

# Brief des Präsidenten

## Geschätzte Frau Kollegin, geschätzter Herr Kollege!

von Christian Euler



**D**er 3. Juni war ein denkwürdiger Tag: Zum dritten Mal seit Bestehen der 2. Republik gingen die Ärzte auf die Straße. Schon an der Sammelstelle Stephansplatz ein beliebtes Motiv für fernöstliche Touristen, von freundlichen Zurufen aus einem Kaffeehaus am Graben bestärkt: „Sie können alle zu mir hereinkommen, ich lade Sie auf einen Kaffee ein, ehrlich“, zogen wir in fast heiterer Stimmung zum Bundeskanzleramt.

Viele Begegnungen mit schon lange nicht gesehenen Kolleginnen und Kollegen aus den anderen Bundesländern, in guter Schwingung durch die Resonanz der gleichen Empfindung, dass die Zeit überreif sei für einen spektakulär demonstrativen Akt.



Der Einfallsreichtum der mitgetragenen Transparente und originellen Kleinstaktionen, nicht zu letzt die Zufriedenheit über die Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer war dazu angetan einen kurz vergessen zu lassen, dass wir uns spätestens seit 2004 auf den Weg zum Bundeskanzleramt hätten machen sollen. Dort wo die Ärzteschaft 2008 steht wurde sie nicht hingeschleift, sondern sie ging entscheidende Strecken des Weges zur Selbstdemontage unter der Führung einer gutgläubigen Standesvertretung.

Es begann mit der Einführung der e-card. Die österreichische Ärztekammer sah in diesem Projekt durchaus Vorteile, attackierte e-card Gegner als technikfeindliche Miesmacher und sagte dem Hauptverband weitestgehende Kooperation zu.



Obwohl in unserem Nachbarland Deutschland die ärztlichen Spitzenvertreter durchaus vergleichbar handeln, den Ablehnungsbeschluss des Ärztetages 2007 als unwesentliche Momentaufnahme interpretierten und die Kollegenschaft weiterhin unverdrossen über die unverzichtbaren Vorteile der elektronischen Krankenkarte informierten, gelang es einer kritischen Basisbewegung auch im Mai 2008 durch monatelanges ungeheures persönliches Engagement einzelner Aktivisten den ablehnenden Beschluss in Ulm zu erneuern.

**Der 111. Deutsche Ärztetag lehnte die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in der bisher vorgelegten Form ab, weil sie mit dem Grundvertrauen der Patienten in unser ärztliches Berufsethos nicht vereinbar ist und das bewährte Konzept von einer am Individuum und seiner individuellen Lebensgestaltung orientierten Humanmedizin in unserer Gesellschaft zerstört.**

Die Österreichischen Standesvertreter gingen noch weiter. Sie rangen den Länderkammern die Zustimmung zum peering point ab und verbanden sich mit dem Vertragspartner auch ökonomisch auf Gedeih und Verderb. Wiederholte Male wies ich auf die entlarvende Entscheidung hin, von Seiten der Ärzteschaft einen Ökonomen in die peering-point- Gesellschaft zu entsenden, statt eines Datenschutzexperten. Der peering point Betrieb schwächt die österrei-

chische Ärzteschaft seither nicht nur finanziell, sondern ist eine schwere Last für alle, die auf das oben zitierte Grundvertrauen der Patienten in das ärztliche Berufsethos als wesentliches Fundament der Berufsausübung nicht verzichten wollen.



Die jüngste verhängnisvolle Unbedenklichkeit stellt die ÖÄK der Zertifizierungsbestrebung des Hauptverbandes für Ordinationssoftware aus. Es bedarf keiner prophetischen Gabe um darin die Weichenstellung in Richtung einer vom Hauptverband gewünschten Einheitssoftware zu sehen.



Dem approbierten Arzt, derzeit als idealer Dienstnehmer in den regierungsgewünschten allgemeinen Versorgungszentren erkannt, verweigerten wir Ärzte ebenfalls unsere Zustimmung nicht, galt es angeblich doch, Österreichs Ärzteschaft für Europäische Karrieren fit zu machen. Die seit Jahren von den Ärztekammern mit großem Wohlwollen unterstützten Generikainitiativen waren der →



Beginn des bitteren „aut-idem-Endes“ Ein gutes Beispiel für die trügerische Hoffnung, es ließe sich durch große Kooperations- und Kompromissbereitschaft das noch größere, vorstellbare Übel abwenden.

Ein gutes Gesprächsklima galt mindestens genauso viel wie gute Verhandlungspositionen, das vertraute Du, das selbst in heftig geführten Fernsehduellen den Kontrahenten mitunter über die Lippen schlüpfte war offensichtlich die Basis der langjährigen Gutgläubigkeit, dass es so dick schon nicht kommen werde. „Nach dem Du kommt aber gleich das Arschlecken“ wie der Volksmund zu warnen weiß ... und er hat Recht.



Kaltschnäuzig - geradezu zynisch - denken wir an Dr. Kdolsky als Generikabotschafterin in einer Favoritner Apotheke just



zu dem Zeitpunkt, als tausende besorgte Kollegen hunderttausende Unterschriften besorgter Patienten den verantwortlichen Politikern überbrachten, jedenfalls aber kalt und selbsterhöchlich gaben sich die Adressaten unseres Protestes.

Ein Nachfolger des Armenarztes Viktor Adler und ein Altministrant und Mariazell-Wallfahrer hörten die Warnung der Wirtschaftskammer, den Forderungen der Ärzte nachzugeben und opferten ihre sozialen und christlichen Prinzipien einer zeitgeistigen Erneuerung; der niemand in den Weg treten darf.

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

## Einsparungen bei Laborleistungen in Wien

von Christian Euler

**A**m 9. Juni wandte sich die Wiener Gebietskran-  
kenkasse mit einem Schreiben an ihre Vertrags-  
partner für Labormedizin. (Original auf unserer  
Homepage [www.hausaerzteverband.at](http://www.hausaerzteverband.at)). Nach  
einer kurzen Einleitung kam man schnell zur Sache:

Die Damen und Herren Laborbetreiber sollten konkrete Rabat-  
tierungsangebote unterbreiten, eine Einsparungssumme von 50  
Mio. Euro sei angestrebt, ein kurzfristig merkbarer Rückgang der  
Aufwendungen für Laborleistungen wesentlich, eine Beschreibung  
der Auftragsdurchführung inkl. Kapazität und Qualitätssicherung  
erforderlich. Das mit 2. Juni datierte Schreiben sah eine Antwortfrist  
bis 19. Juni 16:00 Uhr vor. Dem Bestbieter wurde ein Vertrag für

ganz Wien, allen anderen die Vertragskündigung in allernächster  
Zeit in Aussicht gestellt.

Diese entlarvende Vorgangsweise illustriert die Möglichkeiten,  
die sich Gesundheitspolitiker von Einzelverträgen erhoffen. Diese  
entlarvende Vorgangsweise zeigt uns die Unverzichtbarkeit eines  
Gesamtvertrages auf, für dessen Fortbestehen zu kämpfen unaus-  
weichlich ist.

Die Laborinstitute sind Mitglieder der Wirtschaftskammer, haben  
vor Jahren alle Fachärzte für Labormedizin niederkonkurriert  
und werden jetzt von der Sozialversicherung zur Selbsterfleischung  
gezwungen. Die grenzwertigen Praktiken großer Handelsketten  
gegenüber ihren Lieferanten sind Leitlinien für die Gesundheitsre-  
former geworden.

TEBOFORTAN® 40 mg-Filmtabletten. ZULASSUNGSINHABER: Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Willmar-Schwabe-Str. 4, 76227 Karlsruhe, Deutschland. VERTRIEB IN ÖSTERREICH: AUSTROPLANT-ARZNEIMITTEL GmbH, Wien. TEBOFORTAN® 4% -Tropfen. HERSTELLER: Austroplant-Arzneimittel GmbH, Wien. ZULASSUNGSINHABER: Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Willmar-Schwabe-Str. 4, 76227 Karlsruhe, Deutschland. 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) HILFSSTOFFE: Lactose-Monohydrat 115 mg, Cellulosepulver, Maisstärke, Hochdisperses Siliciumdioxid, Talkum, Magnesiumstearat, Methylhydroxypropylcellulose, Macrogol, Antischaumulsion, Crospovidon, Farbstoffe: E 171 und E 172. Tebofortan 4% -Tropfen: ZUSAMMENSETZUNG: 1 ml enthält: 40 mg Extractum Fol. Ginkgo bilobae sicc. (EGb 761) - standardisiert auf 9,6 mg Ginkgoflavonglycoside und 2,4 mg Terpenlactone (Ginkgolide, Bilobalid) HILFSSTOFFE: 3 mg Saccharin-Natrium / 1 ml. ANDERE BESTANDTEILE: Propylenglykol, Glycerol, Aqua purificata. ANWENDUNGSGEBIETE: Zerebrale Mangel durchblutung und Mangelernährung bzw. Hirnleistungsstörungen mit den Symptomen der nachlassenden intellektuellen Leistungsfähigkeit und Vigilanz wie Schwindel, Kopfschmerz, Sehstörungen, Gedächtnisschwäche, Ängstlichkeit und depressive Verstimmung; dementielles Syndrom. Periphere arterielle Durchblutungsstörungen mit erhaltener Durchblutungsreserve (Claudicatio intermittens). 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.



# Bad Gleichenberg im Umbruch

Ein sentimentaler Rundgang durch einen Ort voll Erinnerungen.

von Christian Euler

**S**chon als wir 2001 das erste Mal den Hausärztfamilienkongress in Bad Gleichenberg abhielten, erfuhren wir von tief greifenden Plänen, den Traditionskurort durch Ideen und Investitionen aus dem vergangenen Jahrhundert in eine glanzvolle Zukunft zu führen.

Ich erinnere mich noch an den Spaziergang an der Seite des damaligen Kurdirektors Puntigam und an seine Ausführungen, wie das Kongresshaus, das Parkhotel und die Villa Albrecht rund um den oberen Teil des prächtigen Kurparks zu einer Einheit zusammengeführt werden, wie also höchster Komfort mit der auch noch aus den renovierungsbedürftigen Fassaden anmutig strahlenden Tradition verbunden werden könnten.

Wir landeten mit unserer Veranstaltung schließlich im Kurhaus, das den Park am unteren Ende begrenzte und das uns ein gastfreundliches Haus war, ohne je ein architektonisches Kleinod gewesen zu sein. In den folgenden Jahren wurden die Nachrichten über bevorstehende grundlegende Änderungen immer dichter, ohne konkret zu sein. Wir merkten zunächst lediglich

personelle Veränderungen, allerdings ohne Kontinuität.

Bei meinem heurigen Besuch Bad Gleichenbergs sah ich das fast fertige Ergebnis. Ich bin kein Architekturkritiker und unberührt von allen ökonomischen Argumenten, also laienhafter, subjektiver Betrachter mit intensiven, ortsgebundenen Erinnerungen.

An der Stelle des alten Kurhauses, von dem nur mehr die Runde Trinkhalle, in der wir 2001 unseren Begrüßungsempfang hatten, wie ein Gartenhäuserl da steht, erstreckt sich das mächtige Gebäude des neuen Ressorts.

Ein zweifellos eindrucksvolles Bauwerk, ohne jeden Ortsbezug. Weder in den Proportionen, noch in den vordergründig verwendeten Materialien, Glas, Holz und Steinplatten (dem Aussehen nach großflächige Rechtecke aus schwarzem Schiefer) orientiert sich die teilweise auf Stelzen stehende „Raumstation“ an der lokalen Bausubstanz.

Dieses Kurhotel könnte überall stehen. In 2000 Meter Höhe im Schnee, im Süden am Meer, im Norden mitten in einer Stadt (seine Architekten stammen aus Oslo, Architektenkontor Jensen und Skodvin), an waldigen Hängen und auf ebener Steppenlandschaft.

Auf dem Grundriss des alten Kurhauses, ein bis zwei Etagen höher und mit großen Vorbauten in den Kurpark hinein, schließt es diesen nach außen hin geradezu hermetisch ab.

Unser Kongresshauptquartier „Emmaquelle“ steht da wie ausgesperrt. Wo sich auf der großen Wiese die Kinder der Kongress Teilnehmer sammeln bildet ein Nirosta-Outdoorbecken das Zentrum einer über mehrere Stiegen und Zugänge erschlossenen Badelandschaft. Großzügige Dachterrassen mit überdimensionalen naturweißen Sonnenschirmen vermitteln dem Betrachter Gedanken an Sonne, Muße, Luxus.

Der stark gegliederten Parkseite sieht man das Bemühen an, den Bau in den Park und den Park in den Bau eindringen zu lassen. Interessante Durchblicke und Sichtachsen sollen dem Riesenbauwerk Leichtigkeit geben. Die alte und heruntergekommene Villa Max, zu Zeiten unseres Kongresses beliebtes Quartier von Kolleginnen mit kleinen Kindern, da nur wenige Minuten zu Fuß durch den Park vom Veranstaltungsort entfernt, steht als vierstöckiger Kasten stimmiger in der Gartenlandschaft als das Kurhotel mit seinem Biotop unter den Stelzen. →





Es drängt sich der Eindruck auf, dass der Kurpark und der Name des Traditionsortes für das neu errichtete „Life Medicine Ressort“ nutzbar, ein Gesamtkonzept für den Ort oder die Region sich in der Planung nicht rechnete und daher verzichtbar war.

Es ist zu erwarten, dass die Kurgäste der Zukunft das Ambiente der Luxusabsteige nicht verlassen werden, den Stammgästen früherer Jahre als „Kassenpatienten“ ein wohl kalkulierter Anteil der neuen Pracht zugewiesen wird. Wer außerhalb des Kurhotels logiert wird sich im Kurhaus als Patient

zweiter Klasse fühlen. Eine Revitalisierungschance für die Traditionshäuser des Ortes sehe ich nicht.

In einiger Entfernung, außer Hörweite der Baumaschinen an den letzten Außenanlagen, bin ich mit meinen Gedanken bei Dr. Nennung und seinem fulminanten Referat „Der Mensch als Hausarzt seiner selbst“, bei Ita este M., der Riesenbilder malenden, ganzheitlich der Heil-Kunst zugetanen Kollegin, bei Norbert J. dem Allumsichtigen, bei Maria und Franz Hafner, um die herum so vieles gelang, bei den Professores

Dragosits und Krejs und deren mit Lust und Ambition ausgefochtenem Duell „PPI contra H2-Blocker“, im Mailandsaal bei mitreißender Klarinettenmusik, am Pfingstsonntagmorgen bei Prof. Picker, dessen meditatives Referat von Frau Lischnigg mit Bachscher Klaviermusik umrahmt wurde, bei Ihnen allen, die wir einander in Gleichenberg begegnet sind und außergewöhnliche Kongresstage erlebten.

Christian Euler

## 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 .....

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)

Stampiglie

# Medikamentenabgabe in Ordinationen

bringt nur Vorteile für den Patienten und das Sozialversicherungssystem

von Christoph Reisner

**„Mit den Mythen und Märchen über Hausapotheken führende Ärzte muss endlich Schluss sein.“**

**I**n der Diskussion rund um die Gesundheitsreform hält sich hartnäckig das Gerücht, dass Hausapotheken führende Ärzte eher vom eigenen Umsatz statt dem Wohl des Patienten geleitet sein könnten und daher möglicherweise unökonomischer oder von Rabatten geleitet verschreiben. Im Rahmen eines ORF-Berichts Ende Mai wurden die Krankenkassen zitiert, wonach Ärzte mit Hausapotheken teure Medikamente vergeben, weil sie höhere Gewinnmargen kassieren. Diese Behauptung entbehrt jeder Grundlage. Als bisher einzige Institution hat sich die GKK Oberösterreich mit dieser Hypothese befasst. Im Rahmen einer umfangreichen Analyse war dort jedoch kein Unterschied in der Ökonomie des Verschreibeverhaltens zwischen Ärzten mit und ohne Hausapotheke zu erkennen.

Eine Prüfung des Datenmaterials für Niederösterreich ergab ein ähnliches Ergebnis. Es ist kein Unterschied zwischen den einzelnen Gruppen der Allgemeinmediziner in diesem Bundesland erkennbar. Auffallend ist lediglich der Generikaanteil, der bei Hausapothekern um fast 20 Prozent über dem der Allgemeinmediziner ohne Hausapotheke liegt, jedoch ohne Auswirkung auf die absoluten Medikamentenkosten. Aus meiner Sicht ist das auch logisch: Wir haben im Gegensatz zu den meisten Ländern in unserem Umfeld keinen Medikamentenmarkt, sondern ein Preisdiktat. Das führt zu einer unverzüglichen Angleichung der Preise, sobald ein Patentschutz abläuft und Generika hergestellt werden.

Mehrere Printmedien haben sich sodann auf die übliche Art in die Diskussion eingemischt und die Rabattsituation ärztlicher Hausapotheken wieder einmal aufgegriffen. Zu lesen war die kühne Behauptung, die angeblich existenten Hausapothekenrabatte für Medikamente im Kassensbereich seien der eigentliche Grund für den scharfen Protest der Ärzte gegen Aut idem. Die kolportierten Zahlen sowie die Interpretation zeugen entweder von grober Unkenntnis der Materie oder vom gezielten Versuch, die Bevölkerung zu beeinflussen. Richtig ist die Tatsache, dass Rabatte dieser Art selbstverständlich gesetzeskonform sind, jedoch für die von den Kassen erstatteten Medikamente bei weitem nicht in behauptetem Umfang gewährt werden.

Die Ärztekammer für Niederösterreich hat keinerlei Problem, wenn das bestehende System seriös hinterfragt wird. Das setzt

allerdings voraus, dass die Rabattsituation im Einkauf der öffentlichen Apotheken und die Gratisbelieferungen der Krankenanstaltsapotheken in die Diskussion einbezogen werden, welche nach unserer Schätzung mehr als das Hundertfache der Summe aller Hausapothekenrabatte betragen könnte. Krankenanstalten werden derzeit dazu angehalten, die geschenkten Medikamente vermehrt einzusetzen. Dabei handelt es sich durchwegs um teure Originalpräparate. Generische Produkte kommen im Krankenhausbereich de facto nicht zum Einsatz, was im niedergelassenen Bereich nach Entlassung der Patienten zu großen Problemen führt.

Für mich liegt die Lösung des Problems der Medikamentenkosten auf der Hand: Eine gewünschte krampfhafteste Erhöhung des Generikaanteils durch Aut idem bringt im Österreichischen System keine Kostenersparnis. Die Nachteile für unsere Patienten sind dafür enorm. In Deutschland werden Folgekosten durch Aut idem in der Höhe von 20 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt.

Ein bedeutender Punkt bei der Diskussion rund um die Medikamentenkosten bleibt möglicherweise bewusst immer ausgespart: Dass Hausapotheken führende Ärzte ihrerseits den Sozialversicherungen einen höheren Preisnachlass gewähren müssen als die Apotheken. Wir haben bereits mehrfach vorgerechnet, dass ein duales System mit Medikamentenabgabe sowohl direkt bei Ärzten als auch in Apotheken, enorme Vorteile für unsere Patienten sowie ein enormes Einsparungspotenzial bringen



Foto: Tschank - Wiener Neustadt

würde. Zum heutigen Zeitpunkt (4. Juni 2008) ist die so genannte Gesundheitsreform in unseren Kritikpunkten nahezu unverändert durch den Ministerrat gegangen. Mit unserer Demonstration am 3. Juni haben wir jedoch deutlich gezeigt, dass wir uns als Niederösterreichische Ärzteschaft dieses angebliche Kassensanierungspaket nicht widerstandslos gefallen lassen. Hierbei ist Aut idem für uns Ärzte jedoch nur ein Detailproblem.

Die Befristung der Kassenverträge in Abhängigkeit von noch nicht näher definierten willkürlichen Kriterien sowie die Leistungsverträge, die mit der Kündigung eines Kollektivvertrags bei Angestellten vergleichbar sind, können von uns nicht akzeptiert werden. Offenbar hat man gezielt vor, die Arbeitsbedingungen der freiberuflichen Ärztinnen und Ärzte weiter zu verschlechtern, was auch die Patienten treffen wird. Das können wir uns nicht gefallen lassen.

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

# 24-Stunden-Pflege aus der Sicht des Hausarztes

## Die Qualität. Die Legalisierung. Die Kosten.

von Wolfgang Geppert

**D**er Aufstand der Ärzte gegen die „Gesundheitsreform“ hat ein Dauerthema der vergangenen Monate in den Hintergrund gedrängt: Die Legalisierung der 24-Stunden-Betreuung. Doch die Rückkehr dieses Themenkomplexes in die Tagespolitik ist so sicher wie das Amen im Gebet. Heimische Politiker haben sich in dieser Causa die Latte sehr hoch gelegt, doch die Legalisierung aller illegalen Betreuerinnen scheint aus heutiger Sicht ein Ding der Unmöglichkeit.

Bis heute haben nur 10 Prozent den Weg in die Legalität genommen. Vor Einmischung der großen Politik zählte ich bei den von mir betreuten Pflegebedürftigen sechs Fälle, in denen illegale Kräfte in Anspruch genommen worden sind. Frauen aus Rumänien, aus der Slowakei und aus der Tschechei leisteten durchgehend Bereitschaft bei den Pflegelingen. Im Wechsel von meist drei Wochen wurden sie gegen andere Kolleginnen getauscht. In diesem Zusammenhang erübrigt sich die Nennung beiderlei Geschlechts, denn bisher habe ich noch keinen männlichen 24-Stunden-Betreuer zu Gesicht bekommen.

### Das Verstecken der Illegalen

Ganz zu Beginn des Auftauchens ausländischer Helferinnen konnte ich ein interessantes Phänomen beobachten: Kinder oder Begleitpersonen der Erkrankten, versuchten die Fremden vor meinem Eintreffen in einem Nebenzimmer zu verstecken. Doch dieses Versteckspiel war meist nur von kurzer Dauer. Bei Berufungen wegen akuter Erkrankungen des zu Pflegenden war von den Verwandten meist keine Spur zu sehen. Entweder im Arbeitsprozess stehend und/oder weit ab mit Wohnsitz in Wien, hatten sie keine Möglichkeit mehr, die Billigkraft schamhaft verborgen zu haben. Schließlich begann ich als Visitenarzt selbst die Initiative zu ergreifen. Ich versicherte die Verwandten, schon beim ersten Blickkontakt mit der neuen Helferin, dass mich arbeits- und fremdenrechtliche Aspekte der unbekanntenen Person genauso wenig interessieren, wie sozialversicherungs- und finanztechnische Einzelheiten. Diese meine Großzügigkeit habe ich aber immer an eine Bedingung gebunden: Neben den erwähnten Marias, der Einfachheit halber habe ich mich im Laufe der Entwicklung für diesen Einheitsnamen entschieden, muss zusätzlich auch professionelle Hilfe von einer der großen Pflegeorganisationen in Anspruch genommen werden. Der tägliche Besuch einer Fachkraft war und ist für mich als Hausarzt eine *Conditio sine qua non!* Mir fehle die Möglichkeit, so meine unmissverständliche Begründung, die fachliche Qualifikation der großen Unbekannten zu überprüfen. Mehrmals habe ich von den Umstehenden die Information bekommen, Maria hätte in Preßburg eine Schwesternschule besucht, doch das Abschlusszeugnis sei leider nicht verfügbar.

### Verantwortung liegt beim Hausarzt

Schlussendlich haben meine Erfahrungen als Zeuge vor Gericht mich dazu gebracht, auf diesem dualen System zu bestehen. In den von mir erlebten Fällen wurden Erbstreitigkeiten so ausgetragen, dass im Rückblick die Qualität der Pflege am Verstorbenen in Zweifel gezogen worden war. Erben, die über Jahre beim zu Pflegenden ihr Bestes gegeben haben, wurde nach dem Tod des Patienten von Personen, welche fernab des Pflegefalls verweilten, die Erbunwürdigkeit vorgeworfen. Dem Gericht kam die Aufgabe zu, Pflegeleistungen, welche vier oder fünf Jahre zurück lagen, auf die Qualität hin zu überprüfen. In zwei Fällen hatte ich als Zeuge der Richterin, bzw. dem Richter, auf Basis meiner Aufzeichnungen mitzuteilen, welchen Einfluss meine Entscheidungen auf den Verlauf der Erkrankung genommen haben. Ab diesem Zeitpunkt war mir klar: Die letzte Verantwortung liegt nicht bei den eingesetzten Diplomkrankenschwestern, sondern immer beim regelmäßig in Anspruch genommenen Arzt. Er hat zum Beispiel darüber zu entscheiden, welche Behandlungsschritte beim Sakraldekubitus zu setzen sind. Nicht umsonst lassen sich die Hilfsorganisationen für Handlungen ihrer Fachkräfte ärztliche Bestätigungen ausstellen. Die Palette der von Anweisungen des Arztes abhängigen Eingriffe reicht vom Einlauf über die Verabreichung von niedermolekularem Heparin bis zum korrekten „Einschachteln“ der Medikamente.



Dr. Wolfgang Geppert

### Team mit Fachkräften

Damit entstand bei allen sechs erwähnten Pflegefällen ein Team in ähnlicher Zusammensetzung: Meine Person als Hausarzt, Fachkräfte von Caritas, Hilfswerk oder Volkshilfe und eine 24-Stunden-Kraft aus den östlichen Nachbarländern. Dadurch war es möglich, das Einsatzgebiet der Illegalen bisher so zu beschränken, wie es die großen Trägerorganisationen heute bei ihren legalisierten ausländischen Betreuerinnen Hand haben. Diese Heimhilfen der besonderen Art haben den Haushalt zu führen, Hol- und Bringdienste zu erledigen und die Fachkräfte bei der Körperpflege der Pflegelinge zu unterstützen.

Kurz nach Beginn der Pflegediskussion stellten Angehörige zweier Patientinnen von mir Fragen über mögliche Legalisierung ihrer Helferinnen aus dem Osten. Das war der Punkt an dem ich beschlossen habe, Experten auf diesem Gebiet zu kontaktieren. Ein Vortrag von Hans Thoma, Geschäftsführer des Vereins „Rundum zuhause betreut“ zum Thema „24-Stunden-Betreuung“ kam da wie gerufen. Als Mitarbeiter der Caritas Wien transportiert Herr Thoma Land auf und Land ab die Grundsätze seiner Organisation in diesem Themenkomplex.

Bei den Aufwendungen pro Tag nennt die Caritas eine klare Untergrenze und postuliert so eine Faustregel: Die Betreuerin hat Euro 50,- für 24 Stunden zu bekommen. Zusätzlich sind Euro 10,- für die Sozialversicherung zu veranschlagen. Im Klartext heißt das: Unter Euro 60,- pro Tag und damit Euro 1.800,- pro Monat spielt sich nichts ab. Die monatlichen Fahrtkosten schlagen sich bei diesem Modell mit Euro 140,- nieder. Dabei haben die Frauen einen 14-tägigen Rhythmus einzuhalten.

Zum Vergleich dazu bleiben illegale Kräfte oft 3-6 Wochen in einem Stück bei der zu pflegenden Person. Werden diese Vorgaben erfüllt, dann kann um Förderung angesucht werden. In NÖ beträgt diese Euro 250,- pro eingesetzter Betreuungsperson und Monat, im Klartext Euro 500,-. In Bundesländern, wo nur die Förderhöhe des Bundes zur Disposition steht, hat man sich mit 50 Prozent des genannten Betrages zu begnügen. Dass sich die Realität weit komplizierter präsentiert, muss den von Bürokratie gequälten Lesern dieser Zeitschrift nicht extra erklärt werden. Für die Förderbedingungen bestehen bundesweit einheitliche Einkommensgrenzen, nur beim Vermögen springt NÖ aus der Reihe: Im blaugelben Bundesland gibt es keine Vermögensgrenzen.

### Legalität ab knapp Euro 2.000,- monatlich

Mit diesem Wissen können wir Hausärzte die Fragen der Angehörigen auf eine Gegenfrage unsererseits reduzieren: „Sind sie bereit für die Legalisierung ihrer Maria monatlich Euro 2.000,- aufzubringen?“ Die Kranken denken dabei oft noch in Schilling-Beträgen: Fast ein Blauer pro Tag. Spätestens bei diesem Punkt beginnen wir Hausärzte nachdenklich zu werden. Während uns NÖ Kassenärzten seit Jahrzehnten nur eine unverändert niedrige Kilometervergütung zugestanden wird und das Niveau unserer Visitenhonorare am Boden liegt, explodieren die Preise für die Pflege. Vor der letzten NR-Wahl kamen einige Politiker ins Gerede, die im Familienkreis illegale Pflegerinnen beschäftigt hatten. So sollen bei der Pflege mancher Politikerangehöriger deutlich niedrigere Beträge als Tageslohn geflossen seien.

### Kanossagang

Das Hilfswerk fasst in seinem Merkblatt „8 Schritte zur Legalisierung der 24-Stunden-Betreuung“ alle bürokratischen Hürden zusammen. Am Beginn der Anleitung ergeht die Aufforderung, mit der Betreuungsperson einen schriftlichen Vertrag abzuschließen. Das Sozial- und Wirtschaftsministerium halte dafür einen Mustervertrag bereit. Beim Gewerbe der Personenbetreuung, so die schriftliche Leitlinie, gebe es keine Vorschriften hinsichtlich Bezahlung und Arbeitszeit. Mit dem nächsten Schritt beginnt schon der Einstieg ins Reich der Hochbürokratie: Beglaubigte Strafregisterbescheinigung aus dem Herkunfts- bzw. aus dem bisherigen Aufenthaltsstaat aufreiben.

Dann heißt es, die Person beim Melde- oder Gemeindeamt anzumelden, Zweitwohnsitz genügt. Meist wird die Adresse der zu pflegenden Person angegeben, was zur Folge hat, dass alle involvierten Stellen, von Finanzamt bis zur Sozialversicherung ihre brieflichen Mitteilungen an die Pflegeadresse richten, auch dann noch, wenn die legalisierte HelferIn längst wieder im slowakischen oder rumänischen Heimatort verweilt. Vom Meldeamt führt der Weg in die Wirtschaftskammer, zum sogenannten Gründerservice. Bei der Tür mit der Aufschrift „Neugründer“ ist man richtig. Obwohl

rein formaltechnisch die Eintragung ins Gewerbeverzeichnis auf der zuständigen Bezirkshauptmannschaft oder auf dem Magistrat zu erfolgen hätte, kann dieser Vorgang auch vom Gründerservice aus betrieben werden. Die gewerbliche Tätigkeit führt zu einer Pflichtversicherung in der Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung. Die Anmeldung bei der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft hat innerhalb eines Monats zu erfolgen. In den ersten drei Jahren der selbstständigen Tätigkeit sind monatliche „Vorauszahlungen“ von zirka Euro 140,- zu leisten. Später kann anhand des Einkommenssteuerbescheides der tatsächliche, jährliche Gewinn nachgewiesen werden. Zu diesem werden die vorgeschriebenen SV-Beiträge hinzugerechnet. Von der Summe sind rund 25 Prozent an Sozialabgaben zu leisten.

Der aufmerksame Leser wird bemerkt haben, dass ein wichtiger Schritt verschwiegen worden ist: Der Weg zum zuständigen Finanzamt, denn ohne Steuernummer geht gar nichts. Alle relevanten Bedingungen für eine Förderung der legalen Betreuung hier darzulegen, würde den Rahmen dieser Erörterung sprengen. In meiner Gemeinde versuchte ein pensionierter Beamter den Hürdenlauf durch die Ämter in Eigenregie zu bewältigen, um die Legalisierung einer Person zu bewerkstelligen. Vergeblich! Auf halber Strecke hat er, obwohl von Beginn an bestens motiviert und jahrelang als Kassier in einigen Vereinen bewährt, das Handtuch geworfen. So können wir Hausärzte ohne schlechtes Gewissen die Empfehlung abgeben, für Legalisierung bestehender Betreuungsverhältnisse eine der Trägerorganisationen in Anspruch zu nehmen.

Das Hilfswerk kassiert dafür eine einmalige Gebühr von Euro 290,- und deckt damit alle Aufwendungen für die Legalisierung von zwei Betreuerinnen ab. Deutlich teurer wird die Angelegenheit, wenn noch keine Marias vorhanden sind. Für die Vermittlung von Personenbetreuerinnen aus dem Personalpool der Hilfswerk-Dienstleistungsagentur müssen Euro 790,- auf den Tisch gelegt werden. Diese Gebühr ist nur einmal zu bezahlen. Alle Amtswege, die Organisation des Erstbesuches und die Einführung vor Ort sind damit abgedeckt. Unabhängig davon hebt das Hilfswerk eine Jahresgebühr von Euro 90,- ein. Entsprechend der Bezeichnung ist dieser Betrag nur einmal jährlich zu bezahlen. Die monatlich fälligen Kosten liegen beim Hilfswerk auf ähnlichem Niveau wie bei der Caritas: Rund Euro 220,-!

### Knapp 10 Prozent legalisiert

Laut Angaben des Sozialministers Buchinger, haben sich bisher 95 Prozent der legalisierten Betreuerinnen für das selbstständige Modell mit Gewerbebescheinigung entschieden. Nur 5 Prozent, das sind rund 200 ehemalige Illegale, finden sich im unselbstständigen Modell wieder. Bei diesem stellen die Patienten ihre Pflegerinnen nach dem Hausangestelltengesetz selbst an. Über den vermeintlichen Grund dieses geringen Zuspruches wird nobel geschwiegen. Für dieses Anstellen einer Betreuerin ist der größte Finanzbedarf von Nöten. →

Vom 4. – 6. Juli ist in Sitzenberg-Reidling wieder



TEICHFEST

Musikalisches Riesenfeuerwerk am Samstag

www.teichfest.at

Dabei gibt es bundesländerweise beträchtliche Unterschiede. Berechnungsbasis ist der durch den jeweiligen Kollektivvertrag geregelte Grundgehalt einer Kranken- und Altenbetreuerin vom ersten bis zum fünften Dienstjahr. Wer in NÖ zum Pflegefall wird, kommt dabei jährlich mit „nur“ Euro 33.880,- über die Runden. In der Steiermark hingegen, dem teuersten Bundesland in dieser Angelegenheit, betragen die jährlichen Gesamtkosten nach dem Hausangestelltengesetz Euro 42.338,-. Netto fließen dabei den Betreuerinnen zwischen Euro 846,- (NÖ) und Euro 1.024,- (Steiermark) monatlich in die Taschen. Dies scheinen genau die Beträge zu sein, welche auch den Illegalen monatlich in die Hand gedrückt werden: Zwischen Euro 800,- bis Euro 1.000,-.

Wenn man den Angaben der Redakteure der Gazette für Menschenrechte von SOS Mitmensch, Moment, glauben darf, dann kriegen illegale Pflegerinnen in Österreich im Schnitt Euro 35,- am Tag. Für den zu Pflegenden ist es daher schwer verständlich, warum er bei Legalisierung nach dem Hausangestelltengesetz monatlich dreimal soviel aufwenden muss, als bei der illegalen Beschäftigung. Der Vermutung nach gehören alle „Rund-um-die-Uhr-Pflegefälle“ in meiner Gemeinde der Gruppe an, welche noch immer illegale Marias in Anspruch nehmen. Sie gehören damit zu einer Masse von geschätzten 35.000 bis 40.000. Von Mitarbeiterinnen des NÖ Hilfswerk ist zu erfahren, dass im Großraum Mistelbach und Zistersdorf für diese Trägerorganisation insgesamt zwei Frauen legale 24-Stunden-Betreuung durchführen (Stand Mai 2008).

### Verantwortung zum Nulltarif?

Zusätzlich hat der Gesetzgeber die Kompetenzen der Personenbetreuerinnen erweitert. Nach dem Beschluss eines Gesundheitsberufegesetzes dürfen nun Betreuerinnen auch einfache pflegerische Tätigkeiten übernehmen. Das sind die Unterstützung bei der Nahrungs- und Medikamentenaufnahme, bei der Körperpflege oder bei der Inkontinenzversorgung. Verständlicherweise reagierte die Vertretung der diplomierten Kräfte entsprechend sauer auf diese Aufwertung der Ungelernten. Eine mit der Heimhilfe vergleichbare Ausbildung war als Qualitätssicherung gefordert worden. Während für uns Hausärzte als Führungsperson im Pflegeteam ständig neue Fortbildungskriterien postuliert werden, können Betreuerinnen derzeit ohne Nachweis von Sprach- und Fachkenntnis tätig sein. Erst ab Jänner 2009 wird eine Ausbildung verpflichtend. Ausnahme sind die Betreuerinnen, welche dann schon sechs Monate ange-

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

### Zur Behandlung des leichten bis mittleren Bluthochdrucks

Kurz-Fachinformation **Bezeichnung:** ZANIDIP® 10 mg-Filmtabletten **Zusammensetzung** (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge): Eine Filmtablette enthält 10 mg Lercanidipinhydrochlorid, entsprechend 9,4 mg Lercanidipin. **Anwendungsgebiete:** Zanidip® ist angezeigt zur Behandlung leichter bis mittelschwerer essentieller Hypertonie. **Gegenanzeigen:** • Überempfindlichkeit gegen den arzneilich wirksamen Bestandteil Lercanidipin, gegen jegliche Dihydropyridine oder einen der Hilfsstoffe des Arzneimittels • Schwangerschaft und Stillzeit • Frauen im gebärfähigen Alter, sofern keine wirksame Verhütung erfolgt • Obstruktion des linksventrikulären Ausflusstraktes • Unbehandelte Stauungsinsuffizienz • Instabile Angina pectoris • Schwere Nieren- oder Leberfunktionsstörungen • Innerhalb eines Monats nach einem Myokardinfarkt • Gleichzeitige Verabreichung von: - starken CYP3A4-Inhibitoren, - Cyclosporin, - Grapefruitsaft. **Hilfsstoffe:** Tablettenkern: Lactosemonohydrat, mikrokristalline Cellulose, Natriumstärkeglykolat, Povidon K30, Magnesiumstearat. Filmüberzug: Hypromellose, Talk, Titandioxid (E171), Macrogol 6000, Eisenoxid (E172). **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** KWZDA PHARMA GmbH, 1160 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rp, apothekenpflichtig **Wirkstoffgruppe:** Calciumantagonist **Die Informationen zu den Abschnitten Warnhinweise, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Stand der Information:** 1/2006

(1) **Literatur:** P. A. Meredith, Exp. Opin. Invest Drugs 1999, 8/7: pp. 1043-1062. G. Leonetti et al., AJH 2002 15/11: pp. 932-940. • Behandlungsergebnisse bei Hypertonie in klinischen Prüfungen mit Lercanidipin 10 mg nach 4 Wochen: Responder 527/780 = 67,7%, normalisiert 433/780 = 55,5%. Zanchetti, A., Clinical Expert Report: Registration File: 1996. M. Dalla Vestra et al., Diab. Nutr. Metab. 17: 259-266, 2004. C. Borghi, M. G. Prandin, A. Dormi, E. Ambrosioni, Blood Pressure 12 (Suppl. 1), 2003, pp: 14-21



Ephraim Kishon

## Es war die Lerche

12. – 27. Juli

[www.Sommerspiele.StiftAltenburg.at](http://www.Sommerspiele.StiftAltenburg.at)

0660/100 22 00

meldet arbeiten. Für sie ist der Nachweis einer Schulung entbehrlich. Die Kompetenzerweiterung für Betreuerinnen hatte meiner Ansicht nach nur einen Grund: Kosten sparen! Die zusätzliche Inanspruchnahme von Fachkräften soll möglichst gering gehalten werden. Für diese Verbilligung sollen Ärzte und Diplomierten den Kopf hinhalten. Pflegeleistungen, die in die Kompetenz von Diplomkrankenschwestern fallen, können ab nun von diesen im Einzelfall an Personenbetreuerinnen übertragen werden. Sollte die Vertretung des Fachpersonals diese Übertragung ohne entsprechende Abgeltung über sich ergehen lassen, so ist das ihre Angelegenheit. Für uns Ärzte darf das nicht stattfinden. Werden wir Mediziner im Einzelfall aufgefordert, wie vom Gesetz vorgesehen, das Anlegen von Bandagen, das Verabreichen von Injektionen oder die Blutzuckerbestimmung einer Betreuerin zu übertragen, dann ist dieses Übernehmen von Verantwortung keine Kassenleistung und daher privat abzugelten. Wie in vielen anderen Bereichen auch, müssen wir Hausärzte achten, nicht unter die Räder zu geraten. Im Notfall ist Selbsthilfe angesagt.

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

# Fortschritt und Hemmung

von Peter Pözlbauer

**D**er Titel ist Erna Leskys Buch „Meilensteine der Wiener Medizin“ entnommen. Wer ihn verstehen will, muss keineswegs Medizingeschichte lernen, die Kenntnis der derzeit laufenden Gesundheitsreform ist dafür ausreichend.

Peter Rabl schrieb in einer seiner Kurierkolumnen, dass Niederösterreichs „allzeit zupackender Landeshauptmann“ im guten Glauben gehandelt habe, als er den Opfern von Amstetten einen Anwalt zur Verfügung gestellt habe, zumal die Betroffenen von sich aus dazu nicht in der Lage gewesen wären. Weiter schreibt er: „Die Optik geriet aber von Anfang an in die Schräge. Die erste Erklärung des vom Land vielbeschäftigten Anwaltes war, es gebe keine Schuld der Behörden, womit gemeint war, der zuständigen Bezirksbehörden des Landes. Das kann man und das würde ein entschlossener Anwalt der Opfer anders sehen....“

Landeshauptmann Dr. Pröll hat auch den Patienten einen Anwalt zur Verfügung gestellt, den wirklichen Hofrat Dr. Bachinger. Dass dieser Kritik an seiner Person durch die Wiener Ärztekammer als „hysterisches Geschrei“ abtut, mag man mit seinem ego erklären. Wenn er in der aut idem Regelung keinen Nachteil für die Patienten sieht, muss man an seinem Eintreten für diese doch einige Zweifel haben. Zumal sein Credo von mehr Qualität nach den derzeitigen Plänen der Regierung, die er voll unterstützt, lediglich zu viel mehr Bürokratie führt.

In der Biedermeierzeit, unter dem Eindruck der Französischen Revolution, verfügte Kaiser Franz die Restauration. Ihr erstes Opfer war Johann Peter Frank, typischer Kosmopolit der Aufklärungszeit, dessen Bild des frei denkenden und freischaffenden Arztes nicht der Vorstellung des Kaisers entsprach. Er musste die Wiener Universität verlassen und ging außer Landes. An seine Stelle traten der Protomedikus Josef Andreas Stiff und der ihm geistverwandte Friedrich von Gentz, die ein streng reglementiertes, nivellierendes Ausbildungssystem verbunden mit einer drastischen Zensur einführten. Franz Grillparzer, wie die beiden hoher Beamter, diesen aber geistig hoch überlegen, hat ihnen in seinem Gedicht „Wahrschau“ ein vernichtendes Zeugnis ausgestellt:

***Dort tönt kein Wort durch späherwache Lüfte  
Scheu kriecht das Denken in sich selbst zurück  
Die Brust vernieten krummgebogne Stifte  
Und gentschlich stumpf, gilt dort für ganzes Glück***



Dr. Peter Pözlbauer

Die Parallelen sind offensichtlich und erschreckend. Der Zeitgeist ist zur Geisterstunde wieder erschienen. Und kann nur mit einer Beschwörungsformel aus einer anderen revolutionären Zeit gebannt werden: „Wer sich nicht wehrt, der lebt verkehrt!“

Aber gerade hier hemmt Zaudern den notwendigen Tatendrang. Seit 2004 ist die Artikel 15a Vereinbarung bekannt. Und wurde von der ÖÄK nicht mit dem notwendigen Ernst behandelt.

Wertvolle Verhandlungszeit wurde vertan. Jetzt haben wir gegenüber der veröffentlichten Meinung plötzlich Argumentationssnotstand. Wir können nicht verständlich machen, dass die geplante Bürokratisierung des Gesundheitswesens unsere PatientInnen und uns nicht nur in ein enges finanzielles Korsett zwingt, sondern auch Wissenschaft und Forschung im neuen Krankenkassensystem knebeln wird.

Gentz und Stiff sind wieder auferstanden und wurden von einer kurzsichtigen Politik an die Schalthebel der Macht gehievt.

## 2. Europäisches Symposium Multiples Myelom

**Fortschritte beim Multiplen Myelom: Verbesserte Prognose dank neuer Erkenntnisse**

**Termin: 27. Juni 2008**

**Veranstaltungsort:** Grand Hotel Wiesler, Grieskai 4-8, 8020 Graz

**Tagungspräsident:** Univ.-Prof. Dr. Werner Linkesch, Klinische Abteilung für Hämatologie, Med. Universität Graz

**Kongressanmeldung:** [www.mm-symposium.at](http://www.mm-symposium.at) oder Tel: 0316/385-4086

**Fax:** 0316/385-4087; **e-mail:** [werner.linkesch@meduni-graz.at](mailto:werner.linkesch@meduni-graz.at)

# Zusammensetzung der Landesberufungskommission nach wie vor menschenrechtswidrig?

von Markus Lechner

**M**ag. DDr. Michael Thaler, ehemaliger Präsident des Österreichischen Hausärzteverbandes, kann es als seinen Erfolg verzeichnen, eine richtungsweisende Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) erstritten zu haben: Nach der Entscheidung der Ersten Kammer des EGMR vom 3. 2. 2005 war die Zusammensetzung der Landesberufungskommissionen jedenfalls vor der ASVG-Novelle 2002 menschenrechtswidrig.

Noch während das Verfahren DDr. Thaler vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte anhängig war, erachtete es der Gesetzgeber – wohl angesichts der drohenden Verurteilung durch den Straßburger Gerichtshof – für notwendig, die Rechtslage zu ändern.

## § 345 Abs 1 ASVG lautet nunmehr:

*Für jedes Land ist auf Dauer eine Landesberufungskommission zu errichten. Diese besteht aus einem Richter als Vorsitzendem und vier Beisitzern. Der Vorsitzende ist vom Bundesminister für Justiz zu bestellen; der Vorsitzende muss ein Richter sein, der im Zeitpunkt seiner Bestellung bei einem Gerichtshof in Arbeits- und Sozialrechtssachen tätig ist. Je zwei Beisitzer sind vom Bundesminister für Justiz auf Vorschlag der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes zu bestellen. Versicherungsvertreter(innen) und Arbeitnehmer(innen) jenes Versicherungsträgers sowie Angehörige und Arbeitnehmer(innen) jener Ärztekammer, die Vertragsparteien des Gesamtvertrages sind, auf dem der streitgegenständliche Einzelvertrag beruht, dürfen im jeweiligen Verfahren nicht Beisitzer sein.*

Nach der ständigen Judikatur der Straßburger Organe muss ein über "civil rights" entscheidendes Tribunal wie die Landesberufungskommission derart zusammengesetzt sein, dass keine berechtigten Zweifel an der Unabhängigkeit seiner Mitglieder entstehen, wobei bei der Beurteilung der Fairness eines Verfahrens auch der äußere Anschein von Bedeutung ist ("Justice must not be done, but also seen to be done"). Konflikte, Nahebeziehungen und sonstige Verbindungen zwischen einer Vertragspartei und einem Mitglied eines Tribunals können jedenfalls Grund zu Zweifeln über die Unabhängigkeit und die Unparteilichkeit der Mitglieder des Tribunals geben. Das Vorliegen der Unparteilichkeit i. S. d. Art. 6 Abs. 1 MRK ist nicht nur im Hinblick auf die subjektive, sondern auch auf objektive Umstände zu beurteilen, deren Bestehen Zweifel an der Unparteilichkeit eines Tribunalmitgliedes hervorrufen könnten.

Nach wie vor werden zwei der Beisitzer der Landesberufungskommission vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger vorgeschlagen. Der zuständige Bundesminister ist bei der Ernennung der Beisitzer an diese Vorschläge gebunden, sodass lediglich dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger „genehme“ Beisitzer ernannt werden.

Bei den ernannten Beisitzern handelt es sich stets um die leitenden Juristen anderer Krankenversicherungsträger, zumindest um jene Juristen, die in ihren Krankenversicherungsträgern ständig mit Vertragspartnerrecht (und den inhaltlich in sämtlichen Bundesländern beinahe identen Gesamtverträgen) beschäftigt sind.

Bei dieser Zusammensetzung ist auch zu bedenken, dass der Hauptverband der Sozialversicherungsträger – auch wenn er selbst nicht Vertragspartner des Gesamtvertrages wird – den Gesamtvertrag abzuschließen hat. Es liegt somit in seiner Hand, die Genehmigung des Gesamtvertrages gegebenenfalls zu verweigern und somit dessen Zustandekommen zu verhindern. Dass der Hauptverband der Sozialversicherungsträger in einer späteren Streitigkeit, die in Zusammenhang mit dem Einzelvertrag steht, dazu befähigt ist, Beisitzer in die entsprechende Landesberufungskommission



Mag. Markus Lechner

zu entsenden, widerspricht wohl dem Grundsatz „nemo iudex in re sua“ („Niemand darf Richter in eigener Angelegenheit sein“) und somit gegen das fair-trial-Prinzip des Artikels 6 der Menschenrechtskonvention.

Dagegen wehrten sich mehrere Niederösterreichische Vertragsärzte vor dem Verfassungsgerichtshof ohne Erfolg.

Nunmehr hat es den Anschein, dass sich der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte der Angelegenheit dieser Vertragsärzte annimmt: Mit Verfügung vom 7. 5. 2008 hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte die Republik Österreich aufgefordert, dazu Stellung zu beziehen, ob die Landesberufungskommission nach der derzeit geltenden Rechtslage ein „unabhängiges und unparteiisches“ Gericht im Sinne des Artikels 6 der Menschenrechtskonvention sei oder nicht. Angesichts dieser Aufforderung ist davon auszugehen, dass der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte die Beschwerden für zulässig erklären und in der Sache selbst entscheiden wird.

Es ist daher eine Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte zu erwarten, dass die Landesberufungskommissionen zumindest dann, wenn die Unwirksamkeit oder die Auslegung von gesamtvertraglichen Regelungen Verfahrensgegenstand ist, nicht menschenrechtskonform zusammengesetzt sind. Es wird sodann am Verfassungsgerichtshof liegen, die diesbezüglichen Bestimmungen des ASVG als verfassungswidrig aufzuheben.

Über den Ausgang des Verfahrens, das wohl noch ein bis zwei Jahre dauern wird, wird an dieser Stelle berichtet werden.

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

## JA zum Hausarztprinzip doch es braucht „wirkliche Hausärzte“

von Erich Laminger

*Ein effektives Gesundheitswesen, das damit ganz von selbst, weil wirkungsvoll, auch effizient ist, braucht ein starkes Fundament. Dieses ist der Hausarzt, also jener Arzt bzw. jene Ärztin, der/die vom tiefen persönlichen Vertrauen getragen gleichsam als „Leibarzt“ mit universellem Wissen über die gesamte Heilkunde das Leben begleitet.*

*An diese/n medizinische LebensbegleiterIn soll man sich mit jeder Selbstverständlichkeit in jedem Fall zuerst mit allen seinen kleinen und auch großen Leiden wenden können. Verbunden wäre damit die Erwartung, im alltäglichen Regelfall dort die gesamte erforderliche medizinische Leistung zu erhalten.*

*Das wäre das Ideal, das im Ballungsraum fast überhaupt nicht mehr und im ländlichen Bereich leider auch nicht mehr immer vorzufinden ist. Daher ertönt aus Patientenkreisen wann immer die Einführung des Hausarztprinzips zur Diskussion gestellt wird, also das Prinzip, dass jede andere medizinische Leistung erst erfolgen darf, wenn eine diesbezügliche hausärztliche (vom „Allgemeinmediziner“ ausgestellte) Zuweisung vorliegt, vielfach der Einwurf, man würde damit nur eine zusätzliche verteuerte „administrative“ Hürde schaffen. Ein solcher „Gatekeeper“ mache keinen Sinn und auch ich meine, dass ein reiner „Gatekeeper“ keinen Sinn macht, weil dies eben kein wirkliches Hausarztprinzip wäre.*

*Wirkliche Hausärzte müssen Ärzte bzw. Ärztinnen sein, die so viel Wissen und Erfahrung über den gesamten Körper und darüber hinaus haben, dass man sie zu Recht als „Arzt der gesamten Heilkunde“ bezeichnen kann. So oder so ähnlich sollten sie dann auch tatsächlich genannt werden. Fachlich auf diesem Generalwissen aufbauend sollen sie - nicht zuletzt auch wegen der guten Kenntnis der Patientenpersönlichkeit und deren Lebensumstände - treffsichere Diagnosen stellen und auf diesen basierend effektive Therapien gestalten können.*

*Diese Therapien, vielfach wohl auch „nur“ Lebensstilempfehlungen, wird ein/e PatientIn vom vertrauten „Leibarzt“ am ehesten derart annehmen, dass sie „adherent“, also selbst motiviert, auch tatsächlich umgesetzt werden. Das wieder setzt allerdings voraus, dass Diagnose und Therapie verstanden wurden, was entsprechender Arzt-Patientenkommunikation bedarf. Also muss ein wirklicher Hausarzt auch ein guter Kommunikator sein, mit der Fähigkeit, die Dinge in die Sprache und Verständnisswelt des Patienten „übersetzen“ zu können.*

*Akute Leidenszustände haben die geradezu naturgesetzhafte Eigenschaft, zur Unzeit, also nachts, am Wochenende usw. aufzutreten. Wer sich in diesen Zeiten in Schmerzen windet, vielleicht sogar Todesangst*

*hat, sucht verständlicher Weise nach ärztlicher Hilfe. Wünschen würde man sich gerade jetzt den „Leibarzt“, was nicht nur emotional sondern auch für die medizinische Effektivität äußerst sinnvoll wäre.*

*Der ärztliche Funknotdienst kann bei allem Engagement bei weitem nicht das leisten, was in diesem Fall der Hausarzt leisten könnte. Gerade jetzt wäre nämlich die umfassende Anamnese, wie sie nur der wirkliche Hausarzt haben kann, erforderlich und gerade in dieser Situation ist angesichts der Dringlichkeit eine solche vom Notdienst nicht annähernd erstellbar.*

*Um medizinische Risiken zu vermeiden, wird daher der/die PatientIn zu häufig in das nächste ansprechbare Krankenhaus gebracht. Dort wird zwar mit bestem Willen geholfen, aber in der Mehrzahl der Fälle viel aufwändiger als es bei Vorhandensein der entsprechenden Voranamnese notwendig gewesen wäre. Mit intelligenten Dienstverbund- und IT-Lösungen sollte das Thema der umfassenden zeitlichen Verfügbarkeit für die Hausärzte und Patienten heute gut lösbar sein.*

*So rundet sich das Bild des „wirklichen“ Hausarztes ab. Es muss also das Angebot stimmen, in medizinisch-fachlicher, in zeitlicher und last but not least in menschlich-kommunikativer Hinsicht, um das Facharztprinzip bei*



*den Menschen akzeptiert und dadurch für das Gesundheitswesen effektiv und effizient zur Wirkung zu bringen. Um es nicht zu vergessen: Selbstverständlich muss dem allen auch die Honorierung gerecht werden. Es bedarf also auch der konstruktiven Auseinandersetzung darüber und es wird gelingen müssen, dabei dem Prinzip „Geld folgt Leistung“ zwischen und auch innerhalb der Sektoren zu entsprechen.*

**Dr. Erich Laminger**  
Verbandsvorsitzender  
Eingetragener Mediator

**MANAGEMENT KREATIV**  
1220 Wien, Bibernellweg 8/54  
Tel.Fax: +43(0)1 734 02 02  
Mobil: +43 (0)664 1630577  
E-mail: [erich@laminger.co.at](mailto:erich@laminger.co.at)  
[www.laminger.co.at](http://www.laminger.co.at)

LEVITRA® – 5 mg / 10 mg / 20 mg Filmtabletten

**Zusammensetzung / Arzneilich wirksame Bestandteile:** Jede Tablette enthält 5 mg / 10 mg / 20 mg Vardenafil (als Hydrochlorid-Trihydrat). **Hilfsstoffe:** Crospovidon, Magnesiumstearat, Mikrokristalline Cellulose, Hochdisperses, Siliciumdioxid, Macrogol 400, Hypromellose, Titandioxid (E171), Eisenoxidhydrat (E172), Eisen(III)-oxid (E172). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion (ATC-Klasse: G04B E09) **Anwendungsgebiete:** Behandlung der erektilen Dysfunktion. Damit Levitra wirken kann, ist eine sexuelle Stimulation erforderlich. Für die Behandlung von Frauen ist Levitra nicht indiziert. **Gegenanzeigen:** Die gleichzeitige Anwendung von Vardenafil und Nitraten oder Stickstoffmonoxid-Donatoren (wie Amylnitrit) in jeder Form ist kontraindiziert. Bei Patienten, die aufgrund einer nicht arteriellen anterioren ischämischen Optikusneuropathie (NAION) ihre Sehkraft auf einem Auge verloren haben, ist Levitra kontraindiziert, unabhängig davon, ob der Sehverlust mit einer vorherigen Einnahme eines PDE5-Hemmers in Zusammenhang stand oder nicht. Mittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion dürfen generell nicht von Männern angewendet werden, denen von sexuellen Aktivitäten abzuraten ist. Levitra ist kontraindiziert bei Patienten mit schwerer Leberinsuffizienz, im Endstadium einer Nierenfunktionsstörung mit Dialysepflicht, Patienten mit Hypotonie, mit kürzlich erlittenem Schlaganfall oder Herzinfarkt, mit instabiler Angina pectoris sowie mit bekannten erblich bedingten degenerativen Retinaerkrankungen wie Retinitis pigmentosa. Die gleichzeitige Anwendung von Vardenafil mit starken CYP3A4-Inhibitoren (Ritonavir, Indinavir, Itraconazol und Ketoconazol (orale Formulierungen)) ist bei Männern über 75 Jahre kontraindiziert. Überempfindlichkeit gegenüber Vardenafil oder einem der Hilfsstoffe. **Zulassungsinhaber:** Bayer AG, 51368 Leverkusen, Deutschland **Status:** NR, apothekenpflichtig **Stand:** Juni 2006 **Weitere Informationen erhältlich bei:** Bayer Austria Ges.m.b.H., Herbststraße 6-10, 1160 Wien, Österreich, Tel. (01) 71146-0 *Weitere Angaben zu Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und zu den besonderen Warnhinweisen sind den veröffentlichten Fachinformationen zu entnehmen.*

**LEVITRA®**  
(VARDENAFIL HCI)

## Kassensanierung auf europäisch?

**D**as Lohngefälle nach Fernost gegen Null hin und eine demografische „Urne“ zwingen die Menschen in Mitteleuropa zu immer mehr Leistung bei immer längerer Lebensarbeitszeit. Immer weniger müssen in der Wirtschaft immer mehr produzieren. Immer weniger Junge müssen immer mehr Alte erhalten. Und die Erschöpfung setzt bei immer mehr Produktiven immer früher ein.

Wenn nun ein so genanntes „Gesundheitswesen“, das in Wirklichkeit ein medizinisches Krankenversorgungswesen ist, über eine restriktive Kostenregulierung „Gesundheit“ generieren will, so kann man über so viel Unverstand nur mehr bedauernd den Kopf schütteln. Außerdem sind die allermeisten Ärzte doch nicht mehr für Gesundheit zuständig!? Sie sind und bleiben doch mehrheitlich hoch qualifizierte Krankenbehandler.

Gesundheit läuft über völlig andere Schienen. Hier spielen das medizinisch vergessene ganzheitliche „Wurzelorgan“ Dünndarm, der aufklärerisch verpönte Zustand der Körperflüssigkeiten mit seinen Gefäßregulationen und das leider weithin übersehene und gering geschätzte „Muttergewebe“, die bindegewebige Matrix als die Nahversorgerin im Körper, die entscheidenden Rollen. Aber davon hat man in der modernen Medizin kaum noch eine Ahnung. Teure Apparaturen, hervorragende Medikamente und Behandlungsmethoden dienen beinahe ausschließlich der Krankheitsdiagnose und der daraus folgenden Krankenbehandlung. So kann man aber niemals ein Plus an Gesundheit generieren!

Gesundheit ist nämlich ein Geschenk, das man sich selbst macht, Sie benötigt nur eine einfache Regulationsdiagnostik und die individuelle Führung. „Niemand ist so gesund, wie er sein könnte“ meinte der bekannte Gesundheitsarzt Dr. F.X. Mayr.

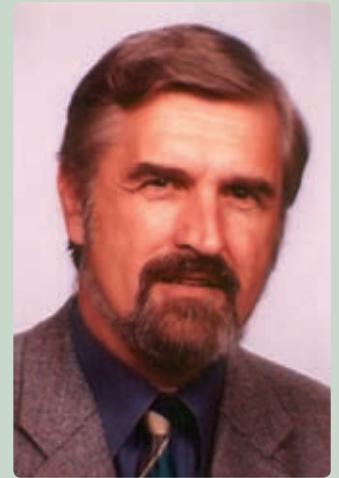
Es waren, wie so oft, gerade weitere Österreicher wie der weltberühmte „Vater der Stressforschung“ Prof. Hans Selye oder der nicht weniger überragende „Vater der Grundregulation“ Prof. Alfred Pischinger, die das bedeutendste wissenschaftliche Kontinuum der Medizingeschichte (so Prof. Hartmut Heine, Heidelberg) erstellt haben. Sie rehabilitierten nämlich in der Wissenschaft durch ihre Forschung die alten europäischen Heilstraditionen.

Mit einfachen Maßnahmen können nunmehr - akademisch völlig korrekt - nur gering modifizierte alte Anwendungen als echte Vorsorge von jedem jederzeit genützt werden. Ausdrücklich nicht gemeint ist damit aber die heute übliche Krankheitsfrüherkennung, die nur falsch als „Vorsorge“ etikettiert wird.

**„Niemand ist so gesund, wie er sein könnte“ meinte der bekannte Gesundheitsarzt Dr. F.X. Mayr.**

Die leicht mögliche Verringerung der Sozialversicherungswesen so sehr belastenden chronischen Erkrankungen ergäbe neben einer sofort spürbaren Kostenreduktion überdies auch noch einen gewaltigen Schub an Gesundheit für alle Menschen unserer mitteleuropäischen Gesellschaften. Das breite Erschließen der noch weitgehend brach liegenden Ressource „Gesundheit“ ist nämlich der alles überragende Konjunkturmotor von heute. Ohne diesen haben wir im globalen Konnex wirtschaftlich ganz schlechte Karten.

Dass diese Möglichkeiten zur Gesundung seit Jahren von den zuständigen politischen und gesellschaftlichen Vektoren massiv behindert wird, ist nur mehr aus dem einen Umstand verständlich, dass man über die ELGA - eine lebenslang durchgehende



Dr. Felix Berger

elektronische Gesundheitsakte über jeden Menschen - das Krankenversorgungswesen zum alles bisherige schlagenden Machtinstrument umfunktionieren will.

Über die geplante schrittweise Privatisierung der Spitäler, wie sie in Deutschland schon erfolgt und die dadurch mögliche Kostenregulation, wie diese beispielsweise in England bereits etabliert ist, wird das Krankenversorgungswesen darüber hinaus auch noch zum guten Geschäft für riesige Finanzkonzerne werden. In Holland läuft diese Art der Kassensanierung bereits dramatisch auf gründlicherem Weg.

Dort stirbt angeblich bereits jeder Sechste direkt oder indirekt durch die Hand eines Arztes - möglicherweise nach einem Motto: Weg mit Behandlungskosten und koste es das Leben!?

Wir stehen heute diesbezüglich alle am Scheideweg!

Dr. Felix Berger

[gesundheitsbildung@winatwork.at](mailto:gesundheitsbildung@winatwork.at)

**Circadin® 2 mg - Retardtabletten:** Qualitative und Quantitative **Zusammensetzung:** Jede Retardtablette enthält 2 mg Melatonin. **Sonstige Bestandteile:** 80 mg Lactose-Monohydrat, Ammoniummethacrylat-Copolymer (Typ B), Calciumhydrogenphosphat-Dihydrat, Hochdisperses Siliciumdioxid, Talkum, Magnesiumstearat (Ph. Eur.). **Anwendungsgebiete:** Circadin ist indiziert als Monotherapie für die kurzzeitige Behandlung der primären, durch schlechte Schlafqualität gekennzeichneten Insomnie bei Patienten ab 55 Jahren. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** andere Hypnotika und Sedativa, **ATC-Code:** N05CM17. **Inhaber der Zulassung:** RAD Neurim Pharmaceuticals EEC Limited, Berkshire RG7 8UB, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Informationen zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**