patient am Abend darauf einen Blister „Seractil 400mg forte“ erbetteln. Kommentar des Helfers aus der Nachbarschaft: „Die haben mir wirklich geholfen!“

Nur durch Zufall hat der Schmerzpatient die Dreifachmedikation unbeschadet überstanden. Für Fehlentwicklungen dieser Art gibt es nur eine Abhilfe: Nach jedem Facharzt-Besuch und jeder Ambulanz-Versorgung zurück zum Hausarzt. Selbst der beste Arzneimittelgurt kann hier die Koordinationsfunktion der Allgemeinmedizin nicht ersetzen, denn der besagte Patient nahm nur einmal, nach dem Besuch beim Orthopäden, das Service einer Apotheke in Anspruch. Daher zum x-ten Mal die Forderung: Aufwertung des Hausarztes zum Koordinator und Lotsen im Gesundheitsbereich.

Dr. Wolfgang Geppert

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

Arzneimittelsicherheit

von Christoph Reisner

Das erste Gespräch mit dem neuen Bundesminister für Gesundheit Alois Stöger hat in einer angenehmen Atmosphäre mit sehr positivem Gesprächsklima stattgefunden. Der Unterschied zu seiner Vorgängerin ist aus meiner Sicht an Deutlichkeit nicht zu überbieten: Er kann zuhören und die Positionen und Argumente der Ärzteschaft verstehen und ernst nehmen. Vorrangig dürfte es ihm um die Sachpolitik im Gesundheitswesen gehen, keinesfalls um Selbstdarstellung.

Eines seiner wichtigen Grundanliegen ist der Ausbau der E-Medikation, also der zentralen Erfassung der verschriebenen Medikamente jedes einzelnen Patienten, so dass bei neuerlicher Verschreibung die aktuelle Medikation für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ersichtlich ist. Genau wie wir Vertreter der Ärzteschaft sieht er diese Funktion nur dann als sinnvoll, wenn sie sich in ärztlicher Hand befindet.

Der Arzneimittelsicherheitsgurt ist zweifellos als positiver Ansatz dazu geeignet, die Medikamentensicherheit zu erhöhen und gleichzeitig durch Vermeidung von Fehl- und Doppelmedikationen auch die Kosten zu senken. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass der Sicherheitsgurt nicht wie derzeit erst bei der Medikamentenabgabe eingesetzt wird, sondern dort wo er Sinn macht, nämlich bei der Verschreibung und damit Verantwortung der Medikation. Hier kommen für mich im ersten Schritt vor allem die Hausärztinnen und Hausärzte im Kassenbereich in Frage. Dort besteht nämlich schon die dafür benötigte Infrastruktur. In weiterer Folge muss man selbstverständlich die Krankenhäuser einbinden, weil dort ein Großteil der Erstmedikatio-

nen und auch häufig eine Umstellung der Medikamente erfolgen.

Er sieht im Übrigen keinen Anlass für eine Radikalreform, wie sie von seiner Vorgängerin im vergangenen Sommer angedacht war. Wir haben aus seiner Sicht ein sehr gutes Gesundheitssystem, nach wie vor eines der besten der Welt. Dieses gilt es weiter zu entwickeln, und zwar in kleinen, durchdachten, behutsamen Schritten und immer im Hinblick auf den Nutzen für unsere Patientinnen und Patienten. Ich halte das für eine sehr gute Vorgangsweise. Für mich wirkt unser neuer Gesundheitsminister kompetent und hat die aus meiner Sicht richtigen Lösungsansätze in Arbeit. Ich wünsche ihm die Kraft, sich auch weiter durchzusetzen und den positiven Kurs gemeinsam mit den Ärztekammern und der Ärzteschaft fortzusetzen.

Zum Thema Arzneimittelsicherheitsgurt gab es im Rahmen einer Fernsehaufzeichnung ein Gespräch mit einem hohen Funktionär der Apothekerkammer. Wir waren uns bemerkenswert einig, dass der Sicherheitsgurt sicherlich wenig Sinn macht, wenn er so wie beim Pilotprojekt in Salzburg nur in Apotheken eingesetzt wird. Echten Sinn hat der Einsatz nur dann, wenn sowohl ApothekerInnen als auch ÄrztInnen in das System miteingebunden sind. Die Krankenhäuser als Erstverschreiber und die HausärztInnen als Koordinatoren sind aus meiner Sicht in einer ersten Ausbaustufe die notwendige Erstanlaufstelle. In den Apotheken kann zusätzlich die Wechselwirkung mit apothekenpflichtigen Medikamenten abgeprüft werden.

Streng genommen müssen jedoch für eine wirklich sinnvolle Einführung dieses Sicherheitsgurts mehrere Dinge verpflichtend eingeführt werden: Aus Sicht der

Patientinnen und Patienten muss die Teilnahme verpflichtend sein, ob das datenschutzrechtlich möglich ist bezweifle ich. Aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte muss die Verschreibung von Medikamenten verpflichtend aufgezeichnet werden. Das passiert ja heute aus abrechnungs- und haftungstechnischen Gründen schon. Und aus Sicht der Apothekerinnen und Apotheker müsste die Abgabe von rezeptpflichtigen UND apothekenpflichtigen Medikamenten verpflichtend dokumentiert werden. So wäre es auch möglich, die Compliance des Patienten zu überprüfen. Und es wäre nachvollziehbar, ob ein verschriebenes Medikament auch tatsächlich abgegeben und eingenommen wurde. Ob das allerdings politisch umsetzbar ist, wage ich aus derzeitiger Sicht zu bezweifeln.

Dr. Christoph Reisner

www.wahlarzt.at



Foto: Tschank - Wiener Neustadt

Dr. Christoph Reisner

diabetex® **Bezeichnung:** Diabetex 500 mg, 850 mg und 1000 mg – Filmtabletten. **Zusammensetzung:** Jede Filmtablette enthält 500 mg, 850 mg bzw. 1000 mg Metformin Hydrochlorid, entsprechend 390 mg, 662,9 mg bzw. 780 mg Metformin. **Hilfsstoffe:** Tablettenkern: Polyvidon K30, Magnesiumstearat; Filmschicht: Talkum, Hypromellose, Polyvidon K25, Titandioxid (E-171), Stearinsäure, Eisenoxid rot E-172 (nur bei Diabetex 850 mg). **Anwendungsgebiete:** Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 bei Erwachsenen; insbesondere bei übergewichtigen Patienten, bei denen allein durch Diät und körperliche Betätigung keine ausreichende Einstellung des Blutzuckerspiegels erreicht wurde. Diabetex kann in Form einer Monotherapie oder in Kombination mit anderen oralen Antidiabetika bzw. Insulin angewendet werden. Bei übergewichtigen Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 konnte nach Versagen diätetischer Maßnahmen eine Senkung der Häufigkeit von Diabetes-bedingten Komplikationen unter Behandlung mit Metformin als Therapie der ersten Wahl nachgewiesen werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber Metformin Hydrochlorid oder einen der sonstigen Bestandteile; Diabetische Ketoazidose, diabetisches Präkoma; Nierenversagen oder Störung der Nierenfunktion (z.B. Serumkreatinin > 135 µmol/l bei Männern bzw. > 110 µmol/l bei Frauen); Akute Zustände, die zu einer Beeinträchtigung der Nierenfunktion führen können (z.B.: Dehydratation, schwere Infektionen, Schock, intravaskuläre Gabe von jodhaltigen Kontrastmitteln); Akute oder chronische Erkrankungen, die zu einer Gewebshypoxie führen können (wie kardiale oder respiratorische Insuffizienz, frischer Myokardinfarkt, Schock); Leberinsuffizienz, akute Alkoholintoxikation, Alkoholismus; Stillzeit. Die Informationen bez. Warnhinweisen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **ATC-Klasse:** A10BA02. **Zulassungsinhaber:** Germania Pharmazeutika GesmbH, 1150 Wien

Kassenmedizin vor dem Kollaps?

von Wolfgang Geppert

Wir Einzelkämpfer geraten gegenüber aufgeblähten KH-Ambulanzen immer mehr ins Hintertreffen. Einige wenige Gruppenpraxen machen das Kraut nicht fett. Nur großzügige Formen der Zusammenarbeit und mehr Finanzmittel können unsere Kassenpraxen auf Langzeit retten.

Die aktuelle Langbein-Publikation hat unter anderem die extreme Arbeitsbelastung der Spitalsärzte zum Thema. Wochenarbeitszeiten bis zu 100 Stunden werden aufgezeigt. Langbein wörtlich: „Mit dieser Politik vertreten die Ärztekammern ausschließlich die Interessen der schmalen, aber einflussreichen Schichten der Pfründe-Mediziner auf Kosten der Mehrheit der Spitalsärzte und auf Kosten der Patientensicherheit.“ Die jahrelange Öffentlichkeitsarbeit der Spitalsärztervertreter in Sachen Überbelastung wird negiert.

Den Vertretern der Kassenärzte droht ein ähnliches Schicksal wie den Repräsentanten der Spitalskollegen. Schon bald kann irgendein Langbein darangehen, die Schwachpunkte unserer Ordinationsstrukturen aufzudecken. Womöglich mischt er sich schon während der nächsten Influenzawelle unter die Erkrankten in unseren Allgemeinpraxen und stoppt die Zeitspanne vom Betreten der Ordination bis zum Aufruf durch den Behandler. Er greift zum Telefon und fordert unter Vortäuschung hohen Fiebers von uns einen Hausbesuch. Die Stoppuhr läuft bis zu unserem Eintreffen am Krankenbett. Dann liefert er eine tabellarische Aufstellung der Wartezeiten auf die frühestens mögliche Facharztkonsultation. Dabei wird ein Spitzenreiter gekürt. Sagen wir der Augenarzt in XY mit 11 Monaten Wartezeit auf den nächsten Termin.

Die Liste unserer Kapazitätsgrenzen lässt sich beliebig fortsetzen. Vermeintliches Ergebnis des Kritikers: Kassenmedizin vor dem Kollaps.

Zur journalistischen Aufbesserung werden dann so genannte schwarze Schafe unseres Standes an den Pranger gestellt, Kolleginnen und Kollegen, die Kassenpatienten sammeln, wie andere Bierdeckel oder Briefmarken. Eine Hitparade der „Scheinsammler“ wird abgedruckt. Dann folgt das Urteil des Autors: Wir Standesvertreter hätten bisher

nur die eigenen Pfründen im Auge gehabt und den Zug der Zeit nach Teamarbeit verschlafen. Die Tatsache, dass der überwiegende Teil der Kassenpraxen von bis an die Grenzen belasteten Einzelkämpfern betrieben wird, entpuppt sich in den Augen unserer Kritiker als Auswuchs des Futterneides. Wir Kassenärzte wären unfähig, in Gruppen zu arbeiten. Wenn wir dann die über Jahrzehnte bestehenden rigiden Einschränkungen des Gesetzgebers und unserer Vertragspartner ins Treffen führen, wirkt das wie eine schnell erfundene Ausrede, die nur eine Reaktion hervorrufen kann: „Warum habt ihr beizeiten nicht laut aufgeschrien und die angebotenen Möglichkeiten der Zusammenarbeit als völlig unzureichend bezeichnet?“ Unsere Antwort, „sie haben uns nicht mehr zugestanden“, wirkt wie eine fahle Ausrede.

NÖ Gruppenpraxen: Hürden über Hürden

Die ab 1. April 2009 möglichen Formen der Zusammenarbeit können nur als zaghafter Einstieg in längst überfällige, neue Ordinationsstrukturen bezeichnet werden. Die einzig mögliche Rechtsform für Gruppenpraxen ist die Offene Gesellschaft (OG). Viele Hürden gibt es zu überwinden, bis aus der Einzelordination eine Gruppenpraxis wird. Das beginnt mit der Eintragung ins Firmenbuch, benötigt zahlreiche Termine bei mit Gesellschaftsverträgen erfahrenen Rechtsanwälten und verlangt nach spezialisierten Steuerberatern. Ganz zu schweigen von der persönlichen Haftung, die eine OG mit sich bringt. Hat man sich durch den bürokratischen Dschungel durchgekämpft, heißt es, mit Ausnahme der Nachfolgepraxis (NFP), Honorarabschläge in Höhe von 7 Prozent in Kauf zu nehmen. Dass sich unter diesen Bedingungen der Ansturm auf Gruppenpraxen-Verträge in Grenzen halten wird, versteht sich von selbst. Einzig die NFP als eine der 6 Formen an Gruppenpraxen, scheint leichtes Interesse in der Kollegenschaft zu wecken. Kein Wunder, ist dieses Modell doch der Ersatz für die auslaufende Regelung der Übergabepaxis.

Unter diesen Bedingungen wird es notwendig, dass unsere Kurie der Öffentlichkeit reinen Wein einschenkt: die Erwartungen der Außenstehenden in Sachen Leistungssteigerungen des niedergelassenen Sektors sind überzogen. Der überwiegende Teil der



Dr. Wolfgang Geppert

Kassenpraxen bleibt in Händen von Einzelkämpfern. So ausgestattet, können wir weder den Spitalsambulanzen Paroli bieten, noch das Warten auf Facharzttermine merklich verkürzen. Das jetzt uns Zugestandene ist einfach zu wenig! Wir brauchen mehr Geldmittel und unkomplizierte Möglichkeiten der Zusammenarbeit, wie zum Beispiel die Anstellung des Arztes beim Arzt. Wollen wir es mit der Leistungsfähigkeit moderner Spitalsambulanzen aufnehmen, dann muss auch im Kassenbereich paralleles Arbeiten von Medizinern erlaubt werden.

NÖ: Das Bundesland mit uneingeschränkter Finanzkraft

Das Argument der knappen Finanzmittel verliert für NÖ seine Gültigkeit. In einem Bundesland, in dem in Zeiten der Finanzkrise 2 Milliarden Euro für den Aus- und Neubau von Landeskliniken zur Verfügung stehen, kann kein schlagendes Argument gegen die finanzielle Besserstellung der Kassenmedizin vorgebracht werden. Landespolitiker, die für das Jahr 2008 statt der prognostizierten 274 Millionen Euro Neuverschuldung, ein Defizit von über 400 Millionen in Kauf genommen haben, können den niedergelassenen Bereich nicht verkümmern lassen. Landesförderungen für den Um- und Ausbau von Ordinationen zur Verfügung zu stellen, wäre eine Möglichkeit uns Niedergelassene zu unterstützen und zugleich ein Motor für die heimische Wirtschaft.

Ein Landesrat für Finanzen und Gesundheit

Auch die Sonderstellung unseres Finanzlandesrates sollte berücksichtigt werden: Mag. Wolfgang Sobotka macht sich nicht nur Gedanken über die NÖ Finanzen, sondern zerbricht sich auch zunehmend den Kopf über den Gesundheitsbereich. Dadurch

führt die Landesrätin für Gesundheit medial gesehen eher ein Schattendasein. Der selbst ernannte Gesundheitsexperte Sobotka fühlt sich nicht nur den 27 NÖ Landeskliniken verbunden, sondern hat auch keine Scheu, den niedergelassenen Sektor in seine persönlichen Reformgedanken einzubauen und damit an die Öffentlichkeit zu treten. Seit langem schon fordert er die Schaffung von neun Länderkassen. Jetzt geht er noch einen Schritt weiter: „Ich brauche nur eine Kasse auf neun regionale Stellen aufgeteilt.“ Eine ganz ähnliche Forderung kennen wir seit Jahrzehnten aus den Reihen der FPÖ. Nach

Erscheinen des Langbein-Buches geht ihm auch eine unabhängige Qualitätssicherung für den gesamten Gesundheitsbereich durch den Kopf. Damit macht er sich nicht nur Gedanken über die Qualität der Arbeit in „seinen“ 27 Häusern, sondern auch über die in unseren Ordinationen. Was liegt da näher, als dass der Landesrat und Landeshauptmannstellvertreter in Zukunft auch dafür eintritt, die Möglichkeiten der ärztlichen Zusammenarbeit massiv auszuweiten. Eine Schlagzeile des ORF NÖ könnte etwa so lauten: „Sobotka fordert mehr Finanzmittel für die NÖ Ordinationen. Die mögliche

Anstellung von Ärzten bei Ärzten hält er für unabdingbar, um die Wartezeiten in den Praxen zu verkürzen.“ Selbst wenn Sie an dieser Stelle nur milde lächeln sollten, der Gedankengang darf erlaubt sein, denn wir Ärztevertreter haben alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um unsere Argumente öffentlichkeitswirksam nach außen zu tragen. Anderweitig bekommen die Langbeine mit ihrem Vorwurf Recht, die Ärztekammer schweige bloß bei wichtigen Dingen.

Dr. Wolfgang Geppert

2193 Wilfersdorf

E-Mail: geppert@aon.at

O-TON DAS GESPRÄCH

Elektronische Arbeits- Unfähigkeits- (e-AU) Meldung in OÖ

Kurzbericht zum abgeschlossenen Pilotprojekt

von Oskar Schweningner

Dieses Projekt wurde mit 38 Teilnehmern ab Juni 2008 erprobt. Es funktioniert gut, alle technischen Probleme sind gelöst. Die voll integrierte Lösung ist bequem zu verwenden, die Browser Lösung natürlich nicht so komfortabel. Unsere Verweigerung jeder Codierung im Zusammenhang mit diesem Projekt wurde von der GKK OÖ akzeptiert.

Aktueller Stand:

Der Hauptverband (HV) will keine finanzielle Abgeltung für unseren Aufwand leisten. Die Browser Lösung (ohne Einbindung in Ordinationssoftware) ist kostenlos aber schwerfälliger. Die Integrierte e-AU Meldung funktioniert an sich klaglos, der Patient bekommt nur mehr einen Zettel zu seiner Verwendung. Die Krankenstandsbescheinigungen sind für Firmen von den Kassen über ELDA abrufbar. Die SVC (Sozialversicherungs- Chipkartenbetriebs- und Errichtungsgesellschaft) bzw. HV hat ohne Rücksprache mit der Bundeskurie eine verpflichtende Adresse bzw. Krankenstandsadresse (das gibt

Pilotprojekte haben es so an sich, nur einem kleinen Kreis näher bekannt zu sein. Zum Verständnis für alle hat Dr. Euler namens des HAUSARZT einige Fragen an Dr. Schweningner gerichtet.

Dr. Euler: Geschätzter Herr Kurienobmann, darf ich namens unserer LeserInnen noch um einige Erläuterungen zu Ihrem Text bitten. Es geht um einen jetzt abgeschlossenen Pilotversuch, der die Möglichkeit und Alltagstauglichkeit einer elektronischen Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsmeldung (e-AU) erarbeiten sollte. Sie vermelden einen diesbezüglichen Erfolg. Zugleich formulieren Sie mit unterschiedlicher Intensität Einwände. Zunächst: die fehlende Bereitschaft des Hauptverbandes unseren Aufwand abzugelten.

die e-card nicht her!) mit dem Release 09a (Aktualisierung der e-card-Betriebsversion) ausgerollt. Heftiger Protest unsererseits und Verbesserung für 09b im Herbst von SVC versprochen.

Ob und ab wann eine freiwillige Verwendung der e-AU durch die Ärzte erfolgen kann, wird demnächst geklärt. Einer verpflichtenden Umsetzung will die Bundeskurie nur zustimmen, wenn die Bedingungen geklärt sind.

RC CODE (= result of consultation)

Wird vom Hauptverband gewünscht, ist nicht Ziel des Projektes e-AU Meldung. Jede Codierung birgt für uns die Gefahr einer Leistungscodierung mit Gesamtsummen und Erfassung so genannter Krankheitsepisoden. Die Landeskurie OÖ tritt weiter heftig dagegen auf.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Oskar Schweningner

Kurienobmann der Niedergelassenen Ärzte OÖ

Mit welchen Argumenten sollten wir eine Abgeltung fordern und was schiene Ihnen angemessen zu sein.

Dr. Schweningner: Wir Ärzte haben einen Aufwand aber nur wenig Nutzen. Es gibt einen Beschluss der Bundeskurie Niedergelassene Ärzte vom Februar 2007 (von mir als Antrag eingebracht), in dem wir alle e-card Folgeprojekte erst nach Verträgen und Abgeltungen ausrollen wollen. Die Softwarefirmen verlangen unterschiedliche Preise und haben verschiedene Geschäftsmodelle für ihre Module. Ohne Präjudiz erschiene mir ein Beitrag des HV von 350 € für angebracht.

Dr. Euler: Sie berichten von Protesten der Projektteilnehmer eine einseitig festgelegte „verpflichtende Krankenstandsadresse“ verwenden →



den zu müssen. Können Sie mir und allen „Uneingeweihten“ diese Problematik erklären.

Dr. Schwenger: Die e-card gibt weder Dienstgeber noch Adresse her. Es dürften aber laut e-card Vertrag nur diese Daten von uns gefordert werden. Die Unzumutbarkeit besteht auch darin, dass die SVC diese Änderung im fixen Release 09a für Anfang April ohne Information der Bundeskurie einfach ausrollt. Daher müssen wir auch bei Vertretungspatienten eine Adresse eingeben, sonst kann man die eAU gar nicht machen.



Foto: © Werner Harrer

Dr. Euler: Die Frage „Freiwilligkeit oder Verpflichtung für uns Vertragsärzte“ in Bezug auf die e-AU lassen Sie offen und deuten Bedingungen an. Welche Vorleistungen erachten Sie aus standespolitischer Sicht als unverzichtbar?

Dr. Schwenger: Freiwillig sollten interessierte Ärzte – und deren gibt es angeblich viele – die e-AU durchführen dürfen. Die verpflichtende Umsetzung kann nach meiner Auffassung nur nach befriedigenden Verträgen Kurie-HV inklusive Kostenbeteiligung durch den HV erfolgen. Keinesfalls darf eine Codierung verpflichtend sein.

Dr. Euler: Besonders deutlich weisen Sie darauf hin, dass der Pilotversuch ohne Diagnosencodierung erfolgreich und für den Oberösterreichischen Vertragspartner akzeptabel war, dass eine Codierung der Krankenstandsdiagnosen nie zu den Zielvorgaben dieses Pilotversuches gehört hat, dass Sie und ihre Kurie das auch weiterhin ablehnen und darin einen Schritt in die falsche Richtung sehen. Sie nennen Leistungscodierung, Gesamtsummen und Krankheitsepisoden als mögliche „unerwünschte und gefährliche Nebenwirkung“ Was dürfen wir uns darunter vorstellen?

Dr. Schwenger: Im „Datenverwendungskonzept“ des ÖBIG aus 2005 stehen als Ziele ganz klar gedeckelte episodenerfassende Leistungshonorierungen, die auf Grund einer entsprechenden Diagnose- und Leistungscodierung zu erfolgen hätten. Speziell für die Allgemeinmedizin mit unseren „Arbeitsdiagnosen“ und „Diagnostik und Therapie Hand in Hand Vorgängen“ ist das eigentlich unvorstellbar. Im Klartext: Die Diagnose „putride Bronchitis“ umfasst auch ev. Röntgen, Antibiotikum und Facharzt als „Episode“. Diese gesundheitspolitischen Ziele sind nie zurück genommen worden und drohen daher unverändert. Dafür wollte uns der HV ja unbedingt PRODOC und PROKOM als weitgehend automatisierte Codierungen mit Leistungserfassung und umfangreichen interärztlichen Vergleichs- und Ökonomieprogrammen schmackhaft machen. Die Recherche zu RC-CODE führt direkt zu PRODOC! Daraus resultieren die (von der Bundeskurie akzeptierten) Anträge aus dem „schwierigen Oberösterreich“ weder Codierung noch PRODOC oder sonstige Leistungscodierungen durchzuführen. All diese Fakten sind allen Kurienobleuten bekannt.

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

Bioflorin-Kapseln. Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält mindestens 75 Mio. lebende Keime von Enterococcus faecium, Stamm Cernelle 68 (SF68), in Trockenkultur. **Hilfsstoffe:** Lactose, Magnesiumstearat, hochdisperses Siliciumdioxid, Natriumglutamat. **Bestandteile der Kapselhülle:** Gelatine, Schellack, Lecithin, Dimethicon, Farbstoff E172. **Anwendungsgebiete:** Zur symptomatischen Therapie und als Adjuvans bei unspezifischer Enteritis, Enterocolitis und toxischen Dyspepsien bei Erwachsenen und Kindern über 12 Jahren. Bei Kindern zwischen 2 und 12 Jahren liegen Berichte über erfolgreiche Anwendungen vor, doch sind diese durch klinische Studien noch nicht abgesichert. Zur Unterstützung des Wiederaufbaues physiologischer Verhältnisse der Darmflora (z. B. nach Antibiotikatherapie). **Gegenanzeigen:** Bekannte Überempfindlichkeit gegen einen Bestandteil, Immunsuppression (z.B. HIV-Infektion). Strenge Indikation bei Autoimmunerkrankungen und bei bestehenden ersten Magen-Darm-Erkrankungen (Morbus Crohn, Geschwüre, Tumore). Über eine Anwendung an Säuglingen und Kindern unter 2 Jahren liegen zur Zeit keine ausreichenden Erfahrungen vor. **Schwangerschaft und Stillperiode:** Eine Anwendung ist möglich. Eine Anwendung in der Schwangerschaft soll nur nach strenger Indikationsstellung erfolgen. **Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Gewöhnungseffekten und zu besonderen Warnhinweisen zur sicheren Anwendung sind der „Austria-Codex Fachinformation“ zu entnehmen.** **ATC Code:** A07FA. **Hersteller:** Cerbios Pharma S.A., Schweiz. **Zulassungsinhaber:** Sanova Pharma, Wien. **Packungsgrößen:** 20 und 50 Stück. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rp.-frei, apothekenpflichtig

Mencord Plus® 20mg/12,5 mg oder 20 mg/25 mg - Filmtabletten. Zusammensetzung: Jede Filmtablette enthält 20 mg Olmesartanmedoxomil und 12,5 mg bzw. 25 mg Hydrochlorothiazid. Sonstige Bestandteile: Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Lactose-Monohydrat, niedrig substituierte Hydroxypropylcellulose, Hydroxypropylcellulose, Magnesiumstearat. Film-Überzug: Talkum, Hypromellose, Titandioxid (E 171), Eisen(III)oxid gelb (E 172), Eisen(III)oxid rot (E 172). **Anwendungsgebiet:** Behandlung essentieller Hypertonie. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, einen der sonstigen Bestandteile oder andere Sulfonamid-Abkömmlinge, stark eingeschränkte Nierenfunktion, refraktäre Hypokaliämie, Hyperkalzämie, Hyponatriämie und symptomatische Hyperurikämie, stark eingeschränkte Leberfunktion, Cholestase und Erkrankungen mit Gallenwegsobstruktion, zweites und drittes Schwangerschaftstrimenon, Stillzeit. **Unternehmen - Medizinische Information:** A. Menarini Pharma GmbH, Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Wirkstoffgruppe:** Angiotensin-II-Antagonisten und Diuretika. Weiter Informationen zu Dosierung, Nebenwirkungen, Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, sowie Wechselwirkungen mit anderen Mitteln sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Mencord Plus® wird unter der Lizenz von Sankyo Pharma vermarktet. Stand der Information: 11/2005

Revolutionen

Unter Revolutionen versteht man/frau im landläufigen Sinn politische Umstürze oder zumindest deren Versuch. Die wirklichen Revolutionen sahen ganz anders aus. Und es ist fraglich, ob jene, die sie herbeigeführt haben, sich der Tragweite ihrer Entdeckungen nur annähernd bewusst waren.

Irgendwann im Morgengrauen der Geschichte begann jemand statt wahllos Gräser zu sammeln besonders nahrhafte Sorten auszusuchen, anzubauen und zu ernten. Durch die Vervollkommnung dieser Technik war es möglich, viel mehr Menschen zu ernähren, als es den Jägern und Sammlern je möglich war. Die Menschen wurden sesshaft, gründeten Städte und entwickelten Hochkulturen.

Tausende Jahre später beobachtete ein kränklicher kleiner Bub, wie der Dampf die Deckel von Mutters Kochtöpfen auf dem Küchenherd hob. Aufgrund seiner schwachen Konstitution wurde er nicht in die Schule geschickt, sondern zu Hause erzogen. Von Anfang an zeigte sich seine hohe Begabung für Mathematik und Naturwissenschaften, verbunden mit handwerklicher Geschicklichkeit. James Watt sollte ungeachtet seiner angegriffenen Gesundheit 83 Jahre alt werden und die erste brauchbare Dampfmaschine erfinden. Die neue Maschine wurde laufend verbessert und schließlich von Georg Stephenson erfolgreich auf Räder gesetzt.



Rocket

Im Gegensatz zur neolithischen Revolution sind uns die Umstände der industriellen gut bekannt. Die Neuerung fiel nicht vom Himmel, schon gar nicht auf eine unvorbereitete Erde.

Längst war Europa von einem dichten Straßennetz durchzogen, auf dem planmäßig Postkutschen verkehrten. Wo immer möglich, wurden Kanäle gebaut, auf denen Lastkähne den Güterverkehr

besorgten. Aber Kutschen wie auch Flusschiffe wurden von Pferden gezogen. Mit der Erfindung von Schiene und Spurkranzrad, die es schon vor der Dampfmaschine gab, vermochten die Pferde deutlich größere Lasten zu bewegen als auf der Straße. Nur die Geschwindigkeit blieb die gleiche.

Ein neues Zeitalter

Die neue Zeit war von zwei Größen bestimmt: der Kraft und der Geschwindigkeit der Dampfmaschinen. In nie da gewesenen Mengen wurden Erze und Kohle gefördert und auf kürzestmöglichen Wegen in die Hütten gebracht, die Schwerindustrie wuchs in atemberaubendem Tempo.



Krupp-Werke, historische Ansicht

Neben dem Güterverkehr nahm auch der Personenverkehr seinen Aufschwung, mit nicht absehbaren Folgen für die Entwicklung Europas, und Amerikas.

Der Adel war zunächst „not amused“. Natürlich hatte er seine Salonwagen erster Klasse, aber eben auch einen Fahrplan, der für ausnahmslos alle gleich war, die Individualität, vielmehr noch die Exklusivität herrschaftlichen Reisens war dahin.

Bürgerliche, höhere Beamte und Offiziere benützten die zweite Klasse, immer noch komfortabel, wenn auch bescheidener als die erste. Der rasche Ausbau des Schienennetzes ermöglichte es Adel und wohlhabendem Bürgertum, schnell und bequem die Kurorte, bald auch die neu entstehenden Bäder an Nord- und Ostsee oder die Alpen zu erreichen. Sommerfrische tat Not, wer konnte, entflohen den Städten, denn die wurden immer unwirtlicher. Und das war zweifellos „Schuld“ der Eisenbahn.

Es gab nämlich nach der dritten Klasse, auf deren Holzbänken sich Kleinbürger, Händler und Soldaten drängten, noch eine vierte. Ihre Waggons hatten keine Sitze, kaum Fenster und schon gar keine Heizung. Aber alle, ob Tagelöhner, Handwerksburschen, Knechte und Mägde konnten es sich leisten. Stolz warb die Bahn mit dem Slogan „Bahn fahren ist billiger als zu Fuß gehen“. Tatsächlich kam ein armer Wandersmann an einem Tag mit der Bahn weiter als in drei Tagen zu Fuß und sparte Kost und Quartier. →



Eine alte russische Lok

Massenwanderungen setzten ein, zunächst dahin, wo Erntehelfer benötigt wurden, sehr bald aber in die Industriestädte mit ihrem rasch steigenden Bedarf an menschlicher Arbeitskraft. Verblendet vom Lockruf „Stadtluft macht frei“ landeten Abertausende im Russ und Lärm städtischer Elendsviertel. Entlang der Bahnlinien breiteten sich die Ideen des Vormärz schnell aus, auf den Bahnlinien wurden die Truppen in die Städte gebracht, die die Märzaufrüher des Jahres 1848 niederschlagen sollten.

Eine Revolution und ihre Folgen

Ausgehend von England kam die industrielle Revolution über Europa. Nur in Österreich verlief sie ein bisschen anders. Denn in Kakanien, diesem seither untergegangenen Staat, der in so vielem ohne Anerkennung vorbildlich gewesen ist, gab es alles wie anderswo auch, nur eben nicht zu viel davon.

Die erste Dampfmaschine nach Wattschem Patent in der k. u. k. Monarchie wurde 1803 aufgestellt, und zwar in Eisenstadt. Sie sollte nicht etwa Zechen trocken pumpen, Walzwerke oder Webereien betreiben, sondern war für die Wasserspiele gedacht, die Fürst Esterhazy in seinem nach englischem Vorbild gestalteten Hofgarten errichten ließ. Das fürstliche Spielzeug erregte weithin Bewunderung und war Teil des Anstoßes zur Industrialisierung Niederösterreichs, Böhmens und Mährens. Diese wieder sorgte für sozialen Sprengstoff im ohnehin schon bis zum Zerreißen gespannten Vielvölkerstaat.

Als die Märzrevolutionen des Jahres 1848 Europa erschütterten, kam Österreich nicht mit der hierzulande üblichen Gemütlichkeit davon. Schuld daran waren die Ungarn. Lajos Kossuth, ein Slowake, der mit der Inbrunst des Renegaten die ungarische Seele zu entflammen wusste und der verarmten ungarischen Gentry als einer der ihren galt, setzte auf dem Reichstag von Debrecen den jungen Kaiser Franz Josef I. als ungarischen König ab.

Der suchte in größter Not Hilfe bei seinem väterlichen Freund Zar Nikolaus I. Schon damals war es einfacher, die Russen ins Land zu rufen, als sie wieder los zu werden. Aber dem Habsburger blieb keine Wahl. Aufgrund der Übermacht waren die Ungarn schnell geschlagen, der Zar zeigte sich großzügig, der Kaiser nicht. In einem harten Strafgericht ließ er alle ungarischen Auführer vom Stabsoffizier aufwärts hinrichten. Seither kommt der Österreicher in Ungarn nur noch als Abneigung vor.

Die gute alte Zeit

Auf die Revolution folgte die Restitution. In ganz Europa wurden die Bahnlinien ausgebaut. Das hatte neben dem praktischen Nutzen auch den Sinn, die unruhigen Elemente von den Städten fernzuhalten und sie beim Trassenbau mit Lohn und Brot zu besänftigen. In der Monarchie wurde unter anderen die Strecke Wien-Raab-Budapest konzipiert. Die Lebensader des Riesenreiches allerdings, die Verbindung Wiens mit dem Handelshafen Triest und dem Kriegshafen Pula

durfte auf Geheiß der Generalität nicht über das Staatsgebiet der unzuverlässigen Magyaren führen. Eine schier unlösbare Aufgabe. Aber jetzt schlug die Stunde eines genialen Mannes.



Die Semmeringbahn in Bau

Dr. Karl Ghenga hatte in England und Amerika den Bau von Tunnels, Brücken und Trassen nach dem neuesten Stand der Eisenbahntechnik erlernt. Mit diesem Können machte er sich, von Neidern beargwöhnt und von Zweiflern schlicht für verrückt erklärt, an die größte Ingenieursleistung der damaligen Zeit: Den Bau der Semmeringbahn. Als sie fertig war, gab es zunächst keine Lokomotive, die in der Lage gewesen wäre, nennenswerte Lasten über die neue Strecke zu transportieren. Doch Dr. Ghengas Glaube an den Fortschritt war unerschütterlich. So sehr, dass heute ein dichter Zugsverkehr zweiseitig über die mehr als 150 Jahre alte Trasse geführt werden kann. Der Repräsentant einer revolutionär neuen Zeit wurde auf altväterliche Weise belohnt. Dr. Ghenga wurde zum Ritter geschlagen, freilich mit den damit verbundenen Mitteln.



Die Semmeringbahn heute: nostalgisch und modern zugleich

Das sich ausbreitende Bahnnetz brachte ungeheuren Wohlstand, die „Westends“, die Villenviertel der Großstädte, blühten auf. Auf der anderen Seite jedoch, in den „Eastends“, hauste das Elend.

Die Herausforderung der Medizin

Schon 1849 hatte Rudolf Virchow darauf hingewiesen, dass die Hunger-Typhus-Epidemie in Oberschlesien ihre Ursache im unbeschreiblichen Elend der Bevölkerung habe und erklärte die Medizin zur sozialen Wissenschaft. Auch in Wien gab es einen

Vertreter dieser Meinung, Dr. Ludwig Teleky, der 1909 als erster Arzt überhaupt für Sozialmedizin habilitiert wurde. Legendär wurde Dr. Viktor Adler, der „Armenleutedoktor“. Der nicht nur ohne Honorar arbeitete, sondern seine bedürftigen Patienten auch noch mit Medikamenten und Lebensmitteln beschenkte, bis er selbst so verarmte, dass er seine Ordination und Wohnung aufgeben musste. Erst unter seinem Nachfolger sollte die Adresse weltberühmt werden: 1090 Wien, Berggasse 19.

Wien war längst die Hauptstadt der Tuberkulose geworden, aber auch Syphilis, Rachitis und andere Geißeln der Menschheit waren weit verbreitet. Wohnungselend und Ausbeutung der Arbeitskraft brachten die Armen in eine immer aussichtslosere Lage, aus der sie sich zunächst mit eigener Kraft nicht befreien konnten.

Ein österreichischer Weg und dessen Repräsentanten

Das Elend der Bedürftigen wurde zum Teil von privaten Wohlfahrtseinrichtungen gelindert. Vor allem Fürstin Pauline Metternich-Sandor machte sich damit unsterblich. Sie ist die Ahnfrau aller heutigen Charity-Ladys. Von manchen wurde sie allerdings respektlos als „aristokratische Betriebsnudel der Gründerzeit“ abgetan. Wer war sie wirklich? Ihr Vater war der ungarische Graf Moritz Sandor, der durch waghalsige Husarenstücke im Sattel und auf dem Kutschbock der Pferdewelt noch heute ein Begriff ist.

Sein Schwiegervater, Fürst Metternich, der „Kutscher Europas“, war davon allerdings nicht begeistert und hielt den Schwiegersohn schlicht für verrückt. Etwas davon muss auf klein Pauline abgefärbt haben, denn sie heiratete den Bruder ihrer Mutter (!), war somit dessen Ehefrau und Nichte und in einer Person Enkelin und Schwiegertochter des Staatskanzlers.

Das scheint ihr weiter nicht geschadet zu haben. Sie ging mit ihrem fürstlichen Gemahl, der Botschafter wurde, nach Paris, lernte dort Wohltätigkeitseinrichtungen kennen und förderte diese nach ihrer Rückkehr auch in Wien. Legendär wurden die von ihr veranstalteten Blumenkorsos im Prater, mit der Gründung und dem Ausbau der Poliklinik ist der Name der Fürstin untrennbar verbunden. Allen privaten Anstrengungen zum Trotz war das Massenelend nicht in den Griff zu bekommen. Es bedurfte staatlicher Maßnahmen, für die die Zeit damals jedoch noch nicht reif war. Aber auch hier gab es den richtigen Mann



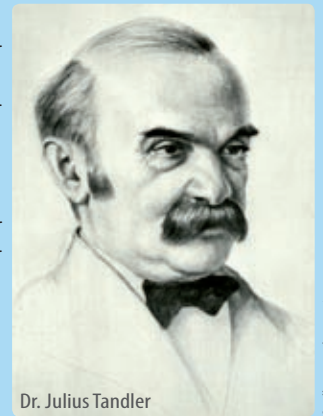
Quelle: ÖNB Bildarchiv Austria

am richtigen Platz. **Eduard Graf Taaffe** entstammte einem irischen Adelsgeschlecht, wurde gemeinsam mit dem späteren Kaiser Franz Josef I. erzogen und schlug - typisch für Österreich - eine Beamtenlaufbahn ein, die ihn steil nach oben führen sollte. Er bekleidete mehrere Ministerämter und war sogar Ministerpräsident.

Unter seiner Regierung wurden die Gewerbeinspektorate eingeführt, die Kinderarbeit verboten, die Frauenarbeit reglementiert, die allgemeine Sonntagsruhe verordnet und zunächst die Unfallversicherung und ein Jahr später die Krankenversicherung installiert. Sein Hauptwerk hingegen wollte ihm nicht gelingen: die vielen Völker Österreich-Ungarns zu einen. Und so kam, was kommen musste.

Das Ende einer Ära

Etwa hundertfünfzig Jahre nach der Erfindung der Dampfmaschine ging deren Zeit zu Ende. Der erste Weltkrieg veränderte Europa grundlegend. Von der einst so mächtigen Donaumonarchie war ein kleines Land übrig geblieben, auf dem gewaltige Reparationszahlungen lasteten. Es gab keine Wohltätigkeitsveranstaltungen mehr und auch keinen von Oben verordneten Sozialstaat.



Dr. Julius Tandler

Quelle: www.darotewien.at

Aber wieder war ein begnadeter Arzt und trefflicher Organisator zur Stelle, der die Gesundheits- und Fürsorgepolitik von Grund auf erneuerte und damit weit über die Grenzen des kleinen Landes Beachtung und Anerkennung fand: **Dr. Julius Tandler**.

Grundlage seines Handelns war die Überzeugung, dass Arme und Kranke nicht Bittsteller sind, denen eine Gnade zuteil wird, sondern ein Menschenrecht darauf haben. Das war der Geist der neuen Zeit.

Jedes Mitglied der menschlichen Gesellschaft hat ein Anrecht auf Hilfe, die menschliche Gesellschaft hat sie pflichtgemäß zu leisten.

Literarnachweis: Herre, Franz: Kaiser Franz Joseph von Österreich, Kiepenheuer&Witsch. Lesky, Erna: Meilensteine der Wiener Medizin, Wilhelm Maudrich.

Musil, Robert: Der Mann ohne Eigenschaften, rororo. Kleindl, Walter: Das große Buch der Österreicher, Kremayr&Scheriau.

Prost, Franz (HG): Der Natur un Kunst gewidmet - Der Esterhazysche Landschaftsgarten in Eisenstadt, böhlau. Roth, Ralf: Das Jahrhundert der Eisenbahn, Thorbecke.

Bezeichnung: ACETAN 5 / 10 / 20 mg-Tabletten, CO-ACETAN MITE-Tabletten, CO-ACETAN -Tabletten. **Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge): Acetan 5 / 10 / 20 mg-Tabletten:** 1 Tablette enthält 5 mg / 10 mg / 20 mg Lisinopril. **Co-Acetan mite-Tabletten/Co-Acetan -Tabletten:** 1 Tablette enthält 20 mg Lisinopril und 12,5 mg/25 mg Hydrochlorothiazid. **Anwendungsgebiete: Acetan 5 / 10 / 20 mg-Tabletten:** • Essentielle Hypertonie (aller Schweregrade) oder renovaskuläre Hypertonie. • Als Zusatztherapie bei Herzinsuffizienz, die auf Digitalisglykoside und/oder Diuretika nicht ausreichend angesprochen hat. • Akuter Myokardinfarkt: bei Patienten, die innerhalb von 24 Stunden nach einem akuten Myokardinfarkt hämodynamisch stabil sind - systolischer Blutdruck > 100 mmHg und Serumkreatinin ≤ 2 mg% und/ oder Proteinurie ≤ 500 mg/24 Stunden - um die nachfolgende Entwicklung einer linksventrikulären Dysfunktion oder Herzinsuffizienz zu reduzieren und die Überlebensrate zu verbessern. • Zur Verzögerung des Eintritts einer Nierenfunktionsstörung bei normotensiven insulinabhängigen Diabetikern mit Mikroalbuminurie und zur Senkung der Mikroalbuminurie bei hypertensiven nicht-insulinabhängigen Diabetikern mit beginnender Nephropathie. **Co-Acetan mite-Tabletten/Co-Acetan -Tabletten:** Hypertonie, wenn eine Monotherapie mit Lisinopril oder einem anderen ACE-Hemmer keinen ausreichenden Behandlungserfolg gezeigt hat. **Gegenanzeigen: Acetan 5 / 10 / 20 mg-Tabletten:** • Überempfindlichkeit gegenüber einem Bestandteil des Präparates. • Angioneurotisches Ödem in der Anamnese in Zusammenhang mit der Einnahme eines Angiotensin-Converting-Enzymhemmers. • Anwendung bei Kindern: Lisinopril soll Kindern nicht verabreicht werden, da über diese Altersgruppe noch keine Untersuchungen vorliegen. • Schwangerschaft und Stillzeit • Zweites und drittes Trimester der Schwangerschaft (Acetan 5/10/20mg). **Co-Acetan mite-Tabletten/Co-Acetan-Tabletten** zusätzlich • Überempfindlichkeit gegen Sulfonamid-Derivate. • Anurie bzw. Kreatinin-Clearance <30 ml/Min • beidseitige Nierenarterienstenose bzw. Nierenarterienstenose bei einer Einzelniere. **Hilfsstoffe:** Mannitol, Calciumhydrogenphosphat-Dihydrat, Maisstärke, vorverkleisterte Stärke, Magnesiumstearat, rotes (Acetan 10, 20 mg) und gelbes Eisenoxid (E 172) (Acetan 20 mg); Eisenoxid gelb (E172) (Co-Acetan und Co-Acetan mite), Eisenoxid rot (E172) (Co-Acetan). **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** Kwizda Pharma GmbH, 1160 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Wirkstoffgruppe:** Antihypertensiva. Die Informationen zu den Abschnitten **Warnhinweise, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen** sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Stand: 11/2007



Noch mehr Knochengesundheit – mittels kontrollierter Injektionstherapie !

Sie haben etwas gegen das Kranksein? Wir Ärzte auch!

... beinharte Prognosen

Die WHO zählt die Osteoporose zu den zehn weltweit bedeutendsten Erkrankungen. Geschätzte 75 Millionen Menschen sind auf der ganzen Erde derzeit erfasst. In Österreich sind das rund 700.000 Patienten, davon etwa 470.000 Frauen im Alter von über 50 Jahren. Und die Prognosen für die Zukunft sind gravierend: Eine Verdoppelung der Erkrankungszahlen bis zum Jahr 2050 wird vorausgesagt.

... fragile Gesundheitspolitik: medizinischer Fortschritt oder/und Ökonomie

Ökonomische Widerspruchsfreiheit impliziert den Kantschen Imperativ: Allgemein aufrichtig aufgeschlossen zu sein; gerecht und wohlwollend dem Patienten gegenüber; verantwortungsbewusst aber auch tolerant dem System gegenüber; unabhängig und frei wahrnehmend mit der Bereitschaft zur Leistung – wahrhaftig aus eigener Überzeugung mit hoher Selbstachtung in eigener Harmonie.

... unsere Gesundheitssysteme sind krank, und wir Ärzte haben etwas dagegen!

Und Sie sicher auch, nicht wahr?

Wir Kassenärzte leben in einem ständigen ethischen Spannungsfeld. Einerseits, der Gesundheitspolitik gegenüber mit toleranter ökonomischer Verantwortung – andererseits, mit wohlwollender Aufgeschlossenheit den modernen medizinischen Erkenntnissen nachkommend, unseren Patienten gegenüber.

Der Wunsch, den Fortschritt der Medizin entsprechend rasch in die Praxis umzusetzen, wird von Gesundheitsökonomen sofort in Geiselhaft genommen. Wir Ärzte werden zu Erfüllungsgehilfen des so genannten Erstattungskodex degradiert. Kaum einem Kassenarzt gewährt man mehr den medizinisch kreativen Raum mit der entsprechenden persönlichen Selbstachtung!

Sind parenterale Bisphosphonate wirklich teurer Luxus?

■ Welche Gegenvergleiche bieten sich zu dieser Feststellung an?

■ Kann man nicht auch das Gegenteil behaupten? Wer billig kauft – kauft teuer!

→ Erstaunlicherweise stimmt dies, wenn man nur oberflächlich den Preis berücksichtigt!

... wie viel weniger ist noch genug? Wie viel Arzt braucht der Mensch?

Wir Alle, Forscher, Ärzte und jeder einzelne Patient, sind bemüht die Krankheit Osteoporose in den Griff zu bekommen. Diagnostik und Therapie auf modernstem Stand, unter einem wohlwollendem ärztlichen Rapport garantieren letztlich sowohl den medizinischen Erfolg für den Patienten als auch eine optimal verträgliche ökonomische Lösung. Niemand kann sich der immensen psychologischen Macht des ärztlichen und therapeutischen Rituals entziehen.

Wir haben in unserer Praxis 2 Jahre Erfahrung mit quartalsmäßigen Ibandronat Injektionen gesammelt. Bei 129 Patienten – davon 37 Männern (28%). Die längste Beobachtung über 8 Injektionen (24 Monate). Der jüngste Teilnehmer eine 32 jährige Frau.

T-Score Spektrum (Osteoporoseeinheit) von -2,70 bis -5,17! Exakte Dokumentation über Begleitmedikation, Laborparameter und klinische Befindlichkeit, in Form eines standardisierten Feedback Fragebogens erlauben eine hohe Aussagekraft in Bezug auf Wirksamkeit und Nebenwirkungen.

... Wirkung versus Nebenwirkung

Vorhofflimmern: Möglicherweise durch Bisphosphonate induziertes Vorhofflimmern wird diskutiert. Die FDA bewertet, ebenso wie die EMEA, derzeit zwei Studien, die am 3. Mai 2007 im New England Journal of Medicine erschienen waren. Im HORIZIN Pivotal Fracture Trial (NEJM 2007; 356: 1809-1822) war es unter Zoledronsäure und im Fracture Intervention Trial (NEJM 2007; 356: 1895-1896) unter Alendronat zu einer erhöhten Rate von Vorhofflimmern als schwerwiegende Nebenwirkung gekommen. Die Gutachter sind noch nicht zu einer abschließenden Bewertung gelangt.

In keiner unserer 129 angeführten Kasuistiken konnten wir ein durch parenteral appliziertes Bisphosphonat (Bonviva®) induziertes Vorhofflimmern beobachten.

Gliederschmerzen: Dass es unter der Behandlung mit Bisphosphonaten zu schweren Schmerzen in Knochen, Muskeln und Gelenken kommen kann, ist bekannt und in den Fachinformationen für Ärzte wird auch darauf hingewiesen. Nach Einschätzung der FDA wird der Zusammenhang zwischen den oft heftigen Schmerzen und der Behandlung mit den Bisphosphonaten von Ärzten jedoch immer wieder übersehen.

Wir konnten in einem Fall (74 jährige Frau) einen Zusammenhang zwischen Injektion und typischen grippeartigen Gliederschmerzen feststellen.

Kiefernekrosen: Die EMEA plant die Fachinformationen zum Risiko von schweren Kiefernekrosen zu vereinheitlichen. Dieses Risiko war 2003 zunächst im Zusammenhang mit intravenösen Bisphosphonaten aufgetreten. Zahnmediziner der Harvard Universität in Boston vertreten jetzt die Ansicht, dass orale Bisphosphonate das Risiko von Kieferkomplikationen eher senken, weil sie das Fortschreiten der Osteoporose aufhalten. Wir konnten keinen Fall einer Kiefernekrose beobachten.

Nierenschäden: Im Rahmen der 3monatigen Therapie wurden systematisch die Nierenparameter überprüft. Sowohl laborchemisch als auch in der Harndiagnostik konnten wir keine negativen Funktionsveränderungen der Niere feststellen. Die Applikation der Therapie wurde in jedem Fall jedoch im Rahmen einer Infusion (250 bis 500 ml NaCl) verabreicht.

Anmerkung: Die Macht des medizinischen Rituals (parenterale Therapie) sollte nicht unterschätzt werden. Wie wir aus der Placeboforschung wissen – könnte dieser Aspekt der Therapie einen zusätzlichen nützlichen und auch wirksamen Benefit darstellen.

... Biomarker belegt Therapieeffizienz

Die Wirksamkeit einer Osteoporose-Therapie lässt sich laborchemisch dynamisch anhand von Auf und Abbaumarkern überprüfen. Eine Veränderung des Röntgenbefundes nach 1 bis 2 Jahren Therapie greift meines Erachtens zu spät. Ob eine medikamentöse Therapie dabei den Knochenschwund ausreichend bremst, lässt sich kurzfristig – schon nach 3monatigem Therapieintervall mit dem Abbaumarker Beta-CrossLaps im Blut klären. Beta-CrossLaps sind Fragmente des Typ-1-Kollagens, die beim Knochenabbau freigesetzt werden. Sie lassen sich mit Hilfe spezifischer Antikörper im Blut nachweisen. Je mehr dieser Fragmente im Blut gefunden werden, desto stärker ist der Knochenabbau. Verringern sich die CrossLaps so ist ein Ansprechen der Therapie zu erwarten. In besonderen Einzelfällen überprüfen wir deswegen den Abbaumarker zu Beginn der Osteoporose-Therapie und dann im Abstand von drei Monaten. Deutet der Marker auf einen erhöhten Knochenabbau trotz Therapie hin, intensivieren oder ändern wir unsere Therapiestrategie. Insofern ist eine quartalsfristige Therapiestrategie einer langfristig einjährigen vorzuziehen.

... regelmäßige ärztliche Kontrollen machen Sinn, finden Sie nicht auch?

Bedenken Sie einmal was es für Sie als Patient bedeuten kann zukünftig weniger Schmerzen erleiden zu müssen. In der gezielten Verordnung hochwirksamer Medikamente und in der kontinuierlichen Befund- und Wirkungskontrolle hat der Arzt seine zentrale Aufgabe.

... FACIT: Wie viel Arzt braucht der Mensch?

Früher oder später erkennen die Patienten die Vorteile einer intravenösen ärztlich geführten und kontrollierten Osteoporosetherapie. Viele unsere Patienten welche wir von oralen auf parenterale (intravenöse Bisphosphonate - Quartalspritze) umgestellt haben, sind uns dafür dankbar. Bemerkenswerterweise möchte keine(r) zurück. Glücklicherweise ist diese Form der Therapie eine win to win Situation sowohl für den Patienten als auch für den Arzt und nicht zuletzt auch für die Ökonomie der Kassen.

Dr. Manfred Troll, Allgemeinmedizin , 3331 Kematen/Ybbs – www.trollmed.at



Traumeel®

bei Verletzungen jeder Art

bei Verstauchungen,
Blutergüssen & Prellungen

als Salbe, Tabletten
oder Tropfen erhältlich

Fachkurzinformationen siehe Seite 49

DR. PEITHNER KG
DAS HAUS DER HOMÖOPATHIE



www.traumeel.at

Aufklärung bei minderjährigen Patienten

von Markus Lechner

Im Rahmen der Erfüllung des ärztlichen Behandlungsvertrages schuldet der Arzt Diagnostik, Aufklärung und Beratung nach den Regeln der ärztlichen Kunst, wofür der aktuell anerkannte Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft maßgeblich ist. Grundlage für die Haftung eines Arztes oder Krankenhausträgers wegen Verletzung der Aufklärungspflicht ist in erster Linie das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, in dessen körperliche Integrität durch die Behandlung eingegriffen wird. Der Patient muss in die konkrete Behandlungsmaßnahme einwilligen; Voraussetzung für seine sachgerechte Entscheidung ist eine entsprechende Aufklärung durch den Arzt.

Es ist deshalb Aufgabe der ärztlichen Aufklärung, dem Patienten die für seine Entscheidung maßgebenden Kriterien zu liefern, um ihn in die Lage zu versetzen, die Tragweite seiner Einwilligung zur Behandlung bzw. zum Eingriff zu überschauen. Aufklärungsadressat ist deshalb primär der Patient selbst.

Somit setzt eine wirksame Einwilligung des Patienten voraus, dass dieser das Wesen, die Bedeutung und die Tragweite des ärztlichen Eingriffs in seinen Grundzügen erkannt hat. Fehlt daher einem Patienten die Einsichts- und Urteilsfähigkeit, so ist Aufklärungsadressat jene Person, die an Stelle des nicht willensfähigen Patienten die Einwilligung in die ärztliche Behandlungsmaßnahme zu geben hat.

Mit Einführung des § 146c ABGB durch das Kindesrechtsänderungsgesetz 2001 wurde die Einwilligung Minderjähriger in eine medizinische Behandlung gesetzlich näher geregelt. Die Neuregelung brachte Klarheit in die vorherige uneinheitliche Gesetzeslage, Rechtsprechung und Lehre betreffend die zustimmungsberechtigte Person.

Fehlt einem Minderjährigen die Einsichts- und Urteilsfähigkeit, so bedarf seine medizinische Behandlung der Zustimmung der mit der gesetzlichen Vertretung in Pflege- und Erziehungsangelegenheiten betrauten Person (§ 146c Abs 1 zweiter Satz ABGB).

Fehlt einem Patienten die Einsichts- und Urteilsfähigkeit, so ist Aufklärungsadressat jene Person, die an Stelle des Patienten berufen ist, in eine ärztliche Behandlungsmaßnahme einzuwilligen. Im Fall eines Minderjährigen ist es die mit der gesetzlichen Vertretung in Pflege- und Erziehungsangelegenheiten betraute Person. Sind beide Elternteile Obsorgeträger, so genügt die Zustimmung eines von ihnen (§ 154 Abs 1 ABGB).

Der Umfang der vor einem Eingriff oder einer sonstigen Behandlung gebotenen ärztlichen Aufklärung hat sich nach den persönlichen Verhältnissen des jeweiligen Aufklärungsadressaten und dessen Kenntnisstand, insbesondere auch in medizinischen Angelegenheiten, zu richten.



Mag. Markus Lechner

Ist bei einem minderjährigen Patienten nur eine obsorgeberechtigte Person beim Aufklärungsgespräch anwesend, ist der Kenntnisstand des anderen, nicht beim Aufklärungsgespräch anwesenden obsorgeberechtigten Elternteils aber unbeachtlich.

So entschied der Oberste Gerichtshof (4 Ob 87/08k vom 10.6.2008), dass es nur auf den Kenntnisstand der beim Aufklärungsgespräch anwesenden Mutter ankomme, selbst wenn der Vater ein Zahnarzt mit ius practicandi sei und einen hohen medizinischen Kenntnisstand aufweise. Der aufklärende Arzt durfte daher nicht auf den Kenntnisstand des abwesenden Vaters abstellen, sondern hätte den Inhalt des Aufklärungsgesprächs auf den Kenntnisstand der anwesenden Mutter abstellen müssen. Da dies nicht erfolgte, sprach der Oberste Gerichtshof die Haftung des Arztes aus.

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

Amersan®-Lösung zum Einnehmen, ZULASSUNGSINHABER: AUSTRORPLANT-ARZNEIMITTEL GmbH, Wien. **ZUSAMMENSETZUNG:** 100 g enthalten: Flüssigextrakt aus Odermennig 3 g; Flüssigextrakt aus Schafgarbe 4 g; Pfefferminzöl 3 mg; Presssaft aus Hagebutten 18 g; Presssaft aus Berberitzen 12 g; Presssaft aus schwarzen Ribiseln 18 g; Presssaft aus Heidelbeeren 6 g. Alkoholgehalt: 20 Gew.-% Ethanol; 1 ml = ca. 1g, 1 Kaffeelöffel = 5 ml, 1 ml enthält ca. 0,2 g Ethanol. Hilfsstoffe: Wasser, Ethanol 20 Gew.-%. **ANWENDUNGSGEBIETE:** Als Adjuvans bei Leber- und Gallenleiden. Bei zu geringer Gallenbildung; bei gestörtem Gallenabfluss; bei krampfartigen Beschwerden im Bereich der Gallenblase und der Gallenwege; bei Verdauungsbeschwerden, Völlegefühl und Magendrücken. **GEGENANZEIGEN:** Stenose des Choledochus und Intestinums, Coma hepaticum, schwere Leberfunktionsstörungen, Icterus, Überempfindlichkeit gegen Compositen und Menthol. Koliken unbekannter Genese. Manifeste und anamnestische Alkoholabusus. **ABGABE:** Rpfrei, apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Dosierung, Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen, Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen und Haltbarkeit sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Baldracin®-Tropfen, ZULASSUNGSINHABER: AUSTRORPLANT-ARZNEIMITTEL GmbH, Wien. **ZUSAMMENSETZUNG:** 100 g enthalten den alkoholischen Auszug aus: Baldrianwurzel 13,3 g; Pfefferminzblatt 2,2 g; Melissenblatt 2,2 g; Hopfenzapfen 0,7 g. Alkoholgehalt: 60 Gew.-% Ethanol; 1 ml = 0,9 g = ca. 20 Tropfen, 1 ml enthält 0,54 g Ethanol, 1 Teelöffel = 5 ml = 100 Tropfen. Hilfsstoffe: Wasser, Ethanol 60 Gew.-%. **ANWENDUNGSGEBIETE:** Befindungsstörungen wie Unruhezustände, nervös bedingte Einschlafstörungen, nervöse Magen-Darmbeschwerden. **GEGENANZEIGEN:** Überempfindlichkeit gegenüber einem der Bestandteile des Präparates. Manifeste oder anamnestische Alkohol-Abusus. Zur Anwendung von Baldracin bei Kindern liegen bisher keine Untersuchungen vor. Baldracin – Tropfen soll deshalb bei Kindern unter 12 Jahren nicht angewendet werden. **ABGABE:** Rpfrei, apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Dosierung, Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen, Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen und Haltbarkeit sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Crataegan®-Tropfen, ZULASSUNGSINHABER: AUSTRORPLANT-ARZNEIMITTEL GmbH, Wien. **ZUSAMMENSETZUNG:** 100 g enthalten einen standardisierten, wässrig alkoholischen Auszug aus Weißdornfrüchten, -blättern und -blüten, standardisiert auf 6 mg oligomere Procyanidine (OPC) pro Gramm; Andere Bestandteile: Alkohol, gereinigtes Wasser. Alkoholgehalt 43 Gew.%. 1 ml = ca. 24 Tropfen. **ANWENDUNGSGEBIETE:** Crataegan-Tropfen eignen sich zur Behandlung jener Herzerkrankungen, die mit leichten Insuffizienzzeichen assoziiert sind (NYHA I und II). Bei ausgeprägter Herzinsuffizienz kann es Digitalis oder andere stark wirksame Mittel nicht ersetzen. Angina pectoris, Koronarinsuffizienz, Zustand nach Myokardinfarkt, leichtere Rhythmusstörungen des Herzens auch bei bradykarden Formen, Unterstützung der Digitalistherapie (Crataegan sensibilisiert das Herz für Digitalis). Funktionelle Stenokardien mit Druckgefühl oder Beklemmungsgefühl in der Herzgegend. **GEGENANZEIGEN:** Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile. **ABGABE:** Rpfrei, apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Dosierung, Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen, Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen und Haltbarkeit sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.