

Brief des Präsidenten

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

von Christian Euler

Burn-out in aller Munde. Die NÖ-Ärztammer legt eine Studie vor, in der sich die Hälfte der KassenvertragsärztInnen zur konkreten Sorge, von Burn-out betroffen zu sein, bekennt. Die Universität Innsbruck berichtet in einem Studienergebnis des Psychiaters Univ.Prof. Johannes Kinzl, dass ein Viertel der IntensivmedizinerInnen akut Burn-out gefährdet sei.

Wieder lenken Studienergebnisse unsere Aufmerksamkeit auf Selbstverständlichkeiten, ähnlich der Daten gestützten „Erkenntnis“, dass der Mensch in seinen letzten Lebensjahren die meisten Sozialversicherungsleistungen verbrauche.

„Diese Reform basiert auf dem Misstrauen der Bürokraten und hat nur ein Ziel: Einsparung“. Seit Jahren trommelt der Hausärzterverband diesen Standpunkt.

Wer echte Einsparungen erreichen will, muss am Personal sparen, wer am Menschen spart, spart an der Menschlichkeit.

Zwischen der publizierten Realität und der von den Betroffenen erfahrenen Realität quillt Zynismus hervor. „Die zynische innere Distanzierung von Kollegen, Patienten und Arbeitsaufgaben“ sei ein wesentliches Burn-out-Symptom bei Ärzten, erklärt uns Studienautor Kinzl. Ist das nicht auch ein typischer Wesenszug der laufenden Gesundheitsreform?

Teams für Übergangspflege sind in den Spitälern installiert, werden medial als Manager der Schnittstelle intra-extramural gepriesen. Dennoch werden hilflose Patienten ihren pflegenden Angehörigen um 0:30 Uhr mit der Rettung aus der Krankenhaustagesaufnahme nach Hause gebracht, wenn es für das System effizient ist.

Seit einigen Jahren hat das Wiener Krankenhaus der Barmherzigen Brüder ein Pflegekonzept etabliert, bei dem der Pflegebedarf der Patienten einzelner Abteilungen die Zuteilung des Pflegepersonals bestimmt. Die Pflegeperson hat keine feste Stationszugehörigkeit mehr, sondern wird je nach „Belag“ notfalls täglich neu zugeteilt. Ein auf den ersten Blick bestechendes System, das auf den zweiten Blick ständig zu 100% belas-

tete Pflegekräfte erkennen lässt. „Ruhigere Tage“ gibt es nicht mehr, höchstens weniger Personal.

Eine ähnliche „Aufwertung“ erfährt derzeit der Pflegebereich des Krankenhauses Güssing. Patienten werden nicht Abteilungsspezifisch zugeordnet, sondern nach ihrer Pflegebedürftigkeit. Nicht ohne Stolz berichtet „INTRO“, die Zeitung der Burgenländischen Krankenanstalten-Gesellschaft m. b. H. darüber.

Eine Intensivstation, eine Überwachungsstation für Patienten mit hohem Pflegeaufwand, eine Normalstation und eine Tagesklinik bieten jedem die passende Betreuung und sichern dem Dienstgeber ununterbrochen zu 100% belastete Dienstnehmer. „Vorhandene Personalressourcen werden effektiver eingesetzt“ nennt das eine Hochglanzüberschrift.

Die Leiterin des Wiener Burn-out-Centers Frau Univ. Doz. Dr. Margot Schmitz warnt: „Wer im Burn-out steckt, erkennt es tatsächlich oft selbst nicht - er sucht vielmehr Hilfe, um seine Leistungsfähigkeit noch weiter nach oben zu schrauben“. Ist es nicht zynisch, wenn der Arbeitgeber durch seine effektiven Organisationsformen gerade diese Hilfe bereitwillig anbietet? „Gerade hoch qualifizierte Dienstnehmer sind dem größten Risiko ausgesetzt“ hält Dr. Schmitz fest.

Abteilungsleiter mit sozialer Kompetenz, laut Psychiater Kinzl wesentliche Schützer vor pathogener Überforderung, die sich für die Interessen ihres Teams den Interessen des Dienstgebers entgegenstellen werden existenziell vernichtet. Auch dies ein unverzichtbarer Bestandteil effizienten Managements. „Er hat die Interessen seiner Abteilungsärzte mehr vertreten als die Interessen der Krages“, ließ deren Geschäftsführer Mag. Frech als Erklärung für die fristlose Entlassung des Anästhesie(!)primars des Krankenhauses Oberwart, unseres Kollegen Günter Ranfl, über die Medien wissen.

Und als Parallellfall mit deutlich geringem wirtschaftlichem Vernichtungspotential dürfen wir die Entlassung des Wiener Pflegeombudsmannes sehen, der sich an der Wahrheit orientierte, anstatt die herbei gewünschte Realität zu stützen.



Ich muss Ihnen die Gründe der „emotionalen Erschöpfung“ der Kollegenschaft des niedergelassenen Bereiches nicht ausführen. Qualitätskontrolle ist Vertragsarztkontrolle, ABS und in Zukunft elektronisches Rezept sind die Basis geplanter Rationierung, ELGA ist das Ende des Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnisses, das neben dem „Lieferantenverhältnis zum Vertragspartner“ keine Berechtigung mehr hat. „Depersonalisierung“ heißt das Zauberwort.

„Distanzierung von Kollegen, Patienten und Arbeitsaufgaben“ als Voraussetzung dafür, ein guter Vertragsarzt zu sein. Hier denken wir an den ambitionierten Lehrpraxisleiter Michael Wendler und seine Theorie über die Ungeliebtheit der Lehrpraxen. Ihre Absolventen sind systemuntauglich. Burn-out ist geradezu Voraussetzung für den Erfolg einer zynischen Gesundheitsreform.

Seit Jahren kompromissfreudige Ärztekammern werden auch hier adäquat zu reagieren wissen. Mit teuren Seminaren zur Stressbewältigung, und wenn der Vertragspartner verständnisvoll ist, akzeptiert er sie als Fortbildungsurlaub-würdige Veranstaltungen.

„Wir müssen festhalten, dass Burn-out insgesamt ein gesellschaftlicher Skandal ist und in den meisten Fällen wenig mit persönlicher Schuld zu tun hat“ formuliert Univ.Prof. Dr. Ulrich Kropiunigg vom Institut für Medizinische Psychologie der Universität Wien im Magazin für Notfall und Intensivmedizin.

Die Aufgaben der neu gewählten Standsvertretungen werden komplexer Natur sein, Anforderungsprofile spielten aber bei den Funktionärswahlen eine untergeordnete Rolle... Vergleichen Sie dazu bitte die Stellungnahme des deutschen Ärztetages zur elektronischen Gesundheitskarte (www.hausaerzteverband.at „e-health“).

Dr. Christian Euler

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

Brief des NÖ Ärztekammerpräsidenten

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

von Christoph Reisner

Erstmals steht ein Wahlarzt und Spitalsarzt an der Spitze der Ärztekammer für Niederösterreich, erstmals seit langer Zeit kommt der Präsident nicht aus den Reihen des Überparteilichen Ärztevereins. Aus Sicht der Koalition und auch aus meiner Sicht stellt diese Entwicklung einen Meilenstein in der Kammerpolitik in Niederösterreich dar, gleichzeitig eine große Chance aber auch eine große und verantwortungsvolle Aufgabe.

Möglich wurde meine Präsidentschaft durch eine gemeinsame Koalition, in der alle Gruppen der Ärzteschaft vertreten sind: Ärztinnen und Ärzte mit Kassenvertrag, Wahlärztinnen und Wahlärzte, Spitalsärztinnen und Spitalsärzte.

Ich habe mich bereits in der Vollversammlung für das überwältigende Vertrauen bedankt und möchte dies an dieser Stelle nochmals wiederholen.

Danke an Dr. Karl Ischovitsch als Fraktionsführer der Vereinigten Ärzte. Er hat in den letzten vier Jahren konsequente, gute Arbeit als Leiter der Ausbildungskommission geleitet und wurde in dieser Funktion auch für die Zukunft bestätigt.

Danke an die Gruppe ARGUS unter Dr. Sattler, der für mich eine Garantie für eine mögliche Vergangenheitsbewältigung darstellt sowie für eine zukunftsorientierte Kammerpolitik in den nächsten Jahren.

Einen besonderen Dank verdient die Gruppe der NÖ Kassenärzte (vormals Hausärzterverband) für faire Zusammenarbeit in der Vergangenheit trotz aller kontroversiellen Meinungen und für den Mut, mit der Gruppe der Wahlärzte eine Koalition zu wagen. Da auch im niedergelassenen Bereich die Kooperation zwischen diesen beiden Gruppen gut funktioniert, sollte dies auch innerhalb der Kammer möglich sein.

Dr. Gerrit Loibl als Fraktionsführer der Spitalsärzte NÖ verdient meine besondere Hochachtung. Ihm wurden nach der Wahl zahlreiche bedeutende Positionen angeboten, die Verbindungen zwischen ÜPAV und Land vermuten lassen. Er hat persönliche Interessen bewusst in den Hintergrund gestellt, alle Angebote ausgeschlagen ist als standhafter Zinnsoldat der Koalition erhalten geblieben.

Alle Mitstreiter meiner Fraktion Wahlärzte und Mittelbau NÖ verdienen ein Danke für den Rückhalt in schweren Zeiten, in denen man mich aus der Kammerpolitik mit allen Mitteln verdrängen wollte, sowie für tatkräftige Unterstützung bei der Entwicklung des Wahlprogramms.

Ich bin seit 1999 in der Kammerpolitik tätig, sowohl 1999 wie 2003 wurde der Präsident mit sehr knapper Mehrheit gewählt. Hier ist eine Veränderung eingetreten, da die Koalition über eine deutliche Mehrheit in der Vollversammlung verfügt. Dies stellt eine Garantie für eine breite Interessensvertretung der gesamten Ärzteschaft ohne Benachteiligung einer einzelnen Gruppe dar.

Anders als in den vergangenen beiden Funktionsperioden gestalteten sich auch die konstruktiven Koalitionsgespräche. Diese waren geprägt von Sachthemen, der Entwicklung von strategischen Zielen für die Zukunft und nicht von Feilschen um Positionen.

Einzelne (unkorrekte) Medienmeldungen unmittelbar nach der konstituierenden Vollversammlung lassen vermuten, dass gewisse Personen noch nicht realisiert haben, dass der Wahlkampf vorbei ist und Querschüsse an die Kammerführung wenig Aussicht auf eine hohe Trefferquote haben werden.

Ich habe dieses Amt bewusst angestrebt um das zukünftige Gesundheitssystem für die gesamte Ärzteschaft aktiv mitzugestalten. Einige wesentliche Aufgaben für die Zukunft möchte ich herausgreifen. Es ist dies zunächst die Bewältigung der Vergangenheit in einigen Teilbereichen der Ärztekammer. Dies betrifft insbesondere den Wohlfahrtsfonds. Hier ist es notwendig, diesen zukunftsorientiert zu gestalten und allenfalls Änderungen in die Wege zu leiten. Gleichzeitig muss man erheben, ob und welche Unregelmäßigkeiten



Foto: Tschank - Wiener Neustadt

in der Vergangenheit vorgefallen sind, von welcher Dimension diese waren und dann die entsprechenden Schritte einleiten. Bisher saß eine Fraktion an vielen strategischen Schalthebeln der Ärztekammer, sodass für die anderen Fraktionen vieles nicht transparent war. Vollkommen unabhängig, ob tatsächlich Unregelmäßigkeiten vorgekommen sind, macht fehlende Transparenz einfach ein ungutes Gefühl. Über die neue breite Koalition ist es nun erstmals möglich, dass verschiedenen Fraktionen Einschau in alle Abläufe halten können. Dies ist sicherlich glaubhafter, als wenn alles von einer Gruppe kommt, die noch dazu ständig versucht, ihr Handeln zu rechtfertigen. Der Wohlfahrtsfonds ist seit 16 Jahren in den Händen einer Person gewesen, die sich nun plötzlich über die Pensionisten Sorgen macht. Da muss ich mich fragen: „Was hat diese Person in den letzten 16 Jahren gemacht, dass sie jetzt plötzlich so besorgt ist?“

Mir geht es dabei in erster Linie darum, dass der Wohlfahrtsfonds seine Funktion als Altersabsicherung der Beitragszahler auch in Zukunft wahren kann. Und zwar sicher, gerecht und wertgesichert. Ich kann die gezielt verbreitete Vermutung einiger meiner Gegner, dass unter meiner Führung eine

„Umschichtung zu den kleineren Beitragszahlern“ zu befürchten sein wird, nur energisch zurückweisen.

Zwei weitere Sachthemen sind speziell den niedergelassenen Kassenärzten ein dringendes Anliegen. Einerseits müssen wir gemeinsam ein von allen Gruppierungen getragenes faires und ethisch korrektes Praxisübergabemodell entwickeln. Ansätze in diese Richtung sind bereits vorhanden, haben aber in den vergangenen Jahren kein Gehör gefunden.

Es geht hierbei auch nicht, wie immer wieder fälschlich kolportiert, darum, dass Jungärzte (die als Angestellte oder Wahlärzte klassischerweise aus meiner Wählergruppe stammen) einen möglichst billigen Kassenvertrag bekommen. Es geht mir ausschließlich darum, dass Modelle mit Vorteilen für Übergeber, Übernehmer und Patientenschaft entwickelt werden, die es in der Zukunft überhaupt noch ermöglichen werden, eine

Ordination auf gutem technischem Stand mit gesicherten, nachvollziehbaren und fairen Übergabemodalitäten zu erhalten.

Ein nächstes dringendes Anliegen ist das Etablieren von Kooperationsmodellen, die für niedergelassene Kassenärzte, deren Patienten und auch für die Sozialversicherungsträger sinnvoll und akzeptabel sind. Auch hier liegen die Rohkonzepte in der Schublade.

Man darf dabei nicht vergessen, dass es die Kammerführung in den vergangenen Jahren nicht geschafft hat, in dieser Angelegenheit auf den Hilferuf der niedergelassenen Kassenärzte zu reagieren, obwohl die gesetzlichen Rahmenbedingungen seit längerem vorhanden sind. Wir werden unter Beteiligung ALLER Ärzteguppen solche Modelle im Detail ausarbeiten, vorstellen und auch mit Nachdruck einfordern.

Weiters muss es der Ärztekammer gelingen Leadership im Gesundheitswesen zu

erlangen. Ärztinnen und Ärzte haben als einzige Berufsgruppe DIE Kernkompetenz im Gesundheitssystem, diese Kompetenz muss auch transportiert werden. Eine meiner Kernaufgaben wird es jedoch sein, ein Auseinanderdriften der Kurien zu verhindern.

Der Interessensausgleich zwischen allen ärztlichen Berufsgruppen ist mir ein vordringliches Anliegen, ich appelliere an die Führungsmannschaft beider Kurien, den Konsens in den Vordergrund zu stellen und in der Vergangenheit aufgerissene Gräben zuzuschütten.

Ich werde mich in Zukunft für die gesamte Ärzteschaft mit derselben Kraft einsetzen, wie ich es in den letzten Jahren für die Wahlärzteschaft getan habe.

Ihr neuer Präsident

Christoph Reisner

Nach der Kammerwahl

von Christian Euler

Am Mittwoch dem 9. Mai trafen sich die neu- und wiedergewählten Kammerräte der burgenländischen Ärztekammer zur konstituierenden Vollversammlung.

Um gleich die Ergebnisse zu berichten: Dr. Milan Kornfeind wurde mit sieben gegen fünf Stimmen neuerlich zum Kurienobmann der niedergelassenen ÄrztInnen gewählt. Die Mandatare der Wahlgemeinschaft der Überparteilichen mit dem Hausärzterverband versagten dem Langzeitkurienobmann ihre Zustimmung.

Kornfeinds Fraktionskollegin, Frau Dr. Winhofer, Internistin aus Mattersburg, in der Vorwahlzeit als Repräsentantin für Fraueninteressen und Hoffnungsträgerin für Erneuerungswillige von der Vereinigung ins Rennen geschickt, hätte die Unterstützung der kornfeindkritischen Wahlgemeinschaft bekommen, also die Chance gehabt einstimmig gewählt zu werden, lehnte das Angebot Kurienobfrau zu werden aber als „zu früh“ mit einem „Bekanntnis zu Milan K.“ ab. Der Pensionistenvertreter OMR Dr. Kapper unterstützte mit seiner Stimme die

offensichtlich auf Kornfeind eingeschworene Vereinigungsriege.

In der Kurie der Angestellten ÄrztInnen wurde Dr. Renner, Oberarzt der chirurgischen Abteilung im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, mit den Stimmen der Vereinigungsmandatare Kurienobmann. Die fünf Vertreter der Überparteilichen versagten auch hier ihre Zustimmung.

Diesen Abstimmungen ging die Brückierung der niedergelassenen Ärzteschaft voraus. Die Vereinigungsmandatare der Kurie der niedergelassenen ÄrztInnen verzichteten unter der Regie ihres Altfunktionärs Milan Kornfeind aus freien Stücken auf die Installation eines Kammerpräsidenten aus den Reihen der niedergelassenen Ärzteschaft. Die Überparteilichen hätten die geforderten 25 Prozent Zustimmung aus der Angestelltenkurie beigebracht und so - aus eigenem Interesse - die Ärztekammer mit größerer Distanz zu den Gesundheitspolitikern des Landes positioniert.

Dem, mehr als ein Jahrzehnt langen, Bemühen, wieder einen niedergelassenen Arzt als Präsidenten zu installieren, wäre 2007 durch den Wahlerfolg der Überpar-

teilichen (im Angestelltenbereich und im niedergelassenen Bereich in Wahlgemeinschaft mit dem Hausärzterverband) Erfolg beschieden gewesen.

Nach dem Tod unseres Altpräsidenten Helderstorfer, der einer monolithischen Einheitsfraktion aller burgenländischen Spitäler vorstand, und dessen Wiederwahl 2002 nachweislich im letzten Moment mit einer, unter massivem politischem Druck aus der Landesregierung, einem angestellten Kollegen abgerungenen Stimme, gerettet wurde, empfahlen sich heuer wieder mehrere Fraktionen der Kollegenschaft als Interessensvertreter.

Als Listenführer der Überparteilichen formulierte Primarius Günther Ranfl Anfang des Jahres in seinen Aussendungen die Unzufriedenheit vieler SpitalsärztInnen mit der burgenländischen Spitalspolitik. Am Freitag, dem 30. März, wurde Dr. Ranfl, wie berichtet, als Leiter der Anästhesieabteilung Oberwart fristlos entlassen, was demnächst das Arbeitsgericht beschäftigen wird (siehe Beitrag Dr. Popper, Seite 36). Ein in den Medien vom Repräsentanten des Dienstgebers KRAGES formulierter Entlassungsgrund war „sich für die Inter- ➔

essen der Abteilungsärzte mehr eingesetzt zu haben, als für die Interessen der Krages“. Ernsthafte Interessensvertretung ist für landesangestellte Kolleginnen und Kollegen im Burgenland derzeit offensichtlich ein existenzbedrohendes Engagement. Dennoch wählte die Vollversammlung Dr. Michael Lang, chirurgischer Oberarzt des KRAGES-Krankenhauses Oberpullendorf, zum neuen Kammerpräsidenten.

Als liebenswürdiger Arzt ist mir Dr. Lang aus den Erzählungen vieler meiner Patienten seit Jahren bekannt, standespolitisch blieb er für mich in dreißigjähriger, aufmerksamer Kammerzugehörigkeit ein unbeschriebenes Blatt. Sein Gegenkandidat, Dr. Jürgen Prochaska, ehemaliger Vizepräsident, ehemaliger Kurienobmannstellvertreter, langjähriges Mitglied des Kassenverhandlungsausschusses, zuletzt mutiger Streiter an der Seite Dr. Ranftls, blieb ohne Mehrheit. Stattdessen belastete die Vereinigung einen, dem ungehemmten

Zugriff der Landespolitik ausgelieferten, liebenswerten, aber mit dem standespolitischen Handwerkszeug nicht ausgerüsteten, Kollegen mit einer, seine Existenz bedrohenden, Aufgabe.

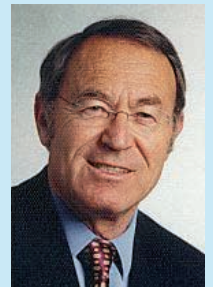
Meine persönliche, schriftliche Anfrage an die Kurienkollegen über die zu Grunde liegenden Motive dieser Wahlentscheidung blieb bis auf eine Ausnahme ungehört. Kollege Schiefl, ein neu gewählter Kammerrat und nunmehr Finanzreferent, stellte jedes politische Kalkül in Abrede, hält das Amt der Präsidenten für die Arbeitsmöglichkeiten der Kammer nicht für das Wichtigste und erhofft sich von der jetzt etablierten Konstellation eine besonders gedeihliche Zusammenarbeit zwischen den Kurien. Genau diese Zusammenarbeit war den Überparteilichen Frontmännern, Prochaska und Ranftl, ein wesentliches Wahlkampfthema, immerhin ist ihre Fraktion kurienübergreifend mit 10 Vollversammlungsmitgliedern die stärkste der Kammer.

DAS „BURGENLÄNDISCHE“ OFFENE WORT

Leserbrief von Lutz E. Popper

Götter in Weiß

So nennt der Geschäftsführer der Burgenländischen Krankenanstalten, der KRAGES, die ihm unterstellte Ärzteschaft. Ganz was Neues. Selbst ein „Halbgott in Zivil“ von politischen Gnaden, widerspiegelt seine Verbalattacke die komplette Verdrehung der tatsächlichen Stellenwerte in unserer heutigen Spitalslandschaft. „Gott“ ist dort nämlich, wer das Geld verwaltet, nicht wer das medizinische Wissen hat.



Und besonders pikant ist, dass er diesen Terminus im Zusammenhang mit der autoritär anmutenden Entlassung eines dieser sogenannten „Götter“, des oberwarter Primararztes Dr. Günter Ranftl verwendet. Eine Nacht- und Nebelaktion ist da abgelaufen, die eines demokratisch regierten Landes unwürdig ist. Eine kalte Demonstration der Macht, wie sie in entwickelten Gesellschaften nicht üblich ist.

Der Anlass war nichtig. Der Geschäftsführer der KRAGES, Mag. Frech, kann oder will bis heute keinen für den betroffenen Arzt und für die Spitalsbediensteten plausiblen, rechtlich relevanten Grund für diese unfassbare Vorgangsweise nennen. Der reichlich spät nachgelieferte Rechtfertigungsversuch: Ein pornografisches Bild, geladen auf einen Computer, der dem ganzen Institut und allen EDV-Administratoren der KRAGES zugänglich ist!

Wenn also ein KRAGES-Dienstnehmer, der sich noch nie etwas hat zuschulden kommen lassen, plötzlich in ehrverletzender Form aus dem Krankenhaus Oberwart eskortiert wird, kann das nicht gut tun. Wollte man damit den anderen Spitalsärzten vorführen, was auch sie im Falle einer kritischen Äußerung zu erwarten hätten? Versteht denn hierzulande niemand, dass so sensible Institutionen wie Spitäler ohne respektvoll-menschliche Behandlung der Dienstnehmer nicht funktionieren können?

Nach außen versucht sich Burgenlands Gesundheitspolitik als zeitgemäß und fortschrittlich darzustellen, unterwirft aber in den letzten Jahren jede Entwicklung dem Primat der Ökonomie. Wer sich dem nicht schweigend beugt, wird als Gegner wahrgenommen, den es möglichst zu eliminieren gilt. Ranftl ist nicht der einzige kritische Geist, aber im Augenblick die leichteste Beute. Erst kurz im Burgenland, keine Lobby, schmachtvoller Vertrag.

Die KRAGES, diese KRAGES, ist ja überhaupt eine Fehlkonstruktion seit ihren Anfängen. Die Ökonomisierung der Krankenanstalten – namentlich das, was Nichtmediziner eben darunter verstehen – sowie die Ausschaltung der Ärzte und des Pflegepersonals aus so gut wie sämtlichen medizinischen Entscheidungsprozessen, sind der Geist, aus dem sie geboren wurde. Humanität, Toleranz oder auch nur Verständnis für die Mitarbeiter vermissen wir.

Das Fehlen jeder Information von sämtlichen Betroffenen, nicht nur des Spitalspersonals, nein, auch der Bevölkerung, bei allen gesundheitspolitischen Entscheidungen, ist ein Charakteristikum dieses Konstrukts. Wir Ärzte jedenfalls, erfahren von gesundheitspolitischen Vorhaben allzu oft nur aus den Medien – und das in der Regel erst zu einem Zeitpunkt, wo jede korrigierende Einflussnahme, so wichtig sie wäre, zu spät kommt.

Wir sind nämlich überzeugt davon, dass, wo Entscheidungen fallen, die Gesundheit und Leben eines jeden Bürgers betreffen, auch jene Fachleute einbezogen werden müssen, die wissen, was Krankheit ist, was in einem Krankenhaus abläuft, was die Patienten brauchen. Geringschätzung der Mitarbeiter und Bürokratisierung im Übermaß hingegen, sind Hauptauslöser des zunehmenden Burn-outs in unseren Spitälern. Kommunikationsverweigerung, Psychoterror statt Supervision – Unternehmenskultur stellen wir uns anders vor!

Wir sind auch selbstbewusst genug zu glauben, dass nicht auswärtige Spezialisten noch so hoher Qualität allein darüber entscheiden können, was die spezifischen Notwendigkeiten sind in diesem Land, in dem wir Ärzte und Krankenpfleger uns medizinisch und sozial zuhause fühlen, dessen Menschen wir kennen, lieben und seit Jahrzehnten betreuen!

Gesetzesänderungen, welche die Krankenanstalten, ihre Führung, ihr Leistungsangebot und ihre Organisation betreffen, wurden in letzter Zeit meist ohne Einbindung des Krankenhauspersonals, man kann sogar sagen zu Lasten dieser Mitarbeiter, durchgezogen. Organisationsmängel und der Umgang eines Rechtsträgers mit seinen Bediensteten schlagen direkt, unvermittelt, in voller Wucht auf die Schwächsten in dieser Hierarchie durch – auf die Patienten.

So weit wir die für uns praktisch undurchschaubaren Vorgänge um unseren Kollegen Dr. Ranftl beurteilen können, die sich natürlich nicht zufällig im Hintergrund abspielen, scheint wieder einmal das Zusammenlegen von Abteilungen bzw. Instituten im Zentrum ökonomischen „Fortschrittsdenkens“ zu stehen.

Zusammenlegung von Abteilungen, die 40 (!) und mehr Kilometer voneinander entfernt sind, unter eine Leitung, ist ja im Augenblick ein Lieblingsspiel auf dem grünen Tisch. Es käme billiger, ist das in jeder Hinsicht falsche Argument, denn das wichtigste Kriterium, die Qualität, bleibt dabei auf der Strecke. Wenn künftig gesundheitspolitisches Dumping betrieben wird, so kann nur, darauf machen wir immer wieder aufmerksam, gesundheitspolitischer Rückschritt die Folge sein. Noch gelingt es den engagierten Mitarbeitern der Spitäler den Standard zu halten. Noch.

Zur Durchsetzung rein ökonomisch ausgerichteter Ziele oder welcher anderer auch immer, ist die inhumane Ausschaltung eines vielleicht wirklich kritischen, bislang aber durchwegs als anständig aufgefallenen Arztes, mittels juristisch nicht begründeter Entlassung, ein ungeheurer Akt. Zutiefst erschreckend. Und solange kein triftiges Argument dafür offengelegt wird, halte ich es für meine und jedes anständigen Menschen Pflicht, dagegen aufzustehen.

Meine Herrn von der hohen (Gesundheits)Politik dieses Landes: Finden sie es, jetzt einmal ganz allgemein, wirklich für gerechtfertigt, mit Menschen so umzugehen? Einen unbescholtenen fünfzigjährigen Arzt existenziell zu bedrohen mit dem Argument des Herrn Frech, er hätte die Interessen seiner Ärzte und seines Institutes – und das heißt natürlich die der Patienten – vor jene der KRAGES gestellt?

Wäre nicht der richtige Weg eher jener, positive Kritik eines Dienstnehmers, der sich für die ihm übertragene Aufgabe und für sein Personal einsetzt, durch Verleihung eines Landesordens zu belohnen? Gerade jene kritischen Landesbürger nämlich, die Führung als verantwortliche Teamarbeit verstehen und nicht als autoritäre Spielwiese, sind die Garanten für Burgenlands Zukunft.

wirkl. Hofrat Prim. a. D. Dr. Lutz E. Popper

Facharzt für Urologie

Kantgasse 7, 7400 Oberwart

T: 0699/103 205 34

e-Mail: l.popper@aon.at oder office@lutzpopper.at

www.lutzpopper.at

Klaus Firlei

Verdeckte Rationierung durch „kranke Kassen“

Das österreichische Gesundheitssystem gerät in flottem Tempo in eine Phase hoher Instabilität. Einnahmen und Ausgaben befinden sich in einem gefährlichen Ungleichgewicht. Dem erfreulichen medizinischen Fortschritt, einer schnell alternden Gesellschaft, massiv erweiterten Behandlungsmöglichkeiten und neuen Behandlungsfeldern, etwa dem Anwachsen psychischer Krankheiten, stehen eher dürftige Einnahmewachse gegenüber. Blickt man in die Zukunft, dann wird sich diese Diskrepanz wohl dramatisch vertiefen.



Wenn die Politik diesen Prozessen weiterhin tatenlos zusieht, dann ist Rationierung vorprogrammiert. Das österreichische Krankenversicherungsrecht garantiert zwar jedem eine bedarfsgerechte Versorgung mit allen notwendigen medizinischen Leistungen am aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft, aber die Kassen verfügen über keine Beitragsautonomie, es gibt keine Staatshaftung für die Defizite, die Spielräume für Beitragserhöhungen sind eng und eine Erhöhung der Selbstbehalte will niemand politisch verantworten.

Was zu tun wäre: Primärprävention konsequent vorantreiben, Allgemeinmediziner als Basisinstitution zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens einsetzen, Schnittstellenverluste beseitigen, die Eigenverantwortung des Patienten für seinen Lebensstil stärken, aber auch die Finanzierung so dynamisieren, dass sich die Einnahmen am Bedarf orientieren, also dem medizinischen Fortschritt und den Fallzahlen anpassen. Österreich geht derzeit aber leider einen ganz anderen, äußerst bedenklichen Weg: den der verdeckten Rationierung. Es entspricht der österreichischen politischen Un-Kultur der Verdrängung und des Herumlavierens, dass es niemand wagt, die Verantwortung für Rationierung und damit „Zwei-Klassen-Medizin“ (Priorisierung von Leistungen) zu übernehmen. Die Rationierung wird nach unten verlagert, also an Akteure delegiert, die nicht in der Lage sind, die Gesamtentwicklung zu steuern. Als treibende Kraft fungieren dabei die „kranken Kassen“, die den Mangel verwalten, organisieren und – wenn möglich – auch noch kaschieren sollen. Sozusagen mit dem Rücken zur Wand stehend, betreiben sie schon seit Jahren auf sehr subtile Weise eine heimliche Rationierung: durch Limitierung von ärztlichen Leistungen, durch prohibitive Tarifgestaltungen, durch einen immer stärker überhandnehmenden bürokratischen Aufwand bei den Ärzten.

Zunehmende Ökonomisierung der ärztlichen Tätigkeit

Drei neuere Methoden seien hier besonders hervorgehoben, weil sie gefährliche Zukunftsoptionen darstellen könnten:

■ Da wären einmal die Zielvereinbarungen über Heilmittelbudgets. Die Heilmittel-Bewilligungs- und Kontrollverordnung geht in § 10 einen neuen Weg der Ökonomisierung der ärztlichen Tätigkeit. Die ökonomische Verantwortung für die Verschreibung von Heilmitteln wird auf den Arzt verlagert, indem ihm ein verbindliches, an den Einnahmesteigerungen der Kassen orientiertes Heilmittelbudget vorgegeben wird. Der Arzt haftet für jede Überschreitung. An sparsame Ärzte können Bonuszahlungen ausgeschüttet werden. Dieses Modell macht den Arzt zum



verlängerten Arm ökonomischer Interessen. Für den Patienten wird das Verschreibverhalten undurchschaubar. Der bestehende Rechtsschutz wird auf kaltem Wege beseitigt, die Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient unterminiert. Dieses Modell ist zwar derzeit nur in Oberösterreich – in abgeschwächter Form – realisiert. Es könnte sich dabei aber um einen Test für die breitere Einführung von verbindlichen Budgets handeln.

■ Die zweite Methode ist die Einführung einer Priorisierung nach Schwere der Fälle und Einkommen der Patienten. Das ist eine „Innovation“, die mit dem bisherigen System auf eine radikale Weise bricht. Diesen Probelagelpunkt wagte man zwar bisher nur bei der standespolitisch schwachen Gruppe der Psychotherapeuten. Aber die Grundidee des Modells könnte bei Anhalten der Finanzierungsprobleme breiteren Anklang finden. Sozialversicherungsvertreter halten es für verallgemeinerungsfähig. Die Politik findet es dem Vernehmen nach interessant.

■ Eine weitere Gefahr besteht in der Beseitigung der eigenverantwortlichen ärztlichen (Ermessens-)Entscheidungen durch Informations- und Kommunikationstechnik unterstützte Systeme, die einen sofortigen Abgleich der gewählten Therapien mit Behandlungsstandards ermöglichen. Auf diese Weise könnte man – unter dem Vorwand von evidenzbasierter Medizin und Qualitätssicherung – auf elektronischem Weg vermeintliche „Überversorgungen“ ausfiltern. Der „gläserne Arzt“ müsste sich für abweichende Einzelfallentscheidungen umfassend rechtfertigen. Die finanzierten Standards befänden sich sozusagen in einer Art „grünen Box“, und jede Abweichung wäre mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden. Die patientenorientierte Einzelfallentscheidung im Rahmen eines auf Vertrauen

beruhenden Arzt-Patient-Verhältnisses würde dann wegrationalisiert und wegrationiert.

Aus ethischer Sicht sind solche und andere Formen der verdeckten Rationierung die bedenklichste Form einer Leistungseinschränkung. Sie sind intransparent und untergraben den rechtsstaatlich geordneten Zugang der Patienten zu medizinischen Leistungen.

Verdeckte Rationierung ist heute bereits eine Realität. Rechtlich ist sie unzulässig, aber sie wirkt über Mechanismen, die informell und subtil die rechtlichen Garantien unterlaufen. Der Schaden besteht in einem Vertrauensverlust in die Rolle des Arztes und in der Beseitigung des bisherigen Grundsatzes einer am medizinischen Fortschritt orientierten Bestversorgung für alle, unabhängig vom Einkommen.

Durch eine konsequente Gesundheitsreform und eine bedarfsorientierte Finanzierung können solche rechtlich und ethisch höchst problematischen Strategien vermieden werden. Die Ökonomisierung des ärztlichen Berufs sowie eine schematisierende Digitalisierung von Diagnostik und Therapie sind als gesundheitspolitische Optionen strikt auszuschließen.

Univ.-Prof. Dr. Klaus Firlei lehrt im Fachbereich für Wirtschafts-, Arbeits- und Europarecht der Universität Salzburg. Einschlägige Forschungsschwerpunkte: Krankenversicherungsrecht, Gesundheitstrends, Gesundheitspolitik. Seine letzte einschlägige Publikation: Heilmittelverschreibung. Verdeckte Rationierung am Beispiel der Zielvereinbarungen (Manz 2006).

Aus doktorinwien 05/07

Beitrittserklärung:

Ja, ich trete dem ÖHV bei:

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

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



Name

Adresse

Telefon

e-Mail

Unterschrift

Stampiglie

Vom 29.6.- 1.7. ist in Sitzenberg-Reidling wieder



TEICHFEST

www.teichfest.at

Musikalisches Riesenfeuerwerk am Samstag

„Hausarzt in Not“ trifft den Nagel auf den Kopf

Fast 400 Ärzte beteiligten sich an der Fragebogenaktion von ÄRZTEWOCHE und Hausärzterverband

von Michael Dihlmann

Die Schlacht ist geschlagen. Trotz mancher Widerigkeit wie etwa einem kurzzeitig überlasteten Faxgerät ist es uns gelungen, fast 400 Fragebögen von Ärzten auszuwerten, die sich an der Ärztebefragung „Hausarzt in Not“ von ÄRZTEWOCHE und Hausärzterverband beteiligt haben.

Uns ist auch gelungen, die Hauptzielgruppe unserer Befragung anzusprechen. Nämlich zu etwa 93 Prozent Allgemeinmediziner, welche den Hauptteil ihres Einkommens aus Verträgen mit der Gebietskrankenkasse beziehen. So haben sich in Summe nur knapp weniger als sechs Prozent der gesamten Hausärzteschaft in Österreich unserer Befragung zur Verfügung gestellt.

Die Verteilung innerhalb der Bundesländer entspricht fast genau der tatsächlichen Verteilung in Österreich. Die Altersstatistik liegt ebenfalls genau im Trend der uns zur Verfügung stehenden Informationen. Die Altersklasse der Ärzte in den letzten 10 bis 15 Berufsjahren ist deutlich vor den 40- bis 50jährigen am häufigsten vertreten. Auch die klassischen „Landärzte“ lassen sich offenbar durch den Terminus „Hausarzt“ viel eher ansprechen. Mit etwa einem Viertel Hausapothekern unter den Einsendern (etwa 15 Prozent im Österreichschnitt) sowie der Angabe von etwa 60 Prozent der Befragten, sie würden in einer kleinen oder größeren Landgemeinde ordinieren, ist das eindeutig zu belegen.

Wichtig bei der Auswertung war für uns zunächst einmal das Gefühl der Ärzte in Bezug auf die derzeitige finanzielle Situation. Für 74 Prozent der Teilnehmer ist die eigene finanzielle Situation als „durchwachsen“ bis „schlecht“ zu bezeichnen. 61 Prozent unserer Gruppe bezeichnet die Kassenvertragslage als „desolat“ oder „eher schlecht“, lediglich zwölf Prozent als „einigermaßen positiv“ bis „positiv“. Entgegen der Ärztekammertendenz in allen Bundesländern stehen nur sieben Prozent aller von uns Befragten einer Honorarangleichung in den verschiedenen Bundesländern grundsätzlich negativ gegenüber, fast 70 Prozent der Befragten sind sogar vorbehaltlos dafür (23 Prozent „Es kommt darauf an“).

Nun zu den Zahlen, um wie viel das Einkommen nach eigener Einschätzung steigen müsste, um damit zufrieden zu sein. Unser Statistikprogramm wirft hierbei den Wert von 24 Prozent über alle eingesandten Fragebögen aus. Werden hierbei die Hausapotheker extrahiert, stellt man erstaunlicherweise keinen nennenswerten Unterschied fest. Hausapotheker fühlen sich also im gleichen Ausmaß unterbezahlt wie Allgemeinmediziner ohne Hausapotheke.

47 Prozent der Befragungsteilnehmer stehen mit der Aussage „ich habe sie gewählt und stehe auch noch heute dazu“ hinter der Riege der Ärztekammerfunktionäre aus den Wahlen 2003. Sechs Prozent waren damals nicht bei der Wahl, genau einer bereut, die amtierenden Funktionäre nicht gewählt zu haben. Somit verbleiben ebenfalls 47 Prozent in Summe, die „bereuen, die derzeitigen gewählt zu haben“ oder zu recht bemerken, „die derzeitigen nicht gewählt zu haben“. Damit besteht ein sehr ausgeglichenes Verhältnis der Haltung unserer Gruppe zu den Funktionären.

Womit sich ein deutlicher Unterschied zur Kammer an sich ablesen lässt. Nur zehn Prozent halten die Institution der Kammer wie bisher für in Ordnung. Eine überwältigende Mehrheit (45 Prozent) wünscht sich zumindest Reformen, immerhin 30 Prozent eine totale Umgestaltung. Für 13 Prozent sollte die Pflichtkammer abgeschafft werden, immerhin noch zwei Prozent sehen überhaupt keinen Sinn in einer wie auch immer gear-teten Ärztekammer.



Michael Dihlmann

Die durchschnittliche Scheinzahl unserer Ärztegruppe liegt bei 1.050 und damit sicherlich in einer für ganz Österreich repräsentativen Größenordnung. Von den befragten Ärzten verordnen 60 Prozent mehr als drei Viertel ihrer Patienten auch Medikamente. Im Schnitt bekommen zwei von drei Patienten eines oder mehrere Medikamente verschrieben. Der rechnerische Schnitt der Behandlungszeit liegt bei de facto 10,7 Minuten Zeit pro Patient und Behandlung. Wünschenswert aus Sicht der Gruppe sind im Schnitt um 6,1 Minuten oder 57 Prozent mehr als tatsächlich zur Verfügung steht. Die Frage nach der zumutbaren Wartezeit nivelliert sich im Schnitt mit knapp 30 Minuten exakt beim durchschnittlichen tatsächlichen Wert.

Erstaunlich ist die Resonanz auf die Frage, wie man nach Einschätzung unserer Ärzte Politiker und Patienten zu einer umfangreicheren Systemänderung motivieren könne. Stolze 50 Prozent sprechen sich für Ärztestreiks aus, 64 Prozent für die harmlosere Variante einer geeigneten Medienpolitik. Ganze 25 Prozent halten Informationen in den Ordinationen für zielführend, 28 Prozent wünschen mehr Information durch die Ärztekammer. Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen genauso möglich wie eigene Vorschläge. Immerhin acht Prozent haben ein eigenes Rezept parat, wie man die Veränderung herbeiführen soll. Populärste Ansicht war hierbei die „Kündigung von Kassenverträgen“.

Die ersten beiden „aktuellen“ Fragen im Rahmen unserer Ärztebefragung „Hausarzt in Not“ befassen sich mit dem Problem ELGA und Verschwiegenheit. So können derzeit noch knapp 65 Prozent der Teilnehmer ihren Patienten Verschwiegenheit garantieren. Mehr als 81 Prozent lehnen jedoch die Einführung der ELGA in ihrer derzeit geplanten Form ab. Ein ähnliches Bild zeichnen die Ärzte von der E-Card. Gerade einmal 19 Prozent geben an, Zeit durch den Betrieb der E-Card zu sparen. Bei der Frage nach den Zusatzkosten herrscht noch größere Einigkeit bei den Ärzten. 97 Prozent der Befragten gaben an, durch die E-card (unabgeholte) Zusatzkosten zu haben.

Knapp die Hälfte unserer Ärzte hat zwei bis vier ABS-Fälle pro Ordinationstag zu bewältigen. Jeweils etwa 20 Prozent haben einen beziehungsweise „fünf bis zehn“ Fälle pro Tag in ihrer Klientel. Rein statistisch ergibt sich ein Wert von 3,8 ABS-Fällen



pro Tag über unsere Hausärztezielgruppe. Während immerhin 28 Prozent dieser Ärzte die Arbeit im Zusammenhang mit dem ABS an die Assistentinnen delegieren, werden 72 Prozent selbst tätig. Hierbei geben immerhin 51 Prozent der Befragten an, entweder „bis zehn Minuten“ oder „mehr als zehn Minuten“ im Schnitt pro Fall zu benötigen, das natürlich inklusive aller Zeiten für Telefonate und Recherchen. Der rechnerische Schnitt beträgt 5,9 Minuten Zeit pro ABS-Fall.

Ein kleines Rechenspielchen bringt die Auswirkungen auf Organisation und Finanzen gnadenlos ans Tageslicht: Mit 22 Minuten im Schnitt pro Tag, multipliziert mit einem einer hausärztlichen Ordination angemessenen Stundensatz von 200 Euro für Infrastruktur samt aller Nebenkosten ergibt sich ein Betrag von etwa 75 Euro täglich, die der durchschnittliche niedergelassene Allgemeinmediziner gratis für die Bewältigung von ABS zur Verfügung stellen muss. Dass der Patient zur Bewilligung nicht mehr laufen muss, kostet in Summe also mehr als 12.000 Euro pro Ordination und Jahr und damit stolze 90 Millionen Euro in Summe aller Hausärzte.

Dass der Patient nicht mehr laufen soll, ist zwar bei den Bewilligungen erfolgt, bei

Aus unserer Fragebogenauswertung ist eindeutig zu erkennen, dass sich Hausärzte in Österreich im Schnitt unterbezahlt fühlen und (dadurch) auch ein latentes persönliches finanzielles Problem haben. Die Zeit für den einzelnen Patienten wird als dramatisch zu kurz eingeschätzt. Die ELGA in der geplanten Form wird abgelehnt, großen Zuspruch haben die Themen „Dispensierrecht für Ärzte“ sowie „Honorarangleichung in den Bundesländern“. Der Großteil der Befragten gab an, durch die E-Card keine Zeit zu sparen, aber höhere (unabgeholte) Kosten tragen zu müssen. Alleine der nicht abgeholte Zeitaufwand für die Bearbeitung der ABS-Fälle dürfte nach unseren Schätzungen 90 Millionen Euro pro Jahr nur bei den Hausärzten betragen. Doch wie können die Probleme gelöst werden? Während immerhin die Hälfte der befragten Ärzte den Kammerfunktionären Maßnahmen in diese Richtung zutraut, ist die Einstellung zur Kammer an sich sehr negativ. Unter den „Kampfmaßnahmen“ ist der Ärztestreik am beliebtesten, immerhin knapp zwei Drittel unserer Gruppe könnten sich damit anfreunden.

der Medikamentenabgabe jedoch noch lange nicht der Fall. Unsere Ärzte würden das sehr gerne ändern. Ganze sieben Prozent der Befragten halten nichts von einem Dispensierrecht für Ärzte, 93 Prozent sind für eine der verschiedenen derzeit in den Bundesländern andiskutierten Ausprägungen.

Hausapotheker, die als erfahrene Medikamentenabgeber die Vorteile für den Patienten sicherlich sehr gut abschätzen können, sind zu 96 Prozent für ein Dispensierrecht für Ärzte. Bemerkenswert ist, dass innerhalb der Befürworter fast 45 Prozent sogar für ein generelles und uneingeschränktes Dispensierrecht für niedergelassene Ärzte sind. So abstrakt, wie das gerne von Apothekerseite gesehen wird, können die verschiedenen Vorschläge also nicht sein.

Michael Dihlmann, ÄRZTEWOCHE, Tel.: 0664/1449894, e-Mail: michael@dihlmann.at

Teveten Plus – Filmtabletten: Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge): Eine Filmtablette enthält 600 mg Eprosartan (als Mesilat) und 12,5 mg Hydrochlorothiazid. **Anwendungsgebiete:** Essentielle Hypertonie. Teveten Plus ist bei Patienten indiziert, deren Blutdruck mit Eprosartan alleine nicht ausreichend kontrolliert ist. **Gegenanzeigen:** Bekannte Überempfindlichkeit gegen Eprosartan, Hydrochlorothiazid, Sulfonamide oder gegen einen der Hilfsstoffe. Schwangerschaft und Stillzeit. Schwere Leberfunktionsstörungen. Schwere Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance < 30 ml/min). Therapieresistente Hypokaliämie oder Hyperkalzämie. Obstruktive Gallenwegserkrankung. Symptomatische Hyperurikämie/Gicht. **Hilfsstoffe:** Filmtablettentkern: Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, vorverkleisterte Stärke, Crospovidon und Magnesiumstearat. Filmüberzug: Hypromellose, Titandioxid (E171), Macrogol 400, Eisenoxid gelb (E172) und Eisenoxid schwarz (E172). **Zulassungsinhaber:** SOLVAY PHARMA Ges.m.b.H., 3400 Klosterneuburg. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Angiotensin-II-Antagonisten und Diuretika. **ATC-Code:** C09DA02. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Teveten 600 mg – Filmtabletten: Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge): Eine Filmtablette enthält Eprosartanmesilat entsprechend 600 mg Eprosartan. **Anwendungsgebiete:** Eprosartan ist angezeigt zur Behandlung des essentiellen Bluthochdrucks. **Gegenanzeigen:** Bekannte Überempfindlichkeit gegen Eprosartan oder einen der Hilfsstoffe. Schwere Leberfunktionsstörungen. Schwangerschaft und Stillzeit. **Hilfsstoffe:** Tablettentkern: Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, vorverkleisterte Stärke, Crospovidon und Magnesiumstearat. Filmüberzug: Hypromellose, Titandioxid, Macrogol 400 und Polysorbat 80. **Zulassungsinhaber:** SOLVAY PHARMA Ges.m.b.H., 3400 Klosterneuburg. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antihypertensives Mittel. **ATC-Code:** C09CA02. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Minirin® Melt 60 µg – Lyophilisat zum Einnehmen, Zusammensetzung: 1 Stück enthält 60 µg Desmopressin-azetat sowie Gelatine, Mannitol und wasserfreie Zitronensäure. **Minirin® Melt 120 µg – Lyophilisat zum Einnehmen, Zusammensetzung:** 1 Stück enthält 120 µg Desmopressin-azetat sowie Gelatine, Mannitol und wasserfreie Zitronensäure. **Anwendungsgebiete:** Zentraler Diabetes insipidus (idiopathisch; nach Hypophysektomie, Schädel-Hirn-Trauma oder Operationen im Hypophysenbereich). Polyurie/Polyipsie bei Vorliegen eines ADH-Mangels. Enuresis nocturna im Alter ab 5 Jahren bei normaler Konzentrationsfähigkeit der Niere, nach Versagen üblicher Maßnahmen und Ausschluss einer organischen Ursache (siehe Warnhinweise) und Behandlung der Nykturie bei Erwachsenen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile, Schwangerschaftstoxikosen, habituelle oder psychogenen Polydipsie, Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance unter 50 ml/min) bekannte Hyponaträmie, Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion. **Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen:** Organische Ursachen der Enuresis nocturna und er Nykturie sind vor Behandlung auszuschließen. Die Behandlung der Enuresis nocturna und der Nykturie mit Minirin ohne gleichzeitige Einschränkung der Flüssigkeitsaufnahme kann zu Wasserretention und/oder Hyponaträmie führen. **Schwangerschaft und Stillzeit:** Die bisher vorliegenden Erfahrungen mit Minirin während der Schwangerschaft zeigen, dass Desmopressin keine negativen Auswirkungen auf die Schwangerschaft oder den Gesundheitszustand des Fötus oder Neugeborenen hat. Minirin sollte Schwangeren mit Vorsicht verabreicht werden. Die Mengen an Desmopressin, die durch die Muttermilch auf das Kind übertragen werden können, sind zu gering, um die Diurese zu beeinflussen. **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** Ferring Arzneimittel Ges.m.b.H., Wien. Rezept- und apothekenpflichtig. **Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln sowie Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

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.**

- 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
- 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
- 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
- Mallat 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
- 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



SPIRIVA®
(tiotropium)

Der Schlichtungsausschuss

von Markus Lechner

Dass „Streitigkeiten zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger (...) einvernehmlich beigelegt werden“ sollen, wurde im Hausarzt vom April berichtet. Scheitern Klärungsversuche bis hin zur so genannten „amikalen Aussprache“, sehen alle Gesamtverträge die Einrichtung eines so genannten „Schlichtungsausschusses“ vor.

Der Schlichtungsausschuss besteht aus je einem ärztlichen Vertreter der zuständigen Ärztekammer und des Versicherungsträgers. Üblicherweise kann der Vertragsarzt den Vertreter der Ärztekammer auswählen. Dem Schlichtungsausschuss können Referenten beigezogen werden; der beteiligte Vertragsarzt kann zu einer schriftlichen Stellungnahme oder zur Teilnahme an der Verhandlung eingeladen werden.

Der Mustergesamtvertrag sieht als Detailbestimmung vor, dass der Schlichtungsausschuss die vom Versicherungsträger dem Vertragsarzt zu zahlende Vergütung für Leistungen aus dem Vertragsverhältnis besetze, wobei er einzelne Leistungen als nicht begründet streichen oder die Honorarabrechnung in angemessener Weise kürzen könne. Der Schlichtungsausschuss sei überdies berechtigt, den Ersatz zu bestimmen, den der Vertragsarzt bei Nichtbeachtung des Ökonomiegebotes dem Versicherungsträger zu leisten habe. Bezeichnenderweise ist nicht dezidiert angeführt, dass der Schlichtungsausschuss auch den Versicherungsträger zur Zahlung strittiger Leistungen anhalten kann, so als ob lediglich der umgekehrte Fall in der Praxis vorkäme.

Der Schlichtungsausschuss trifft bei übereinstimmender Auffassung beider Mitglieder eine Vorentscheidung. Zumeist wird die Entscheidung des Schlichtungsausschusses sogleich verkündet, wobei es in der Praxis durchaus häufig vorkommt, dass der Schlichtungsausschuss infolge Stimmgleichheit zu gar keinem Ergebnis gelangt.

Die Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses ist entsprechend zu begründen und dem Vertragsarzt sowie dem Versicherungsträger mittels eingeschriebenen Briefes bekannt zu geben, wobei auf die Möglichkeit eines Einspruches hinzuweisen ist.

Der Vertragsarzt und der Versicherungsträger können binnen 14 Tagen nach Erhalt der Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses mittels eingeschriebenen Briefes bei der Paritätischen Schiedskommission eine Entscheidung dieser Kommission beantragen.

Wird ein solcher Antrag auf Entscheidung durch die Paritätische Schiedskommission nicht fristgerecht, also nicht innerhalb der 14-Tages-Frist, gestellt, so gilt die Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses als bindender Schiedsspruch und ist für beide Streitparteien verpflichtend. Nur durch die Erhebung des Einspruches an die Paritätische Schiedskommission wird die Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses außer Kraft gesetzt.

Kommt der Schlichtungsausschuss infolge Stimmgleichheit zu keinem Ergebnis, kann die Paritätische Schiedskommission angerufen werden, ohne dass eine bestimmte Frist einzuhalten wäre. Zu beachten sind lediglich die allgemeinen Verjährungsvorschriften und damit im Zusammenhang die Pflicht, Verfahren möglichst rasch durchzuführen. Fraglich ist, ob zwingend zunächst der Schlichtungsausschuss angerufen werden kann,



Mag. Markus Lechner

bevor die Streitigkeit von der Paritätischen Schiedskommission entscheiden werden kann. Dies ist wohl zu verneinen: Eine Unzulässigkeit der Anrufung der Paritätischen Schiedskommission ohne vorherige Befassung des Schlichtungsausschusses kann einzel- und gesamtvertraglich wohl nicht begründet werden.

Allerdings besteht eine Verpflichtung zur Befassung des Schlichtungsausschusses aus dem Einzel- bzw. Gesamtvertrag heraus. Die Anrufung der Paritätischen Schiedskommission ohne vorherige Befassung des Schlichtungsausschusses ist daher vertragswidrig und könnte - in Extremfällen - als Begründung, in jedem Falle aber als unterstützende Begründung für eine Kündigung des kurativen Einzelvertrages herangezogen werden.

Einladungen zur Teilnahme an Schlichtungsausschüssen sind daher ernst zu nehmen. Wie für die Teilnahme an amikalen Aussprachen ist zu empfehlen, einen in Vertragspartnerangelegenheiten versierten Juristen mit der Vertretung im Schlichtungsausschuss zu betrauen.

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

TEBOFORTAN® 40mg-Filmtabletten. HERSTELLER: Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co, Karlsruhe, BRD; ZULASSUNGSINHABER: Austroplant Arzneimittel Ges.m.b.H., Wien. Tebofortan 4%-Tropfen: HERSTELLER UND ZULASSUNGSINHABER: Austroplant Arzneimittel Ges.m.b.H., Wien. Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält: 40 mg Trockenextrakt aus Ginkgo-biloba-Blättern (EGb 761) stand. auf 9,6 mg Ginkgoflavonglycoside und 2,4 mg Terpenlactone (Ginkgolide, Bilobalid). Tebofortan 4%-Tropfen: siehe Filmtablette und zusätzlich 3 mg Saccharin-Natrium. ANWENDUNGSGEBIETE: Zerebrale Mangel durchblutung und Mangelernährung bzw. Hirnleistungsstörungen mit den Symptomen der nachlassenden intellektuellen Leistungsfähigkeit und Vigilanz wie Schwindel, Ohrensausen, Kopfschmerz, Sehstörungen, Gedächtnisschwäche, Ängstlichkeit und depressive Verstimmung; dementielles Syndrom. Periphere arterielle Durchblutungsstörungen mit erhaltener Durchblutungsreserve (Claudicatio intermittens). Als unterstützende Behandlung eines infolge Zervikalsyndroms beeinträchtigten Hörvermögens. GEGENANZEIGEN: Überempfindlichkeit gegenüber einem der Bestandteile des Präparates. SCHWANGERSCHAFT UND STILLPERIODE: Im Tierversuch ist Extr. Fol. Ginkgo bilobae nicht teratogen wirksam, ebenso sind teratogene Wirkungen beim Menschen nicht bekannt. Trotzdem sollte die Anwendung in der Schwangerschaft und Stillperiode nur nach entsprechender Nutzen/Risikoabwägung erfolgen. Apothekenpflichtig; Rezeptpflichtig. Weitere Angaben zu diesem Präparat sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

