

# Brief des Präsidenten

## Geschätzte Kolleginnen, geschätzte Kollegen!

von Christian Euler

**I**ch weiß nicht, ob in der katholischen Welt eine Papst-encyklika so viel Beachtung findet, wie ein Sozialpartnerpapier in Österreich.

Seit der Nachkriegszeit sind die Sozialpartner eine Größe, an der keine Regierung vorbei kommt. Mit Anton Benja und Rudolf Salinger bekamen sie unverwechselbare Gesichter. In ihrem öffentlichen Auftreten an Biederkeit kaum zu überbieten erwarben die beiden konsequent und durchaus machtbewusst für Ihre Kammern überall dort unverzichtbare politische Kompetenz, wo die Öffentlichkeit den sozialen Frieden unangetastet wissen wollte. Man brauchte nach anfänglichen Wortgefechten schließlich nie einen Richter, Handschlagqualität sicherte die oft genug im Abtauschverfahren erzielten Einigungen, denn - so erzählte man sich, der Rudi und der Toni stimmten in der Ansicht überein: „ein Schrifterl is ein Gifler!“.

Wenn heutzutage auch mehr Transparenz und Dokumentation gefordert ist, das von Peter Turrini beschriebene Bild der beiden Backen, die sich als politisch schwergewichtiges Gesäß in das vorher als gemeinsam beschworene Boot setzen, gilt immer noch. Auch das Kommando „zusammenkneifen“ ist aktuell, wenn es schwierige Situationen auszusitzen gilt, wie auch die akute Erstickungsgefahr für alle, die in diesem Moment zwischen die beiden geraten.

Seit April also hat auch die Gesundheitsreform ihr Sozialpartnerpapier und jede Menge Kommentare dazu. Die Patienten-anwaltschaft lobpreist es und hält fest, es könnte noch weiter gehen. Die Apotheker erklären sich freudig bereit, die darin für sie vorgesehene Rolle zu übernehmen, die dem Gesetz nach verantwortlichen Politiker wollen zum Dokument erst dann Stellung nehmen, wenn sie es offiziell überreicht bekommen haben, und die Kommentatoren der Medien erklären vor allem die unlauteren Motive all derer, die den Vorschlägen ablehnend gegenüberstehen, vor allem der nicht nur an Privilegien reichen Ärzteschaft.

Es steht nichts im Sozialpartnerpapier, was nicht schon als Absichtserklärung in der Artikel 15a-Vereinbarung von 2004

stünde. Aber durch die Doppelconference von Gewerkschaft und Wirtschaftskammer scheint die Umsetzung jetzt eingeläutet.

Befristete Verträge sollen die Vorgaben der Sozialversicherung den Vertragspartnerärzten bedrohlich näher bringen. Es soll möglich werden Kassenstellen nicht nach zu besetzen und Einzelverträge neben dem Gesamtvertrag abzuschließen. Eine Vereinheitlichung des Leistungs- und Honorarkataloges soll in Angriff genommen werden, um es kurz zu sagen: unsere Standesvertretung soll die Möglichkeiten verlieren, sich dem Umbau des Gesundheitssystems entgegenzustellen.

Dieser Umbau soll nach wirtschaftlichen Kriterien erfolgen. Die Bevölkerung kann nicht mehr hoffen, dass eine reiche Gesellschaft bereit ist erwirtschaftete Gelder für ihre Gesundheit aufzuwenden, sondern mit dem Gesundheitsstreben der Bevölkerung soll ein Markt geschaffen werden, in dem sich Investoren satte Gewinne erhoffen können.

In der Arbeitswelt kennen wir die Ergebnisse dieser Philosophie bereits: Reduzierung der Belegschaft, Lohnkürzungen für jene, die noch Arbeit haben, die Menschenwürde beschädigende Kontrollen der Dienstnehmer, dramatischer Anstieg von burn out und Depression, noch dramatischerer Anstieg der Managergehälter, -abfertigungen und -pensionen.

**„Geht's der Wirtschaft gut, geht's uns allen gut“ wird durch diese Realität als zynische Ansage entlarvt.**

Wird das Gesundheitssystem nach diesem Muster reformiert, werden nach dem gleichen Muster Menschen auf der Strecke bleiben und es wird jenen, die sich an Kennzahlen orientieren nicht einmal auffallen. Ein System, in das sich bis dato an der Arbeitswelt Leidende flüchten konnten, wird ihnen dann den Rest geben.

An welchem ICD-Code leiden Sie? Ist man über die vorgeschriebenen Untersuchungsschritte zur Diagnose gelangt? Beschreiten Ihre zertifizierten Therapeuten die verpflichtenden Behandlungspfade? Wurden ihre Medikamente ABS-Preis-geprüft? Hat ihnen die Arzneimittel ein autorisierter Pharmazeut ausgehändigt? Wenn Sie fünfmal mit „ja“



antworten können, sind sie im MacDdonaldisierten System optimal behandelt.

Wir müssen einander nicht von unseren Patienten erzählen, die beunruhigt kommen, weil das Amlodipin Genericum nicht dasselbe ist wie das gewohnte Amlodipin Hexal, wir müssen einander nicht versichern, dass wir mehr für die Compliance unserer Patienten tun als zu fragen: „Wissen Sie wie Sie's nehmen müssen, oder soll ich's anschreiben“, wir kennen alle die Fehleinahmen, weil 1x1 auf einem Aufkleber mit Vordruck morgens, mittags, abends gerne als 1 morgens, 1 abends gelesen wird. Das interessiert keinen. Unsere Apotheker haben sich den Arzneimittelgurt umgeschallt, sind somit e-card-Stecker, Datenlieferanten, Hoffnungsträger auf Einsparungsmillionen ...und ganz wichtig: Teil der Wirtschaft, der es gut gehen muss, damit es uns allen gut geht.

Auch auf die Pharmaindustrie brauchen wir nicht zu hoffen. Sie rechnet schon, ob sie sich mit der Kündigung der Pharmareferenten und der Einsparung der Forschungs- und Fortbildungsaufwendungen nicht leicht die aberlangten Preisreduktionen leisten kann. Auch sie ein Teil der Wirtschaft...

Auf die Arbeitnehmervertreter brauchen wir nicht zu hoffen. Die Gewerkschaft nickt im gleichen Takt weiter, in dem sie seit Jahren zu den Wirtschaftsreformen nickt. Als über das Sozialpartnerpapier, dessen Autor von Gewerkschaftsseite der Obmann der Wiener GKK, Franz Bittner ist, von den Gebietskassen aller Bundesländer abgestimmt wurde, vermeldeten die Medien ein einstimmig, zustimmendes Ergebnis. Dass fünf Bundesländer sich der Stimme enthielten, die maximal mögliche Missfallensäußerung zwischen Gewerkschaftern, die ja zahlreich als Multifunktionäre die Geschicke der Gebietskassen lenken, wurde der Öffentlichkeit nicht mitgeteilt. →

Können wir auf die Ärztekammer hoffen? Wenn wir sie an den Taten seit Herbst 2004 messen: nein.

**Dennoch ist Platz für Gelassenheit.** Die Reform wird scheitern. Die Länder sind nicht bereit sich von ihrer politischen Machtposition „Spitalerhalter“ zu trennen. Somit gibt es keine Reformwirksamkeit im intramuralen Bereich, wenn auch jede Menge Bedrängnis für die Spitalsärzteschaft.

Die Menschen dieses Landes werden sich nicht ewig täuschen lassen. Der Unterschied zwischen einer bemühten Betreuung und der knappen Behandlung als Kostenverursacher wird niemandem verborgen bleiben.

Das Arzt-Patientenverhältnis lässt sich nicht wegrationalisieren. (Dass jeder Ersatz um vieles kostenintensiver ist liegt für Reform-ökonomien außerhalb der Wahrnehmbarkeit). Gerade auf dieses Verhältnis müssen wir bauen. Wir dürfen uns die Freude an der ärztlichen Arbeit nicht verderben lassen. Wir müssen jedem einzelnen Patienten und somit der Gesellschaft durch unser Handeln signalisieren: ich übe diesen Beruf gerne aus und das ist gut für Dich. Das Vertrauen, das uns verbindet, kann nur einer von uns beiden beschädigen. Die Reform, die Politik, die Sozialversicherung stehen dafür viel zu weit daneben. So lange wir dieses Vertrauen haben, so lange die Patientin, der Patient, dieses Vertrauen als Voraussetzung

dafür sieht, sich in eine Behandlung zu begeben, so lange werden wir von diesem Vertrauen leben können. Das gilt auch im ökonomischen Sinn.

Gegen die Ökonomiegesteuerte Reformwalze anzukämpfen wird vielerlei Verluste bringen, beschränken wir uns daher darauf, die Verantwortlichen zu erkennen, öffentlich zu benennen und sie nicht aus ihrer Verantwortung zu entlassen. In vorzeigbare medizinische Arbeit und Vertrauen rechtfertigendes ärztliches Handeln zu investieren wird uns zu Gewinnern machen. Notfalls auch ohne Franchisenehmer einer alles bestimmenden Sozialversicherung zu sein.

Dr. Christian Euler, Fax: 02685/607774, e-mail: [ch.euler@aon.at](mailto:ch.euler@aon.at)

**Bezeichnung des Arzneimittels:** Durogesic™ 12\_g/h-Depotpflaster, Durogesic™ 25\_g/h-Depotpflaster, Durogesic™ 50\_g/h-Depotpflaster, Durogesic™ 75\_g/h-Depotpflaster, Durogesic™ 100\_g/h-Depotpflaster. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Durogesic™ 12\_g/h: 1 Transdermales Pflaster mit 5,25 cm<sub>2</sub> Wirkfläche enthält 2,1 mg Fentanyl (entsprechend 12,5\_g/h Wirkstoff-Freisetzung). Durogesic™ 25\_g/h: 1 Transdermales Pflaster mit 10,5cm<sub>2</sub> Wirkfläche enthält 4,2mg Fentanyl (entsprechend 25\_g/h Wirkstoff-Freisetzung). Durogesic™ 50\_g/h: 1 Transdermales Pflaster mit 21cm<sub>2</sub> Wirkfläche enthält 8,4mg Fentanyl (entsprechend 50\_g/h Wirkstoff-Freisetzung). Durogesic™ 75\_g/h: 1 Transdermales Pflaster mit 31,5cm<sub>2</sub> Wirkfläche enthält 12,6mg Fentanyl (entsprechend 75\_g/h Wirkstoff-Freisetzung). Durogesic™ 100\_g/h: 1 Transdermales Pflaster mit 42cm<sub>2</sub> Wirkfläche enthält 16,8mg Fentanyl (entsprechend 100\_g/h Wirkstoff-Freisetzung). **Sonstige Bestandteile:** Trägerschicht: Polyethylenterephthalat/Ethylvinylacetat-Folie, Orange (Durogesic™ 12\_g/h)/Rote (Durogesic™ 25\_g/h)/Grüne (Durogesic™ 50\_g/h)/Blaue (Durogesic™ 75\_g/h)/Graue (Durogesic™ 100\_g/h) Drucktinte. Wirkstoffhaltige Schicht: Adhäsives Polyacrylat. Schutzfolie: Polyesterfolie, silikonisiert. **Anwendungsgebiet:** Durogesic™ 12\_g/h: Chronische Schmerzen, die nur mit Opiatanalgetika ausreichend behandelt werden können und einer längeren, kontinuierlichen Behandlung bedürfen bei Patienten ab 2 Jahren. Durogesic™ 25-100\_g/h: Chronische Schmerzen, die nur mit Opiatanalgetika ausreichend behandelt werden können und einer längeren, kontinuierlichen Behandlung bedürfen. **Hinweis:** In den durchgeführten Studien war eine Zusatzmedikation mit schnellfreisetzungsmorphinhaltigen Arzneimitteln bei fast allen Patienten zur Kupierung von Schmerzspitzen erforderlich. **Gegenanzeigen:** Durogesic™ darf nicht angewendet werden: Bei kurzfristigen Schmerzzuständen, zB: nach operativen Eingriffen. Bei bekannter Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff Fentanyl, gegen andere Opiate oder gegen sonstige Bestandteile des Pflasters. Bei gleichzeitiger Anwendung von Monoaminoxidase (MAO) – Hemmern oder innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung einer Therapie mit MAO – Hemmern. Bei schwer beeinträchtigter ZNS-Funktion. **Weitere Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und sonstige Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und zu Gewöhnungseffekten und Abhängigkeit sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Abgabe:** SG, apothekenpflichtig. **ATC Code:** N02AB03. **Zulassungsinhaber:** Janssen-Cilag Pharma, 1232 Wien. Stand: 19.10.2007

**Spiriva® 18 Mikrogramm - Kapseln mit Inhalationspulver. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jede Kapsel enthält 22,5 Mikrogramm Tiotropiumbromid Monohydrat entsprechend 18 Mikrogramm Tiotropium. Die aus dem Mundstück des HandiHaler® abgegebene Dosis beträgt 10 Mikrogramm Tiotropium. Tiotropiumbromid ist ein langwirksamer, spezifischer Muskarin-Rezeptor-Antagonist, in der klinischen Medizin häufig als Anticholinergikum bezeichnet. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Laktose Monohydrat (enthält Milcheiweiß). **Anwendungsgebiete:** Tiotropium ist indiziert als Bronchodilatator zur Dauerbehandlung der Symptome von Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (Chronic Obstructive Pulmonary Disease = COPD). **Gegenanzeigen:** Tiotropiumbromid-Inhalationspulver ist kontraindiziert bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegenüber Tiotropiumbromid, Atropin oder einem seiner Derivate, z.B. Ipratropium oder Oxitropium, oder gegenüber dem sonstigen Bestandteil Laktose Monohydrat (enthält Milcheiweiß). **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Ingelheim am Rhein, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rp, apothekenpflichtig. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkung mit anderen Mitteln und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

1. Casaburi R et al. A long-term evaluation of once-daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2002;19:217-224
2. Anzueto A et al. One-year analysis of longitudinal changes in spirometry in patients with COPD receiving tiotropium. Pulm Pharmacol Ther 2005;18:75-81
3. Casaburi R et al. Improvement in exercise tolerance with the combination of tiotropium and pulmonary rehabilitation in patients with COPD. Chest 2005;127:809-817
4. Maltais F et al. Improvements in symptom-limited exercise performance over 8 h with once-daily tiotropium in patients with COPD. Chest 2005;128:1168-1178
5. Niewoehner DE et al. Prevention of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease with tiotropium, a once-daily inhaled anticholinergic bronchodilator: a randomized trial. Ann Intern Med 2005;143:317-326

## 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

Name .....

Adresse .....

Telefon .....

e-Mail .....

Unterschrift .....

Stampiglie

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

# Wer hat ähnliches erlebt?

## Ein fragender Bericht mit der Bitte um Antworten.

von Christian Euler

**V**or wenigen Tagen wurde ich zu einer Visite berufen. Die über dreißigjährige Patientin ist mir seit ihren Kindertagen bekannt, sie spielt eine wichtige Rolle in den ersten Ruster Jahren meiner eigenen Kinder. Nach langem Hoffen war sie auf dem Weg der Erfüllung eines Kinderwunsches. Wer sie kannte, freute sich mit ihr über eine Zwillingsschwangerschaft. Ich wurde also von Ihrem Gatten berufen: können Sie kommen, meine Frau ist gerade aus dem Krankenhaus heimgekehrt, sie hat unsere Zwillinge geboren, zu früh, sie haben es nicht geschafft.

Ich bekam gleich eine Gänsehaut. Ein Blick in die Kartei sagte mir, dass ein Spätabort in der 22. Woche die Vorfreude in bittere schmerzliche Enttäuschung verwandelt haben musste. Wenige Minuten später saß ich neben dem unglücklichen Paar und versuchte tröstende Worte zu finden. Ich erfuhr von den letzten dramatischen zwei Tagen, in denen die Wehen nicht zu dämpfen waren, von den Schmerzen, den Infusionen, dem intensiven Bemühen der Ärzte.

Plötzlich zieht der Kindesvater unter den Entlassungspapieren ein Din A4-Bild heraus und hält es mir mit den Worten „das sind unsere Burschen“ hin. Mit schnürte es den Hals zu. Auf operationswäschegrünem Hintergrund lagen bildfüllend zwei dunkelrotbraune nackte Körper, in Halbseitenlage zueinander gedreht. Die überdimensionalen Nabelklemmen lassen eine Einschätzung der Größenverhältnisse zu. Die Leblosgkeit schreit einen durch die Hautfarbe und die Körperhaltung der Kleinstmenschen an.

Ich hatte Mühe meine Gedanken wieder zu sammeln. Sofort fiel mir ein ähnliches Bild ein, das mir vor gut zwei Jahren von einer Großmutter gezeigt wurde. Ihr totgeborener Enkelsohn war mit viel zu großer Babykleidung angezogen und ebenfalls auf der Geburtsabteilung fotografiert worden. Schon damals erschreckte mich der Anblick, wühlte mich aber nicht so auf. Die Situation war durch die „Kostümierung“ des toten Kindes und die Großmutter, die das Bild wortreich und geschäftig vorzeigte fast skurril und unwirklich.

**Diesmal aber war es das denkbar brutalste Bilddokument zerstörter Träume, unbändigen Schmerzes, chancenlosen Lebens.**

Ich fasste Mut und machte aus meinem Befremden kein Hehl. Ich warf die Frage auf, ob das ein Bild sei, das unbarmherzig fotografisch festgehalten werden sollte, oder ein Bild, das man einmal sieht, aufnimmt und im Herzen bewahrt. Ein Bild, das einen in beiden Fällen

sicher nie mehr los lässt, das aber eingeschlagen in das Bündel des eigenen Lebens mit leben, sich wandeln, verändern wird, so wie sich der betroffene Mensch durch so ein schicksalsschweres Erleben verändert. Ich hielt die Wichtigkeit der Begegnung mit den verstorbenen Söhnen fest, die Sinnhaftigkeit sie im Arm zu halten um begreifen zu können, was geschehen ist, aber das alles mit den augenblicklichen Emotionen und Wahrnehmungsfähigkeiten. Diese aber werden sicher nicht von fotografischer Qualität sein. Ich riet den Eltern dieses Bild irgendwo „räumlich tief“ zu verschließen, so wie sie das tatsächlich Gesehene tief in sich aufgenommen haben.

Wir gingen bald darauf traurig aber nicht trostlos und sicher nicht von Missrönen begleitet auseinander.

Nun frage ich Sie, geschätzte Kolleginnen, geschätzte Kollegen. Haben Sie schon ähnliches erlebt? Ist das ein Ergebnis von „Trauerarbeit“ an geburtshilflichen Abteilungen, ist das gar state of the art, oder hat eine übereifrige Pflegeperson einen Kurs in „Sterbebegleitung“ absolviert und lebt ihr erworbenes Wissen aus? Hier wurde eindeutig mit Absicht und auch mit Sorgfalt ein Bild angefertigt, zu allem Überfluss großformatig ausgedruckt und zweifellos mit guten Absichten überreicht.

Ich bitte Sie um Ihren Diskussionsbeitrag in unser neu programmiertes Gästebuch auf [www.hausaerzverband.at](http://www.hausaerzverband.at).

**Novolizer® Salbutamol Meda 100 µg Pulver zur Inhalation: Zusammensetzung:** Eine Einzeldosis (ein Hub) enthält 100 Mikrogramm Salbutamol (als Sulfat). **Hilfsstoffe:** Lactose-Monohydrat. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Broncholytikum / Antiasthmikum / Beta2-Sympathomimetikum, ATC-Code: R03AC02. **Anwendungsgebiet:** Symptomatische Behandlung von Zuständen, die mit reversiblen Luftwegsobstruktionen assoziiert sind, z. B. Asthma oder chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), die überwiegend reversibel ist. Vorbeugung von Asthmaanfällen, die durch körperliche Belastung oder durch Exposition gegenüber Allergenen hervorgerufen werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den arzneilich wirksamen Bestandteil Salbutamol oder den sonstigen Bestandteil Lactose. **Zulassungsinhaber:** Meda Pharma GmbH, Liesinger Flur-Gasse 2c, A-1230 Wien. **Verfügbare Packungsgrößen:** Originalpackung und Musterpackung: 1 Patrone mit 200 Einzeldosen (Hüben), sowie 1 Pulverinhalator (Mundstück aus Polycarbonat). Nachfüllpackung: 1 Patrone mit 200 Einzeldosen (Hüben). **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. Stand der Information: Juni 2006. **Novolizer® Budesonid Meda 200 µg Pulver zur Inhalation: Zusammensetzung:** Eine Einzeldosis (ein Hub) enthält 200 Mikrogramm Budesonid. **Hilfsstoffe:** Lactose-Monohydrat. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** ATC-Code: R03BA02, topisch angewendetes Glukokortikoid. **Anwendungsgebiete:** Behandlung des persistierenden Asthmas. **Gegenanzeigen:** Novolizer® Budesonid 200 µg darf nicht angewendet werden bei Patienten mit einer Überempfindlichkeit gegen Budesonid oder Lactose. **Zulassungsinhaber:** Meda Pharma GmbH, Liesinger Flur-Gasse 2c, 1230 Wien; **Verfügbare Packungsgrößen:** Originalverkaufspackung: 1 Pulverinhalator mit 1 Patrone mit 200 Einzeldosen; Nachfüllpackung: 1 Patrone mit 200 Einzeldosen. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten; Stand der Information: Juni 2006. **Novolizer® Budesonid Meda 400 µg Pulver zur Inhalation: Zusammensetzung:** Eine Einzeldosis (ein Hub) enthält 400 Mikrogramm Budesonid. **Hilfsstoffe:** Lactose-Monohydrat. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Topisch angewendetes Glukokortikoid, ATC-Code: R03BA02. **Anwendungsgebiete:** Behandlung des persistierenden Asthmas. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit (Allergie) gegen Budesonid oder Lactose. **Zulassungsinhaber:** Meda Pharma GmbH, Liesinger Flur-Gasse 2c, A-1230 Wien. **Verfügbare Packungsgrößen:** Originalverkaufspackung: 1 Patrone (Polystyrol / Polypropylen) mit 100 Einzeldosen (Hüben), sowie 1 Pulverinhalator (Mundstück aus Polycarbonat). Nachfüllpackung: 1 Patrone (Polystyrol / Polypropylen) mit 100 Einzeldosen (Hüben). **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. Stand der Information: Juni 2006. **Novolizer® Formoterol Meda 6 µg Pulver zur Inhalation und Novolizer® Formoterol Meda 12 µg Pulver zur Inhalation: Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Formoterol 6 µg:** Eine Einzeldosis (ein Hub) enthält 6 Mikrogramm Formoterol Fumarat-Dihydrat (entspricht einer aus dem Mundstück abgegebenen Dosis von 5,1 Mikrogramm Formoterol Fumarat-Dihydrat entsprechend 4,18 Mikrogramm Formoterol). **Sonstige Bestandteile:** 5,744 mg Lactose-Monohydrat pro Einzeldosis. **Formoterol 12 µg:** Eine Einzeldosis (ein Hub) enthält 12 Mikrogramm Formoterol Fumarat-Dihydrat (entspricht einer aus dem Mundstück abgegebenen Dosis von 10,2 Mikrogramm Formoterol Fumarat-Dihydrat entsprechend 8,36 Mikrogramm Formoterol). **Sonstige Bestandteile:** 11,488 mg Lactose-Monohydrat pro Einzeldosis. **Anwendungsgebiete:** Novolizer® Formoterol Meda 6 µg/Novolizer® Formoterol Meda 12 µg ist angezeigt für die Dauerbehandlung der Symptome des persistierenden, mittelschweren bis schweren Asthmas bei Patienten/Patientinnen, die eine regelmäßige Therapie mit langwirksamen Beta2-Agonisten in Kombination mit einer inhalierbaren antiinflammatorischen Therapie (mit oder ohne orale Glucocorticoide) benötigen. Die Glucocorticoidthherapie sollte regelmäßig fortgesetzt werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Formoterol oder Lactose. **Pharmakodynamische Eigenschaften:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Selektive Beta2-Agonisten, Formoterol. ATC-Code: R03AC13 **Inhaber der Zulassung:** Meda Pharma GmbH, Liesinger Flur-Gasse 2c, A-1230 Wien, Tel. Nr.: +43 1 86390-0, Fax-Nr.: +43 1 86390-3199, e-mail: info@meda.at. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rp, apothekenpflichtig. **Weitere Informationen zu den Abschnitten Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**

**MEDA**  
www.meda.at

**Bonviva® 3 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze. Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Eine Fertigspritze mit 3 ml Lösung enthält 3 mg Ibandronsäure (entsprechend 3,375 mg Ibandronsäure, Mononatriumsalz 1 H<sub>2</sub>O). **Anwendungsgebiete:** Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen mit erhöhtem Frakturrisiko (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Eine Reduktion des Risikos vertebraler Frakturen wurde gezeigt, eine Wirksamkeit hinsichtlich Oberschenkelhalsfrakturen ist nicht ermittelt worden. **Gegenanzeigen:** - Hypokalzämie (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“). - Überempfindlichkeit gegen Ibandronsäure oder einen der sonstigen Bestandteile. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Natriumchlorid, Eisessig, Natriumacetat 3 H<sub>2</sub>O, Wasser für Injektionszwecke. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Bisphosphonate. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

# PatientInnen in „Geiselnhaft“ des Systems

von Peter Pözlbauer

**E**in Österreicher und seine Lebensgefährtin befinden sich seit vielen Wochen in der Sahara in den Händen von Terroristen. Am Horn von Afrika finden immer wieder Piratenüberfälle mit Geiselnahmen statt, die bereits einige Todesopfer gefordert haben. Vor diesem Hintergrund ist das Wort „Geiselnhaft“ im Zusammenhang mit der Österreichischen Gesundheitsreform gelinde gesagt unpassend. Unserer Presse gehen griffige Titel und pointierte Aussagen über alles. Aber wird sie damit auch der laufenden Diskussion gerecht?

Die Gesundheitsreform ist derzeit das Thema Nummer eins. Die Kassen haben eine Reform präsentiert, die im Wesentlichen ein Sanierungsprogramm ihrer maroden Struktur darstellt. Die Spitalerhalter reagieren darauf ablehnend, weil sie ihre Finanzierung in Gefahr sehen. Auch Patientenanwaltschaft und Ärztekammer reagierten, natürlich auf weit auseinander liegenden Standpunkten. Allen gemeinsam ist nur, dass sie immer nur das Wohl der PatientInnen im Auge haben. Da jedoch die Wege dorthin grundverschieden sind, kann keiner von ihnen das Ziel sein. Das macht die Berichterstattung gewiss nicht leicht, auch wenn einige Medien um Objektivität sichtlich bemüht sind.

*„Die Ärztekammer ist gegen die von den Sozialpartnern vorgeschlagene Gesundheitsreform, die Lehrgewerkschaft, voran die Vertretung der AHS-Lehrer, ist gegen die von der Expertenkommission vorgeschlagene Schulreform - das spricht dafür, dass beide Papiere in die richtige Richtung weisen.“*

So einfach kann Journalismus sein. Bleibt anzumerken, dass derlei nicht in Kleinformaten oder Buntblättern zu lesen war, sondern von einer der „Edelfedern“ Österreichs zu Papier gebracht wurde. DER STANDARD gibt sich da schon wesentlich mehr Mühe. Im Streben um eine ausgewogene Berichterstattung werden Experten zitiert, deren Kompetenz zum Thema Gesundheitsreform allerdings zu hinterfragen ist.

Oberste Autorität scheint, wenn man die Medienberichte verfolgt, Patientenanwalt Dr. Bachinger zu sein. Er ist, wie sein Hofratstitel verrät, Beamter und leitet als solcher die vom Land Niederösterreich installierte NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft und ist der Sprecher aller Patientenanwälte Österreichs. Sein Wirkungsbereich im Gesundheitswesen ist also eher beschränkt, sein Wissen darum scheint grenzenlos zu sein. Ob er immer nur das Wohl der Patienten im Auge hat, darf angesichts mancher seiner Aussagen bezweifelt werden. Seine Meinung etwa, die aut idem Regelung sei kein Nachteil für die Patienten, wird von diesen gar nicht geteilt, wie zum Teil wütende Proteste aus Österreich und Deutschland belegen.

ÄrztInnen werden von den Journalisten grundsätzlich nicht zu den Experten in Gesundheitsfragen gerechnet. Anders ist es, wenn ein Gesundheitsökonom oder der für den Gesundheitssektor zuständige Manager der Weltbank „auch Ärzte“ sind. Jetzt sind ÄrztInnen laut Definition Männer und Frauen, die nach einer wissenschaftlichen Ausbildung den Heilberuf **ausüben** (zitiert aus Meyers großem Taschenlexikon) und das dürfte auf die oben genannten Herren wohl nicht ganz zutreffen. Trotzdem kommt Dr. Armin Fiedler ausführlich zu Wort: Die Ärzte seien bei der Einführung der e-card nicht sehr kooperativ gewesen und hätten diese „mit fadenscheinigen Argumenten verzögert.“ Und weiter: „Ich schäme mich selbst als Arzt, dass man mit solchen Argumenten in öffentlichen Diskussionen punkten kann.“ Abschließend: „Medizin ist nicht Sache der Ärzte. Jeder ist auch für sich selbst verantwortlich.“

Das sagt sich leicht und schreibt sich flott. Ein Wahrheitsbeweis wird erst gar nicht versucht und dürfte auch kaum gelingen.

Die e-card ist nicht unumstritten und die darauf aufbauenden Strukturen werden von weiten Kreisen und nicht nur von „mit fadenscheinigen Argumenten“ verzögernden Ärzten aus datenschutzrechtlichen Gründen als äußerst bedenklich eingestuft.

Das Soziale Gesundheitssystem ist nicht etwa eine Erfindung von Krankenkassendirektoren, sondern wurde von genialen Ärzten geschaffen. 1849 hat Prof. Rudolf

Virchow die Hunger-Typhus-Epidemie in Oberschlesien als soziale Krankheit entlarvt und die Medizin zur sozialen Wissenschaft erklärt. Deren Entwicklung in Österreich ist untrennbar mit den Namen Dr. Viktor Adler, Dr. Ludwig Teleky und Dr. Julius Tandler verknüpft (zitiert aus „Meilensteine der Wiener Medizin“ von Erna Lesky).

Nicht mündige Patienten, sondern Alexander Fleming und Boris Chain haben Das Penicillin und seine Wirkung entdeckt. Sie wurden dafür nicht nur mit dem Nobelpreis geadelt, sondern haben damit den Grundstein zur Antibiotikatherapie gelegt, der es zu danken ist, dass Seuchen in unseren Breiten zur Medizingeschichte gehören. Trotzdem wird diese Therapie von den Kassengewaltigen immer nur als „Kostenverursacherin“ angeprangert.

## Die „mächtige“ Ärztekammer

Im Orchester aller, die Misstöne im Gesundheitssystem hervorbringen, kommt unsere Kammer besonders schlecht weg. Ihr wird am wenigsten zugebilligt, „das Wohl der Patienten“ zu vertreten. Das mag empörend sein, ist aber letztlich nicht unrichtig. Denn es ist Aufgabe der Kammern, die Arbeitsbedingungen der ÄrztInnen so weit zu optimieren, dass diese sich bestmöglich um das Wohl ihrer PatientInnen kümmern können. Leider ist das Auftreten unserer hohen Repräsentanten in den Medien nicht dazu angetan, diese Inhalte zu transportieren, ein paar flotte Sager, die bei näherem Hinsehen eher Ausrutscher sind, können eine seriöse Diskussion mit vertretbaren Standpunkten nicht ersetzen.

Schon lange haben die Ärztekammern die Themenführerschaft abgegeben. Sie reagieren nur, oft zu spät, meist zu heftig und müssen sich so den Vorwurf des chronischen Neinsagens und der Fortschrittsfeindlichkeit gefallen lassen. Am heftigsten wird reagiert, wenn die Ärztehonorare veröffentlicht werden. Natürlich ist es lästig, wenn immer Brutto mit Netto gleichgesetzt wird oder gar Umsätze als Verdienst genommen werden. Andererseits muss es doch möglich sein, gute Arbeit mit gutem Geld zu argumentieren, vor allem, wenn parallel dazu die Abfertigungen im öffentlichen Dienst diskutiert werden.

Süß und ehrenvoll ist es hingegen, wenn sich die Kammer gegen Eingriffe in Verträge wehrt, die sie mit den Sozialpartnern

abschließt. Aber auch hier wurde von unseren Vertretern nicht energisch genug darauf hingewiesen, dass eine Vertragskündigung jetzt schon möglich ist, schwere Verfehlungen der VertragsärztInnen vorausgesetzt. Wenn jedoch bereits ökonomische Gründe zur Vertragsauflösung führen können, bedeutet dies das Ende nicht nur der freien ÄrztInnenschaft, sondern auch jenes der mündigen PatientInnen. Denn wer auf Behandlungspfaden einhergehen muss, hat keine freie Therapiewahl und wird auch in der freien ÄrztInnewahl keinen Sinn mehr sehen. Schon gar, wenn pragmatisierte Beamte und de facto unkündbare Kassenangestellte befristete Verträge für VertragsärztInnen fordern.

Ebenso schwerwiegend werden sich die Qualitätskriterien auswirken, zumal damit vor allem Qualitätskontrolle gemeint ist. Immer schon wurden ÄrztInnen von dafür durch die *venia docendi* autorisierte KollegInnen aus- und weitergebildet. Daran wird sich auch in Zukunft nichts ändern. Sollte jedoch die Organisation der

Fortbildung (an Weiterbildung wird in diesem Zusammenhang nur am Rande gedacht) aus den Händen der Kammern in die von Bundesinstituten gelegt werden, wird wieder nur St. Bürokratismus fröhliche Urständ feiern. Denn entgegen dem Wortsinn ist der Stand der Wissenschaft ein dynamischer Prozess, dem auf möglichst unbürokratische Weise Rechnung getragen werden muss.

Im Interesse ihrer Mitglieder hätten also die Kammern ein breites Betätigungsfeld und könnten daher die PatientInnen getrost aus der Geiselhaft entlassen.

**Als dieser Artikel geschrieben wurde, waren die beiden Salzburger noch immer in der Sahara, Österreich stand aber bereits im Banne von Amstetten. Da ich mich zu einem wesentlichen Teil auf einen Artikel mit gleichem Titel in DER STANDARD beziehe (der allerdings vor bekannt werden des Unfassbaren gedruckt wurde) habe ich den Titel belassen.**

## Ihr Auftritt bitte

von Peter Pözlbauer

**A**nlässlich der Präsentation der Gesundheitsreform, einer von vorne herein zum Scheitern verurteilten Rettungsaktion für die maroden Krankenkassen, lud der ORF zum round table. Das Szenario stand von Beginn an fest: die Vertreter von Hauptverband, Wirtschaftskammer und Patientenrechtsanwaltschaft werden nur ein Gemeinsames haben - die Front gegen die ÄrztInnenschaft. Deren Repräsentant wird allein auf weiter Flur sein. Und so ist es auch gekommen.

Angesichts ihres Exponenten ergriff die gebannt zusehende ÄrztInnenschaft jedoch blankes Entsetzen. Weder im äußeren Erscheinungsbild, noch an innerer Haltung, zu schweigen von Inhalt und Ausdruck der Rede konnten die KollegInnen ihn als ihren Vertreter erkennen. Einige brachten zu Papier, was viele dachten. Und genau daran entzündete sich ein Streit, der rasch zur Grundsatzdiskussion eskalierte. Einige Eckpunkte seien in der Folge kurz besprochen.

### Wen repräsentiert die Österreichische Ärztekammer?

Die ÖÄK hat neun Mitglieder, die Länderkammern. Diese sind naturgemäß keine Einzelpersonen, sondern Körperschaften. Und aus den darin vertretenen Funktionären werden Vertreter in die ÖÄK entsandt. Unvoreingenommene mögen glauben, es gebe einen nie enden wollenden Informationsfluss von den Länderkammern in die Österreichische Kammer hinauf, alles andere ergäbe doch keinen Sinn. Tatsächlich ist ein hoher Funktionär der ÖÄK völlig weisungsfrei, handelt also letztlich weisungsfrei.

### Wer vertritt die ÄrztInnenschaft nach außen?

Grundsätzlich der Präsident, sei es der der Österreichischen Ärztekammer oder jener der jeweiligen Länderkammer. Selbstverständlich können nach Bedarf auch andere Repräsentanten der Kammer autorisiert werden. In keinem Fall sollten diese ihre persönliche Meinung, sondern das Allgemeininteresse der ÄrztInnen vertreten. Um dieses zu akkordieren, bedarf es im Vorfeld jedes öffentlichen Auftretens professioneller Pressearbeit. Das ist im gegenständlichen Fall entweder gar nicht oder zumindest nicht mit erforderlicher Sorgfalt geschehen.



Dr. Peter Pözlbauer

### Ist Kritik nur unerwünscht oder gar nicht erlaubt?

Die Missfallensäußerungen über den missglückten Fernsehauftritt wollten lange nicht verstummen, der Angegriffene wehrte sich und schlug zurück. Kritik an seiner Person wollte er nicht gelten lassen und sein Tun hält er offenbar für sakrosankt. Für ihn war die Sache klar: ein interkurieller Angriff, der das intrakammerale Klima weiter vergiftete. Da eine seiner Kritikerinnen noch dazu Angehörige einer Bundeskurie sei, werde alles aus den Tiefen (sic!) der NÖ-Kammerpolitik auf die Bundesebene gehoben.

Selbstkritik ist unserem Bundeskurieneobmann sichtlich fremd, unverhohlen wird mit der Bundesfunktion gedroht, die offenbar alle Mittel heiligt. Abschließend zog er eine harte Schlussfolgerung: „Die schlimmsten Feinde finden wir in unseren eigenen Reihen“. Diesen Eindruck hatten viele Zuseher der Fernsehdiskussion auch.

**DOLGIT-CREME, FACHKURZINFORMATION:** Dolgit-Creme, **Arzneiform:** O/W-Emulsion. **Zusammensetzung:** 100 g Creme enthalten 5g Ibuprofen, 0,15 g p-Hydroxybenzoesäuremethyl-ester-Natriumsalz. **Anwendungsgebiete:** Zur äußerlichen symptomatischen oder unterstützenden Therapie bei rheumatischen und degenerativen Affektionen des Bewegungsapparates (Muskelrheumatismus, Gelenkrheumatismus, Arthrosen); Entzündungen und Schwellungen gelenknaher Weichteile (wie Sehnen, Sehnencheiden, Bänder, Schleimbeutel, Gelenkskapsel); Lumbago; stumpfe Traumen wie Prellungen, Verstauchungen, Zerrungen (Sport- und Unfallverletzungen). **Gegenanzeige:** Überempfindlichkeit gegen Ibuprofen oder einen anderen Bestandteil des Präparats. Nicht auf offene Wunden oder erkrankte Hautareale auftragen. Vorsicht ist geboten bei bekannter Überempfindlichkeit gegen Acetylsalicylsäure oder andere nichtsteroidale Antirheumatika, bekannter Allergieneigung oder Asthma. **Schwangerschaft und Stillperiode:** Teratogene oder embryotoxische Effekte sind nicht bekannt. Ibuprofen kann die Placenta-Schranke passieren und in die Muttermilch übertreten. Nicht während der letzten Wochen einer Schwangerschaft (erhöhte Blutungsneigung) oder während der Stillperiode anwenden. In der übrigen Zeit der Schwangerschaft nicht großflächig oder über längere Zeit anwenden. **Packungsgrößen:** 40 g kassenfrei und 100 g. **Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Gewöhnungseffekten und zu besonderen Warnhinweisen zur sicheren Anwendung sind der „Austria Codex-Fachinformation“ zu entnehmen.** Hersteller: Dolorgiet/St. Augustin. Vertrieb: Sanova Pharma GesmbH/Wien. Rp, apothekenpflichtig.

# Lehrpraxis quo vadis?

von Robert Lindner

**D**ie Lehrpraxis in Österreich führt derzeit ein „Dornröschchen-Dasein“. Die Förderungen des Ministeriums sind seit Jahren nahezu eingefroren und alle warten auf die neue Facharzt-ausbildung der Allgemeinmediziner mit 18-monatiger Lehrpraxis. Doch diese Neuerung steht und fällt mit der Finanzierung.

**Derzeit stehen etwa 900.000 Euro an Förderungsmitteln pro Jahr für ganz Österreich zur Verfügung.**

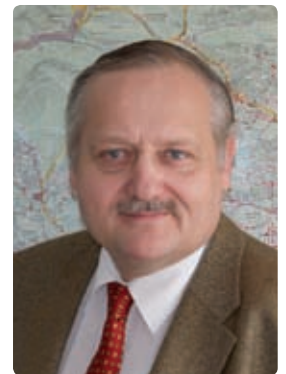
Für Wien bedeutet das die Förderung für 33 von 533 Lehrpraxisausbildungen pro Jahr – also knapp 6 Prozent. Neben der sehr prekären finanziellen Situation, ist auch der relativ geringe Bruttolohn im Vergleich zu den Spitalsgehältern ein Problem vieler TurnusärztInnen. Aus finanziellen Gründen ziehen sie den Verbleib im Krankenhaus einer Lehrpraxis vor.

Es muss also eine dringende Forderung an die Politik sein, endlich ausreichende Mittel zur Ausbildung unserer jungen KollegInnen zur Verfügung zu stellen, um auch in Zukunft gute Ärztinnen und Ärzte in Österreich zu haben.

Ein Sechstel der jährlichen Lehrlingsförderung (60 Millionen Euro) würde eine wesentliche Besserung der derzeitigen Situation bedeuten.

In Wien versuchen wir eine Qualitätsverbesserung durch Qualitätszirkel für LehrpraxisleiterInnen und TurnusärztInnen in Lehrpraxen zu erreichen. Eine genaue Festlegung der Ausbildungsinhalte im neuen Rasterzeugnis sowie eine Evaluation der Lehrpraxen durch TurnusärztInnen sollen einen gleich bleibenden Qualitätsstandard sichern.

Fortbildungsangebote an TurnusärztInnen in Lehrpraxen durch das ZAM, Hausärztliche Qualitätszirkel und Bezirksärzterfortbildungen können in der Lehrpraxis-Zeit das theoretische Angebot erweitern.



Dr. Robert Lindner

Informationsveranstaltungen für TurnusärztInnen in Zusammenarbeit mit der Sektion Turnusärzte sollen das Wesen der Lehrpraxis den jungen KollegInnen näher bringen. Eine überarbeitete Homepage der Wiener Ärztekammer mit Jobbörse soll den Turnusärzten das Finden eines Lehrpraxisplatzes erleichtern.

Da speziell in Wien immer weniger Ambulanzstellen als Lehrpraxisäquivalent zur Verfügung stehen, steigt hier der Bedarf an Lehrpraxen im Vergleich zu Österreich überproportional an. Daher ist gerade hier das Fehlen der Mittel stark spürbar. Es muss uns bewusst sein, dass eine Spitalsambulanz kein Ersatz für eine Lehrpraxis im niedergelassenen Bereich sein kann, da dort wesentlich weniger aber auch andere Ausbildungsinhalte als in einer niedergelassenen Praxis vermittelt werden können.



In der Steiermark gibt es unseren Kollegen Dr. Michael Wendler, der in selbstloser sehr engagierter Weise für das Lehrpraxismodell Steiermark vollen Einsatz leistet und uns viele positive Beispiele für Lösungsmöglichkeiten bei Problemen gibt.

Dr. Robert Lindner  
[meduniv@drindner.at](mailto:meduniv@drindner.at)



**Bezeichnung des Arzneimittels:** Fentanyl "1A Pharma" 25 µg/h - transdermales Matrixpflaster, Fentanyl "1A Pharma" 50 µg/h - transdermales Matrixpflaster, Fentanyl "1A Pharma" 75 µg/h - transdermales Matrixpflaster, Fentanyl "1A Pharma" 100 µg/h - transdermales Matrixpflaster. **Zusammensetzung:** Fentanyl "1A Pharma" 25 µg/h - transdermales Matrixpflaster: 1 Pflaster enthält 5,78 mg Fentanyl, entsprechend einer Freisetzungsrate des Wirkstoffs von 25 Mikrogramm/Stunde. Fentanyl "1A Pharma" 50 µg/h - transdermales Matrixpflaster: 1 Pflaster enthält 11,56 mg Fentanyl, entsprechend einer Freisetzungsrate des Wirkstoffs von 50 Mikrogramm/Stunde. Fentanyl "1A Pharma" 75 µg/h - transdermales Matrixpflaster: 1 Pflaster enthält 17,34 mg Fentanyl, entsprechend einer Freisetzungsrate des Wirkstoffs von 75 Mikrogramm/Stunde. Fentanyl "1A Pharma" 100 µg/h - transdermales Matrixpflaster: 1 Pflaster enthält 23,12 mg Fentanyl, entsprechend einer Freisetzungsrate des Wirkstoffs von 100 Mikrogramm/Stunde. **Wirkstoffgruppe:** pharmakotherapeutische Gruppe: Analgetika; Opioide; Phenylpiperidin-Derivate ATC-Code: N02AB03 **Anwendungsgebiete:** starke chronische Schmerzen, die nur mit Opioid-Analgetika ausreichend behandelt werden können. **Gegenanzeigen:** -Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, hydriertes Kolophonium, Soja, Erdnuss oder einen der sonstigen Bestandteile. -Akute oder postoperative Schmerzen, da bei kurzzeitiger Anwendung keine Dosisstratifikation möglich ist und eine lebensbedrohliche Atemdepression auftreten könnte. -Schwere Beeinträchtigung des zentralen Nervensystems. -Gleichzeitige Anwendung von MAO-Hemmern oder innerhalb von 14 Tagen nach Absetzen von MAO-Hemmern. **Schwangerschaft und Stillzeit:** Die Unbedenklichkeit von Fentanyl während der Schwangerschaft ist nicht nachgewiesen. In Tierstudien zeigte sich Reproduktionstoxizität. Das potenzielle Risiko für den Menschen ist nicht bekannt. Daher sollte Fentanyl in der Schwangerschaft nur dann angewendet werden, wenn es unbedingt erforderlich ist. Eine Langzeitbehandlung während der Schwangerschaft kann Entzugssymptome beim Neugeborenen hervorrufen. Während der Wehen und der Geburt (einschließlich Kaiserschnitt) sollte Fentanyl nicht angewendet werden, da Fentanyl die Plazenta passiert und beim Feten oder Neugeborenen zu einer Atemdepression führen kann. Fentanyl geht in die Muttermilch über und kann beim gestillten Säugling Sedierung sowie Atemdepression hervorrufen. Daher soll bis mindestens 72 Stunden nach dem Entfernen von Fentanyl transdermalem Pflaster nicht gestillt werden. **Inhaber der Zulassung:** 1A Pharma GmbH, Wien **Packungsgrößen:** 5 Stück **Abgabe:** Suchtgift, Abgabe auf Suchtgiftrezept, apothekenpflichtig. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Verwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

# NÖ: Sprudelnde Geldquellen für neue Spitäler

von Wolfgang Geppert

**W**ährend die Sozialpartner über leere Taschen klagen und uns Kassenärzten mit Kahlschlag drohen, dürften Dr. Pröll, Sobotka und Co auf Quellen gestoßen sein, aus denen ständig frisches Geld für den Gesundheitssektor sprudelt. Anders kann es nicht möglich sein, in Zeiten der extremen Finanznot, auf einer Strecke von nur 50 Kilometern vier neue Krankenhäuser aus dem Boden zu stampfen. Unter diesem Aspekt wirken die Sparvorschläge der Wirtschaftsvertreter Kopf und Leitl unglaublich unwahrscheinlich.

Eine aktuelle Untersuchung des Instituts für Höhere Studien (IHS) kommt zu einem wenig überraschenden Ergebnis, denn Schlussfolgerungen dieser Art lieferten schon zahlreiche Studien vorher: Die Zahl der stationär versorgten Patienten sei in Österreich viel zu hoch. Der seit Jahren geforderte Abbau von Krankenhausbetten geschehe nur zögerlich. 41 Prozent aller Gesundheitsausgaben fließe in die Spitäler. Damit läge Österreich im Spitzenfeld. Ein Spezifikum unserer Alpenrepublik: Die Krankenhaustore stehen immer weit offen. Wer Schleusen öffnet, muss mit Wassermassen rechnen. Ein Blick nach Niederösterreich genügt. Dieses Land ist ein Paradebeispiel in Sachen Krankenhausaufwertung. Das Programm des Landesrates Sobotka, Spitäler zu Drehscheiben der Gesundheitsversorgung zu machen, beginnt zu greifen.

Die neugestalteten Foyers der Landeskliniken gleichen Eingangshallen von Luxusherbergen: Automatische Glastüren, breite Sitzgarnituren, ... Hier fühlen sich die Leute wohl. Die Angst vor dem eintönig weißen Krankenhaus mit den seltsamen Gerüchen ist verfliegen. Als Beispiel für diese Entwicklung möchte ich das Landesklinikum Weinviertel Mistelbach ins Treffen führen. Im Jahre 1980 hat es mich zusammen mit meiner Gattin ins Weinviertel verschlagen. Zu dieser Zeit versorgten knapp 50 Ärzte im Krankenhaus Mistelbach die Patienten der Region. Etwa gleich viele Kassenpraktiker (heutige Zahl nahezu unverändert) waren damals im Bezirk Mistelbach tätig. Obwohl die Spitalskollegen mit großem Einsatz ihren Dienst versahen, hatte die Bevölkerung Hemmungen, das Krankenhaus zu betreten: „Herr Doktor, können sie meine Lungenentzündung nicht zu Hause behandeln, ich will nicht ins Krankenhaus.“

## Karawanen Richtung Krankenhaus

Jetzt, knapp 30 Jahre danach, ist alles anders. Zumindest im Spitalsbereich. Über 210 Kolleginnen und Kollegen müssen tagtäglich eine Patientenflut, die sich ungebremst in die Ambulanzen und Stationen des Hauses ergießt, bewältigen. Tag und Nacht rollen die Sanitätsfahrzeuge, Stoßstange an Stoßstange, in den Bauch des Aufnahmetraktes. Ein Außenstehender müsste beim Blick auf die Zufahrt den Eindruck bekommen, eine Epidemie sei ausgebrochen. Bei einer kürzlich erfolgten Befragung aller Kranken, welche zwischen 19.00 Uhr und 07.00 Uhr zur Aufnahme gekommen sind, gaben nur 24 Prozent an, vorher den NÖ Ärztedienst mit der Rufnummer 141 kontaktiert zu haben. Die übrigen 76 Prozent steuerten das Schwerpunktspital gleich direkt an. Einfach so!

Auch am Wochenende strömen die Hilfesuchenden zu einem hohen Prozentsatz ohne Zwischenfilter in die Landesklinik. Wir Vertragsärzte der Allgemeinmedizin bewältigen eine durchgehende Wochenendbereitschaft von 48 Stunden und werden im zunehmenden Maße übergangen: „Aha, Sie hätten Dienst gehabt? Wir sind mit Kevin gleich direkt auf die Kinderambulanz gefahren!“ Die Folgen sind selbst für Laien erkennbar. Patientenströme lassen in einer hochspezialisierten Gesundheitseinrichtung die sprichwörtliche Jahrmarktatmosphäre entstehen. An Sonn- und Feiertagen ist in der Aula des Schwerpunktspitals mehr Leben als auf den Vorplätzen der umliegenden Pfarrkirchen.

Die Tische im weitläufigen Klinik-Cafe laden zum Verweilen ein, wer will kann hier auch Wein genießen. Für Raucher stehen eigene Lichthöfe zur Verfügung. In so angenehmer Atmosphäre ist es nur mehr ein kleiner Schritt, die seit Wochen bestehende Sehnenscheidenentzündung begutachten zu lassen. Gleich von einem Spezialisten. Unklarheit besteht nur darüber, bei welcher Ambulanztür anzuklopfen ist: Chirurgie, Unfall oder Orthopädie? Oder etwa bei der Neurologie? Die diensthabenden Ärzte könnten gleich die Nervenleitgeschwindigkeit bestimmen.



Dr. Wolfgang Geppert

## Baubranche und Lokalpolitiker jubeln

Unsere Gesundheitsversorgung, darüber sind sich die Experten einig, ist aus allen Fugen geraten. Die Ambulanzzahlen explodieren, der Abbau der Akutbetten stagniert. Kein Wunder, dass die Errichtungsfirmen an den ständigen Zubauten, und dies nicht nur im Landesklinikum Mistelbach, ihren Gefallen finden. Zumindest ein Baukran dreht sich immer. Dieser Umstand muss den selbsternannten Gesundheitsexperten, wie etwa WKÖ-Präsident Leitl oder Wirtschaftsverbundgeneralsekretär Kopf große Freude bereiten. Das Geschäft ihrer Mitglieder floriert. Die Baubranche jubelt angesichts dieser Auftragsfülle.

Doch der Großbetrieb NÖ Landeskliniken kennt in Zeiten wie diesen nicht nur Zu- und Umbauten. Die Krankenhäuser Baden, Mödling, Neunkirchen und Wiener Neustadt sollen neu errichtet werden. Entweder auf der grünen Wiese oder dem jetzigen Standort. Und das auf einer Gesamtstrecke von nur 50 Kilometern. Damit verlieren alle Warnrufe, dem Gesundheitssektor fehle es an Geldmitteln, an Glaubwürdigkeit. Just an jenem Montag, an dem die Sozialpartner den Kassenärzten über die Medien den Fehdehandschuh hingeworfen haben, erklärt Landeshauptmann Dr. Pröll der Öffentlichkeit, in Wiener Neustadt (500 Mill.) und Neunkirchen (100 Mill.) je ein neues Spital errichten zu wollen. Schilda lässt grüßen.

## Wirtschaftsvertreter: Auf einem Auge blind

Auf einen Aufschrei der Wirtschaftsleute Leitl und Kopf haben wir Kassenärzte vergeblich gewartet. Gegen den mächtigen →

Parteikollegen Dr. Pröll gibt es kein Aufmucken. Da schon lieber mit dem Vorwurf leben, auf einem Auge blind zu sein. Spitzenvertreter der Wirtschaft hätten schon bei der Diskussion über den Neubau von Mödling und Baden ein Machtwort sprechen müssen. Kleinkarierte Lokalinteressen haben in einer zukunftsorientierten Gesundheitspolitik keinen Platz mehr.

Doch spätestens bei der Ankündigung, ein weiteres Krankenhauspaar errichten zu wollen, hätte eine Klarstellung erfolgen sollen. Für kostenbewusste Verantwortungsträger kann es nur heißen, statt vier teilweise kleine Spitäler mit gegenseitiger Konkurrenzierung, zwei leistungsstarke Einheiten zu errichten. Dass Wiener Neustadt ein modernes Schwerpunktspital benötigt, versteht jedermann. Doch der angekündigte Neubau einer 100-Millionen-Einheit im 16 Kilometer entfernten Neunkirchen, kann nur lokalpolitischen oder arbeitsplatzhaltenden Hintergrund haben.

**Qualitätssicherung bei Gesundheitspolitikern**

Auch ein weiterer Verantwortungsträger der Gesundheitspolitik scheint in dieser Angelegenheit Scheuklappen zu tragen: Dr. Erich Laminger, Vorsitzender des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger. Beim Ruf nach Finanzierung des Gesundheitswesens aus einer Hand streiten zwei Institutionen um den Zuschlag: Der Hauptverband und die Landesfürsten. Will Laminger seinen Anspruch in dieser Angelegenheit geltend machen, dann hat er sich in die Diskussion über diesen Krankenhaus-Vierling einzuschalten.

Hier drohen so viele Millionen Euro zu versanden, die durch kein Sparprogramm bei den Kassenärzten wettgemacht werden können. Ende April forderte Laminger die ökonomische Disziplinierung der Ärzte. Er sprach sich für die Rezertifizierung der Kassenzulassung nach „Qualitätskriterien“ aus. Es sei nicht angebracht, dass Ärzte sich selbst kontrollieren. Immer mehr unabhängige Beobachter stellen sich in diesem Zusammenhang die Frage: „Wer sichert die Qualität unserer Gesundheitspolitiker?“ Genügt es, ein einschlägiges Buch geschrieben zu haben? Oder ist es das Präsidentenamt im ÖGB, das ausreichend Wissen verleiht, um gesundheitspolitische Entscheidungen treffen zu können?

**Wasser predigen, Wein trinken**

Immer wieder werden hinter vorgehaltener Hand Fälle kolportiert, in denen Entscheidungsträger auch mit Lappalien Kliniken aufsuchen, um dort gleich vom Oberarzt, oder besser vom Primararzt behandelt zu werden. Womöglich haben die Herren und Damen, die unser Kassensystem umkremeln wollen, gar keine Ahnung von der Arbeitswelt der Vertragsärzte. Es soll Entscheidungsträger geben, die über unsere Leistungsfähigkeit urteilen, ohne einen einzigen Tag in einer Kassenordination verbracht zu haben. Schluss mit den negativen Betrachtungen. Nur die besten kommen nach oben, auch in der Gesundheitspolitik. In den vergangenen Wochen wurden wir Kassenärzte mit Vorwürfen nur so überhäuft: Wir Ärzte hätten ständig nur unsere Einkünfte vor Augen, verschrieben viel zu viele Medikamente, würden mit unseren Patienten zu wenig reden und die Aufklärung vor Nebenwirkungen vernachlässigen.

Die Vorwürfe ließen sich seitenweise fortsetzen. In der Öffentlichkeit muss der Eindruck entstehen, wir wären ganz fiese Typen. Ich träume davon, dass einer der Wortspender der vergangenen Wochen die Einseitigkeit der Meldungen erkennt und den Mut aufbringt, uns Kassenärzten endlich einmal auch Lob auszusprechen. Irgendeines, ganz egal! Ohne Anspruch auf Vollständigkeit fallen mir dabei folgende Namen ein: Brustbauer, Bachinger, Hundstorfer, Laminger, Leitl, Kopf, Korosec, Köck, und Sobotka. Man wird doch träumen dürfen.

Dr. Wolfgang Geppert, 2193 Wilfersdorf, e-Mail: [geppert@aon.at](mailto:geppert@aon.at)

Ephraim Kishon  
**Es war die Lerche**  
12. – 27. Juli  
[www.Sommerspiele.StiftAltenburg.at](http://www.Sommerspiele.StiftAltenburg.at)  
0660/100 22 00

Intendanz:  
Michaela Ehrenstein

**Sommerspiele  
Schloss Sitzenberg**

[www.sommerspiele.schloss-sitzenberg.at](http://www.sommerspiele.schloss-sitzenberg.at)  
[www.kultur-sitzenberg-reidling.at](http://www.kultur-sitzenberg-reidling.at)

**13.–22.  
JUNI  
2008**

**Robert Stolz & Hermann Leopoldi**  
Stück von **Gerald Szyszkowitz**

mit  
Gerhard Rühmkorf  
Marcus Strahl  
und  
Michaela Ehrenstein  
Michael Neher  
Johannes Wolf

**WIEN-TICKET.AT**  
58885  
Info & Karten:  
02276 / 2241

**SPIELTERMINNE**

Fr. 13. Juni	Premiere	20 Uhr
Sa. 14. Juni	16 Uhr	20 Uhr
So. 15. Juni	16 Uhr	
Fr. 20. Juni	20 Uhr	
Sa. 21. Juni	16 Uhr	20 Uhr
So. 22. Juni	16 Uhr	

**MUSIKALISCHE  
MATINEEN**

So. 15. Juni	11 Uhr
So. 22. Juni	11 Uhr

# Sanieren oder kaputt sparen?

von Christoph Reisner

**K**önnen die jüngst vorgeschlagenen Ansätze für eine Gesundheitsreform wirklich die Versorgung der Patientinnen und Patienten auf dem gegebenen Niveau sicherstellen oder wird ein bestehendes bewährtes System kaputt gespart?

Innerhalb unseres Gesundheitssystems gibt es Finanzierungsschwierigkeiten, vor allem bei den sozialen Krankenversicherungen. Diese wurden vor einigen Wochen aufgefordert, ein Reformpapier mit Ihren Vorstellungen zur Sanierung vorzulegen. Einige Medien kolportieren bereits heute, dass Anfang Mai (also nach Redaktionsschluss dieser Ausgabe) bereits ein Gesetzesentwurf zur Begutachtung vorgelegt wird, der weite Bereiche des so genannten Sozialpartnerpapiers enthält.

Hierbei handelt es sich jedoch leider um kein Reformpapier für das Gesundheitssystem, sondern ausschließlich um ein Sanierungspapier für das Unternehmen Gebietskrankenkasse, und zwar auf Kosten der Patienten und Ärzte. Ich habe nämlich nachgerechnet: Die Krankenkassen hätten kein Finanzierungsproblem, wenn nicht die von der Politik zwangsverordneten kassenfremden Leistungen zu finanzieren wären. Die NÖGKK ist allein im Jahr 2006 durch diese Maßnahmen nach eigenen Angaben mit 78 Mio. Euro belastet worden. Das bedeutet, dass die NÖGKK ohne diese Maßnahmen an Stelle eines Bilanzverlustes von rund 30 Mio. Euro sogar ein positives Finanzergebnis von 48 Mio. Euro hätte. Konkret sind dies der Verlust des Vorsteuerabzugs (Refundierung der 20 Prozent Umsatzsteuer auf Medikamente), die Neuordnung der Beiträge für die Krankenversicherung der Arbeitslosen, Wochengeld sowie eine Neuregelung bei Vertragsbediensteten.

Doch auch innerhalb der GKK's gibt es Unterschiede. In einem Rechnungshofbericht wird die Kostenstruktur von Wien und Oberösterreich verglichen, allerdings mit einem Schönheitsfehler: Es wurde nur

der niedergelassene Bereich analysiert. Wir haben daher als Vergleich alle wesentlichen Eckdaten bezüglich der gesamten Gesundheitsstruktur der Bundesländer Niederösterreich und Oberösterreich zusammengefasst. OÖ wurde deshalb als Vergleichsparameter gewählt, weil die OÖGKK als „Musterschüler“ bei der Kassenfinanzierung gilt. Die Bundesländer sind grundsätzlich gut vergleichbar. NÖ hat etwa soviel GKK-Versicherte (Beitragszahler und mitversicherte Angehörige) wie OÖ, bei wesentlich höherem Pensionistenanteil. Die Strukturunterschiede bei der medizinischen Versorgung sind jedoch enorm: NÖ hat in Summe um 184 Kassenplanstellen mehr als OÖ, vor allem in den Bereichen Allgemeinmedizin und Innere Medizin. Diese beiden Fächer sind einerseits typische „Krankenhaus entlastende“ Fächer, aber andererseits sehr „verschreibungsintensiv“.

In OÖ findet dieses Leistungsspektrum verstärkt im Spital statt. Das hat Folgen: Die ärztlichen Honorare im Kassenbereich liegen in NÖ um 64 Mio. Euro über denen in OÖ, 80 Mio. Euro beträgt der Unterschied bei den Heilmittelkosten. Im gesamten Gebarungsergebnis 2006 schneidet die OÖGKK um 42 Mio. Euro günstiger ab als die NÖGKK. Stattdessen gibt es in NÖ etwa 600 Spitalsbetten weniger, dafür in OÖ um zwölf Prozent mehr stationäre Aufenthalte. Die OÖGKK überweist ungleich mehr in den Krankenanstaltenfonds, nämlich knapp 65 Mio. Euro. Bei den Spitalerhaltungskosten der beiden Bundesländer liegt OÖ um insgesamt 214 Mio. Euro bei den landesfondsfinanzierten Krankenhäusern über NÖ. Was in Summe bedeutet, dass in NÖ im Jahr 2006 etwa 172 Mio. Euro weniger für Gesundheitsleistungen ausgegeben werden als im „Musterland“ OÖ. Detail am Rande: In OÖ sind bis 2010 angeblich 65 neue Kassenstellen geplant.

Diese Zahlen belegen, dass es sich beim vorliegenden Sozialpartnerpapier keinesfalls um eine ausgewogene Lösung handeln kann. Statt einem Sanierungspapier für einen Teilbereich wären aus meiner Sicht sinnvolle und ganzheitliche Konzepte für



Foto: Tschank - WienerNeustadt

eine Reform des Gesundheitssystems gefragt. Zu diesem Zeitpunkt könnte es allerdings schon zu spät sein. Dann läge es an der Kurienführung der niedergelassenen Ärzte, durch entsprechende Verhandlungen den Schaden für die Ärzteschaft so gut wie möglich einzudämmen. Ich als Präsident der Ärztekammer für Niederösterreich werde mich jedenfalls im Rahmen meiner Möglichkeiten und Zuständigkeiten um das Wohl der betroffenen Ärztinnen und Ärzte bemühen, die diesmal überwiegend aus dem Kassenbereich kommen.

Obwohl mir oft genug das Gegenteil unterstellt wird. Ärzte sollen aus meiner Sicht jedenfalls Ärzte bleiben, und nicht zu Ökonomen werden, die sich bei jedem Patienten überlegen müssen, wie man am kostengünstigsten behandeln kann. Mit der Drohung, dass ansonsten der Kassenvertrag verlorengeht, werden die Patientinnen und Patienten zwangsläufig schlechter versorgt.

**Dr. Christoph Reisner**  
Präsident der der NÖ Ärztekammer  
[www.wahlarzt.at](http://www.wahlarzt.at)

**Bezeichnung des Arzneimittels:** Aclasta 5 mg Infusionslösung. **Qualitative und Quantitative Zusammensetzung:** Eine Flasche mit 100 ml Lösung enthält 5 mg Zoledronsäure (wasserfrei), entsprechend 5,330 mg Zoledronsäuremonohydrat. Ein ml der Lösung enthält 0,05 mg Zoledronsäure (wasserfrei), entsprechend 0,0533 mg Zoledronsäuremonohydrat. **Sonstige Bestandteile:** Mannitol, Natriumcitrat, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Behandlung der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen mit einem erhöhten Risiko für Frakturen. Behandlung von Morbus Paget des Knochens. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile oder andere Bisphosphonate. Aclasta ist kontraindiziert bei Patienten mit Hypokalzämie (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation). Aclasta ist während der Schwangerschaft und Stillzeit kontraindiziert (siehe Abschnitt 4.6 der Fachinformation). **Inhaber der Zulassung:** Novartis Europharm Limited, Wimblehurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Vereinigtes Königreich. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Bisphosphonat, ATC-Code: M05 BA 08. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rp, apothekenpflichtig. **Informationen betreffend Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkung mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**

# Zukunft der Landmedizin

## Ärztliches Dispensierrecht zur Sicherung der wohnortnahen Versorgung

**D**ie Medikamentenabgabe direkt durch den Arzt ist unbestritten ein wesentliches Element einer hochwertigen und wohnortnahen medizinischen Versorgung auf dem Land. Sollte das nicht allen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten möglich sein? Eine spannende Diskussion im Rahmen der Ärztelounge der Ärztekammer für Niederösterreich rund um den Sinn, die Rechtslage und die Durchführbarkeit eines ärztlichen Dispensierrechts war somit vorprogrammiert.

Dr. Wolfgang Geppert als Medikamentenreferent der NÖ Ärztekammer beschäftigte sich zunächst mit der Frage, warum jede Institution sofort abblockt, wenn es um Medikamentenabgabe bei Ärzten geht:



„Man kommt sich immer vor wie ein Krimineller, wenn man diese Gedanken artikuliert. Wenn die Diskussion allerdings fortschreitet, kommt so mancher drauf, dass die Argumente für ein ärztliches Dispensierrecht durchaus stichhaltig sind. Leider kommen die Hauptbetroffenen, nämlich unsere Patientinnen und Patienten, so gut wie nie zu Wort. Unter den ständig wechselnden gesetzlichen Vorgaben sind immer mehr Hausapotheken von der Schließung bedroht. In keiner anderen Branche muss ein Betrieb auf gesetzliche Anordnung schließen, wenn ein anderer Betrieb eröffnet. Dabei ist es gerade für die ältere Bevölkerung von großem Vorteil, wenn der Arzt gleich anschaulich erklären kann, wie Medikamente einzuneh-



Foto: Michael Dillmann

men sind. Für mich ist die Direktabgabe von Medikamenten unangefochten die beste aller Versorgungsformen.“

NÖ Ärztekammerpräsident **Dr. Christoph Reisner** zeigte sich erfreut, dass auch die ÖÄK endlich dieses Thema im Sinne der Bevölkerung aufgenommen hat: „Ich habe bereits 2006 ein Modell entwickelt, wie so ein Abgabesystem flächendeckend funktionieren könnte. Ich denke, dass es genau eine Berufsgruppe gibt, die sowohl eine Diagnose stellen, eine Therapie empfehlen, sowie durchführen und begleiten kann. Als logische Konsequenz ist es auch ausschließlich dieser Berufsgruppe vorbehalten, Rezepte auszustellen, die exakt befolgt werden müssen. Als ebenfalls logische Konsequenz sehe ich keinen Grund, warum der



Ärzeschaft die Abgabe von Medikamenten vorenthalten werden soll. Für mich spricht nichts gegen eine Koexistenz von Ärzten und Apotheken im Bereich der Medikamentenabgabe. Wenn sich ein Arzt diesen Aufwand im Sinne seiner Patienten antun will, dass sollte er es auch dürfen. Wir wissen aufgrund von mehreren Meinungsumfragen ganz genau, dass sich selbst in der Stadt mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten eine Medikamentenabgabe beim Arzt wünscht. Auf dem Land gibt es eine noch viel deutlichere Mehrheit. Wir sollten daher konsequent an einer Lösung dieses Anliegens weiterarbeiten.“

Summa summarum konnte die Medikamentenabgabe direkt durch den Arzt als ein wesentliches Element einer hochwertigen und wohnortnahen medizinischen Versorgung auf dem Land im Rahmen der Diskussion nicht entkräftet werden. Alle Beteiligten auf dem Podium sowie die zahlreich erschienenen Besucher waren sich einig, dass die Befähigung der Ärztinnen und Ärzte kein Problem darstellt und Patientinnen und Patienten einen enormen Vorteil hätten, wenn eine Auswahlmöglichkeit der Stellen gegeben wäre, die Medikamente abgeben dürfen. Aus diesem Grunde ist auch zu erwarten, dass sich die Ärztekammer für Niederösterreich auch weiterhin dieses bundesweiten Themas annimmt.