

Brief des Präsidenten

Geschätzte Kolleginnen, geschätzte Kollegen!

In Zeiten der Krise sind einzelne panische Reaktionen verständlich. Während der letzten Monate konnten wir allerdings Verdacht schöpfen, überstürzte Aktionen würden dazu benützt, einzelne Gruppen zu Krisengewinnern zu machen.

In der österreichischen Arbeitswelt gestalteten sich die Kollektivvertragsverhandlungen in mehreren Branchen schwierig wie schon lange nicht. Arbeitnehmer hielten es für angezeit die Öffentlichkeit durch eine Demonstration über die Aussichtslosigkeit einer Einigung zu informieren. Während die Arbeitnehmerseite ihren Anteil an den nachweisbaren Gewinnen der vergangenen Jahre einforderte, zeigte sich die Arbeitgeberseite außer Stande, „in Zeiten der Krise“ eine Steigerung der Lohnkosten hinzunehmen.

Im gleichen Zeitraum unterbreiteten einzelne, insgesamt keineswegs wenige Firmen, ihren Dienstnehmern Vorschläge, durch freiwilligen Lohnverzicht den Fortbestand des Betriebes und nicht zuletzt des eigenen Arbeitsplatzes zu sichern. Betriebsräte wurden zu diesen Besprechungen, die sogar in Form von Einzelgesprächen inszeniert wurden, nicht zugelassen. Die Absicht durch Abkommen dieser Art den Kollektivvertrag außer Kraft zu setzen und die Geschlossenheit der „Interessensgruppe Arbeitnehmer“ zu sprengen ist leicht zu erkennen.

Auch der Gesamtvertrag der Ärzteschaft ist den Gesundheitsreformern - gleichsam als Kollektivvertrag der ärztlichen Vertragspartner - ein Dorn im Auge. Die Forderungen nach Lockerung der Kündbarkeit, zeitlicher Befristung und ähnlicher Aufweichung sind uns nicht unbekannt. Im Rahmen der Möglichkeit die Krankenstandsmeldungen elektronisch zu übermitteln, ein Projekt das unter dem Kürzel e-AUM von der Chipkartengesellschaft in das e-card-Programm implementiert und ebenso voreilig wie laut in den Medien ausgetrommelt wurde, ereignete sich auch in unserer Branche der offene Versuch den Gesamtvertrag abzuwerten.

Ohne dass der Hauptverband eine Einigung mit den Bundesländerkassen vorweisen kann, ohne dass der Hauptverband eine Einigung mit der österreichischen Ärztekammer vorweisen kann, ohne dass auch nur ein Bundesland eine Einigung der Landesgebietskasse mit der Landesärztekammer vorweisen könnte, erfuhren wir über die Medien, dass ab sofort die elektronische Krankmeldung etabliert sei und Unsummen an Papier, Zeit und Geld einsparen werde.

Demgegenüber stehen gültige Beschlüsse unserer Gremien, dass ein weiterer Ausbau der Ordinationselektronik ohne vorherige Klärung und gerechte Verteilung der Kosten und des Nutzens nicht möglich sei. Demgegenüber stehen die Ergebnisse des Oberösterreichischen Pilotversuches und als Resümee die von Kurienobmann Schweninger formulierten und argumentierten Rahmenbedingungen (Hausarzt April 09), demgegenüber steht der noch laufende Versuch im Burgenland. Er sei überzeugt, gab D. I. Schörghofer, Generaldirektor Stellvertreter des Hauptverbandes und Verantwortlicher für das e-card-Projekt von diesen Tatsachen unbeeindruckt in der Presse zu Protokoll, dass bis Ende des Jahres 70 Prozent der Vertragsärzte auf dieses Service e-AUM zugreifen werden. Die Einladung seinerseits ergehe an alle.

Zähe Verhandlungen in den vom Gesetz her vorgesehenen Gremien, voreilige Angebote an einzelne Geschäftspartner. Wie sich die Bilder gleichen.

Wir können uns gut vorstellen, was e-AUM für den Informationsfluss zwischen Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung bedeutet, die Krankenstands An- und Abmeldungen beim AMS sind bekannte Schwachstellen in der Auskunftsverlässlichkeit der e-card den Versicherungsschutz des Bürgers betreffend. Ein großer, personalsparender Fortschritt, wenn Versicherungsnummern verwaltet werden sollen. Wir erleben täglich was e-AUM für den Kranken bedeutet. Eine Entpersönlichung des kranken Menschen mit allen kränkenden Folgen. Wenn wir bisher auch per Kurienbeschlüssen die Codierung der



Dr. Christian Euler

Krankenstanddiagnosen abgelehnt haben, werden sie in den kontrollärztlichen Büros dennoch codiert. Da wird ein „Ödem der Hornhaut des re Auges“ zu einem „Ödem, nicht näher bezeichnet“ dementsprechend ratlos dann der Umgang mit der betroffenen Sozialversicherungsnummer. Wie lange ist der Normkrankenstand für ein „Ödem, nicht näher bezeichnet“? Der Patient aber, der auf den Termin zur Hornhauttransplantation wartet, versteht das Misstrauen nicht, das ihn zum kontrollärztlichen Dienst vorlädt.

Ein Schritt mehr weg von der Behandlung kranker Menschen, hin zur Verwaltung von Krankheiten.

Die „Diagnose“ als individuelle Nachricht an den kontrollärztlichen Kollegen ist überholt, nur ein Wort soll sie sein und automatisch lesbar. Das Gespräch mit dem Krankenkassenkontrollor ist in einigen Bundesländern schon lange Geschichte, in den anderen die letzte Möglichkeit einen automatisiert ablaufenden Prozess menschengerecht zu korrigieren. Diese Möglichkeit ist zweifellos mit einem baldigen Ablaufdatum behaftet. Personaleinsparungsziele haben hohe Priorität. Wer am Menschen spart, spart an der Menschlichkeit! Nur: Sie hat in dieser Reform kein Gewicht.

Wir haben wieder begonnen Beiträge in das e-card-Tagebuch unserer Homepage zu stellen, auch das Gästebuch steht für Ihre Meinung wieder offen. Besuchen Sie uns auf www.hausarztverband.at. Das Gelingen Ihrer Sommerprojekte und erholsame Ferienwochen wünscht Ihnen

Christian Euler

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

Kontrolle ist gut, Vertrauen ist besser

Über die zerstörende Kraft des Misstrauens.

Ein Beitrag des Österreichischen Hausärztesverbandes zur Gesundheitsreform am 12. Mai 2009 im Radiokulturhaus, Wien.

An diesem Abend wollten wir den Versuch unternehmen uns gedanklich aus der Detailverstrickung zu lösen, die ja nicht zufällig entstanden ist. Wir wollten weg vom Streit um Prozente und Moratorien, die unsere Landesvertretung mit großem Getöse und geringem Erfolg führt und hin zur Warnung vor nachhaltigen gesellschaftspolitischen Veränderungen.

Seit Jahren führen die Gesundheitsreformer die Terminologie der Wirtschaft im Mund. Effektivität, Flexibilität, Funktionalität.... Sie haben nicht einmal inne gehalten, als das globale Wirtschaftssystem ungebremst in die Krise sauste, trotz aller Evaluation und allem Controlling. Immer noch finden Experten Gehör, die aus dem Sozialsystem einen Gewinn orientierten Wirtschaftszweig machen wollen. Gewinn für wen?

An der Spitze des Hauptverbandes steht Dr. Hans Jörg Schelling, ÖVP-Mandatar, Vizepräsident der Wirtschaftskammer, Ex-Geschäftsführer des Möbelhauses Lutz, der in einem Bericht des Nachrichtenmagazins „Profil“ (Nr. 21, 18. Mai 09) im Zusammenhang mit einem Verlust von 92 Millionen Euro Pflichtbeitragsgeldern aus Finanzspekulationsgeschäften der allgemeinen Unfallversicherungsanstalt genannt wird. Dr. Schelling war zu der Zeit Obmann der AUVA, als diese Beitragsgelder bei riskanten Geldanlagegeschäften verspekuliert wurden.

Kürzlich wandte sich der Geschäftsführer der Vinzenzgruppe (Ordensspitäler) an die Öffentlichkeit. Er hielt fest: Derzeit sind 6 Prozent der Spitalsbetten in gewinnorientierten, privaten Krankenhäusern. Tendenz steigend. „Das Gesundheitswesen wird stillschweigend zum Geschäft“

Diesem Stillschweigen wollen wir entgegenwirken.

Wir sind auf dem scheinbar unaufhaltbaren Weg von der patientenzentrierten zur krankheitszentrierten Betrachtungsweise, von der Behandlung kranker Menschen

zum Managen codierter Krankheitsbilder. Wir sind auf dem Weg zurück ins 19. Jahrhundert.

Im 19. Jahrhundert hatten die Menschen allerdings noch einen familiären beruflichen Lebensraum und persönlich in den meisten Fällen ein funktionierendes familiäres Umfeld.

In der gegenwärtigen Arbeitswelt wird der Wert des Arbeitnehmers durch seine Verwertbarkeit für das Produktivitätsziel definiert. Die Dauer des Anlernens ist ein wichtiges Kriterium für die Sicherheit des Arbeitsplatzes. Wer an einem Patz arbeitet, auf dem jedermann in zwei Tagen eingeschult werden kann, muss nicht lange krank sein um den Job zu verlieren.

Als Gegenpol einer dermaßen dehumanisierenden Arbeitswelt wünschen sich gerade hilfsbedürftige Menschen ein humanisierendes Behandlungsumfeld. Eine rein ökonomisch orientierte Gesundheitsreform, die den Wert eines intimen Arzt-Patientenverhältnisses leugnet, führt leidende Menschen geradewegs in eine emotionale, psychische Obdachlosigkeit.

Wenn wir Hausärzte auch in Zukunft lebensdienliche Arbeit leisten wollen, müssen wir auf dem Wert des Vertrauens beharren. Wir wollten an diesem Abend zeigen, dass Vertrauen auch von nicht so unmittelbar betroffenen Wissenschaftlern als Wert erkannt ist, dessen Verlust nicht ohne Folgen für die Menschen dieses Landes wäre.

In einem ersten Gespräch befassten sich der Wiener Psychiater Dr. Andreas von Heydewolff und Dr. Hans Zeger mit der Frage ob e-health das Vertrauen in



Dr. Andreas v Heydewolff u Dr. Hans Zeger

der Arzt-Patienten-Beziehung untergräbt. Eindrucksvoll bestätigte Dr. Zeger von Heydewolffs Bedenken, nannte die geplante ELGA ein Bürgerüberwachungsinstrument, und wies darauf hin, dass dem Konzept der Gesundheitsakte anstelle der Möglichkeit im Verdachtsfall Kontrollen vornehmen zu können eine Pauschalverdächtigung der Ärzteschaft und deren PatientInnen zu Grunde läge. Ebenso wurde im Laufe dieses Gespräches klar, dass die derzeit versicherte Freiwilligkeit der Teilnahme an ELGA weder für Ärzte noch für Patienten sicher, und des damit verbundenen technischen Aufwandes wegen wohl auch unwahrscheinlich sei. Dr. Zeger, dem wohl niemand Technikfeindlichkeit vorwerfen kann, forderte einmal mehr die Absicherung elementarer Menschenrechte auch im Gesundheitssystem ein.



Doz. Margot Schmitz, Dr. Hans-Joachim Fuchs, Prof. Gudrun Biffel

Die enge Verquickung von e-health und Arbeitswelt, derzeit durch das Angebot des Hauptverbandes die Arbeitsunfähigkeitsmeldung elektronisch zu übermitteln besonders einsichtig und aktuell, besprach Dr. Hans-Joachim Fuchs mit Frau Dozentin Margot Schmitz und Frau Professor Gudrun Biffel. Dr. Schmitz wies mit dem Begriff „freizeitlose Gesellschaft“ auf den Verlust der Grenze zwischen Arbeits- und Freizeit hin. In der regulären Arbeitszeit bleibe wegen administrativer Überlastung und störender Zwangskommunikation (e-mail, Mobiltelefon) keine Zeit für Kreativität und Reflexion. Die Dienstnehmer seien glücklich nach Feierabend endlich in Ruhe und konzentriert an die Lösung ihrer Aufgaben gehen zu können. Inzwischen finde das jedermann normal. Im besten Fall verdiene der Arbeitnehmer bei dieser

Dauerbelastung genug, um sich im Falle seiner unausweichlichen Erkrankung dann gute Ärzte leisten zu können.

Professor Biffl wies darauf hin, dass neben den allgemein einsichtigen Stressfaktoren auch die beengende Vorschrift, die dem Arbeitnehmer einen Arbeitsablauf aufzwingt und seiner Kreativität misstraut ein die Arbeitsfreude zerstörender, schwerwiegender Stressfaktor sei. Auch zeigte die Arbeitsmarktexpertin, wie dem Gesundheitssystem aus Gewinnstreben Gelder entzogen werden. In Österreich arbeitende Arbeitnehmer sind im „billigeren Ausland“ versichert, zahlen dort ihre Sozialversicherungsbeiträge ... solche Lohn- und Lohnnebenkosten sparende Konstruktionen seien keine Einzelfälle.



Dr. Daniel Bidner, Prof. Matthias Beck

Im dritten Dialog legte Dr. Daniel Bidner seinem Gesprächspartner Univ.- Prof. Matthias Beck und dem großen Auditorium das Dreiecksverhältnis Arzt, Krankenversicherung, Patient dar. Es sein ein



Dr. Christian Euler, Dr. Daniel Bidner, Prof. Matthias Beck

ständiger Konflikt für uns Ärzte zwischen dem Vertragspartner Sozialversicherung und dem Vertrauenspartner Patient zu stehen. Ein sauberes Verhältnis müsste auf der einen Seite den Patienten und seine Versicherung und auf der anderen Seite den Arzt haben. Der immer stärker werdende Druck auf die Ärzteschaft Einsparungsziele für die Versicherungen zu erreichen mache die Unmöglichkeit der seit Jahrzehnten etablierten Konstruktion immer öfter spürbar. Die Gesundheitsreform baue auf diese Fehlkonstruktion anstatt sie zu beseitigen.

Prof. Beck fand überraschend klare Worte zum status präsens. Er gab dem System noch maximal fünf Jahre, bevor es hoffnungslos und unausweichlich zusammenbricht. Er forderte von allen drei Gruppen, Patienten, Ärzte und Sozialversicherung Problembewusstsein und Selbstkontrolle ein. Eine ernsthafte Gesundheitserziehung schon im Volksschulalter, nicht nur um Selbstverantwortung für das eigene Befinden übernehmen zu können, sondern auch



Prof Matthias Beck

um das Sozialversicherungssystem und sein solidarisches Konzept zu verstehen, seien unverzichtbar. In der momentanen Situation bleibe den Versicherungen nichts anderes als rigoros zu sparen, auch verlange die Politik nichts anderes von ihnen. Diese „Symptombekämpfung“ aber sei der sichere Weg in die Unfinanzierbarkeit.

In einem übervollen Kulturcafe gelang es den Kollegen Fuchs, von Heydwolff und Bidner von ihren prominenten Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern klare Stellungnahmen zu erhalten. Es war nicht zu erwarten letztgültige Antworten zu hören, wohl aber wesentliche Fragen, die in den Überlegungen der Gesundheitsreformer kaum vorkommen.

Mit der nachdrücklichen Forderung nach Vertrauen als Basis jeder menschlichen Interaktion glauben wir uns keine unmögliche Wirklichkeit zu wünschen, sondern eine wirkliche Möglichkeit aufzuzeigen.

Beitrittserklärung:

Ja, ich trete dem ÖHV bei:

- als ordentliches Mitglied (Arzt/Ärztin f. Allgemeinmedizin, in Ausbildung, in Pension) Jahresbeitrag: € 90,-
Mitglieder der ÖGAM: € 80,- PensionistInnen: € 30,-
- als außerordentliches Mitglied (FachärztInnen)
Jahresbeitrag: € 90,-
- als förderndes Mitglied (z. B.: Firmen oder Körperschaften)
Anstelle eines Mitgliedsbeitrages tritt eine jährliche Spende
- Ich möchte aktiv an der Vereinsgestaltung mitwirken

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



Name

Adresse

Telefon

e-Mail

Unterschrift

Stampiglie

Am 14. Mai gab Dr. Wolfgang Werner anlässlich einer Pressekonferenz in Wien folgendes Statement ab:

Wien Stadt Arzt



Dr. Wolfgang Werner

In Großstädten wie Wien gibt es ein dichtes Angebot an hoch spezialisierten Gesundheitseinrichtungen. Dennoch würde die Gesundheitsversorgung bei Wegfall oder Einschränkung von Hausarzt-Praxen völlig zusammenbrechen.

810 HausärztInnen mit Kassenverträgen führten in Wien im vergangenen Jahr knapp 3,5 Millionen Behandlungen durch. Dabei verzeichneten sie rund 8,7 Millionen Patientenkontakte. Das heißt: Im Durchschnitt kommt jede/r PatientIn gut 2,5 Mal zum/r HausärztIn.

Wiens HausärztInnen führten rund 413.000 Hausbesuche (ohne Ärztefunkdienst) durch. Das bedeutet, dass im Durchschnitt jede/r 8. PatientIn zu Hause versorgt wird.

Vom Ärztefunkdienst wurden 2008 mehr als 61.000 Hausbesuche und mehr als 153.000 telefonische Beratungen durchgeführt.

Die Rolle der StadtärztInnen

Die meisten PatientInnen haben mehrere gesundheitliche Probleme. Es ist die Aufgabe der HausärztInnen die unterschiedlichen Symptome zuzuordnen und in eine Rangordnung der Wertigkeiten zu bringen. Gegebenenfalls werden dann die PatientInnen gezielt zu Spezialisten weitergeleitet.

Grundsätzlich ist eine moderne allgemeinmedizinische Versorgung patientenorientiert und nicht krankheitsorientiert. HausärztInnen, die ihre PatientInnen oft lebenslang begleiten, orientieren sich primär an den Bedürfnissen der PatientInnen. Sie sind um Subjektivität und nicht nur um medizinische Objektivität bemüht.

Die allgemeinmedizinische Versorgung verwirklicht seit jeher, was Politiker gerne plakativ fordern: Die Medizin kommt zu den Menschen. Bei den HausärztInnen gibt es keine Wartelisten.

Wesentliche Funktionen der HausärztInnen in Ballungszentren:

- Effizienteste Lösung (geringster Aufwand und geringste Kosten) eines Großteils der anfallenden medizinischen Probleme
- Kenntnis von sozialen Problemen und Einleitung von Lösungsmöglichkeiten
- Gutachten für behördliche Erfordernisse
- Vorsorgeuntersuchung und Lebensstilberatung
- Beobachtung und Meldung von Massenerkrankungen
- Impftätigkeit
- Zuweisung zu Spezialisten
- Auswertung und Besprechung von deren Befunden, sowie Beratung über weiteres Vorgehen
- Lehrtätigkeit (Turnusarztausbildung, Qualitätszirkel)

Krisenversorgung in Ballungszentren

Eine zentrale Rolle spielen HausärztInnen bei der Versorgung in Krisenfällen (z. B. Pandemien).

Beispiel Schweinegrippe: In Wien waren für den Krisenfall 300 Spitalsbetten vorgesehen, um infizierte Personen quasi unter Quarantäne zu stellen. Spätestens ab dem 301. Fall wäre eine Krisenversorgung ohne HausärztInnen nicht möglich. Um eine weitere dramatische Ausbreitung solcher Krankheiten zu verhindern, ist die Betreuung der PatientInnen zu Hause erforderlich. Dazu kommen Vorkehrungen und Anleitungen für die Angehörigen (im gleichen Haushalt), um Ansteckungsgefahren auf ein Minimum zu reduzieren. Ohne allgemeinmedizinisches Versorgungsnetz wäre eine solche Krisenversorgung nicht möglich.

Auslaufmodell Hausarzt?

Wie die Steuerberatungsgruppe MEDTAX vor kurzem meldete, sinkt der Wert der hausärztlichen Leistung kontinuierlich. Es sei daher demnächst der Punkt erreicht, dass die Tätigkeit als HausärztIn (mit Kassenverträgen) für junge MedizinerInnen nicht mehr erstrebenswert ist.

Dies hätte nicht nur für die Gesundheitsversorgung fatale Folgen sondern auch wirtschaftlich. Denn die Basisversorgung der Bevölkerung durch HausärztInnen ist auch bei fairer Honorierung unbestritten die kostengünstigste.

FACHKURZINFORMATION: Cerebokan® 80mg – Filmtabletten. INHABER DER ZULASSUNG: DR. WILLMAR SCHWABE GmbH & Co. KG., Willmar-Schwabe-Str. 4, D - 76227 Karlsruhe, Deutschland. Vertrieb in Österreich: AUSTRO-PLANT-ARZNEIMITTEL GmbH, Wien. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG: 1 Filmtablette enthält: 80 mg Trockenextrakt aus Ginkgo-biloba-Blättern (EGb 761®) DEV = 35-67:1, eingestellt auf 19,2 mg Ginkgo-flavonglykoside und 4,8 mg Terpenlactone (Ginkgolide, Bilobalid). Auszugsmittel: Aceton 60 % (m/m). Liste der sonstigen Bestandteile: Lactose-Monohydrat 45,5 mg; Croscarmellose-Natrium; Dimeticon-Emulsion; Hochdisperses Siliciumdioxid; Macrogol; Magnesiumstearat; Maisstärke; Hypromellose; Mikrokristalline Cellulose; Talkum; Farbstoffe: Titandioxid E171, rotes Eisenoxid E172, braunes Eisenoxid E172. ANWENDUNGSGEBIETE: Zur symptomatischen Behandlung von hirnororganisch bedingten geistigen Leistungseinbußen im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes bei dementiellen Syndromen mit der Leitsymptomatik: Gedächtnisstörungen, Konzentrationsstörungen, depressive Verstimmung, Schwindel, Kopfschmerzen. Zur primären Zielgruppe gehören Patienten mit dementiellem Syndrom bei primär degenerativer Demenz, vaskulärer Demenz und Mischformen aus beiden. Das individuelle Ansprechen auf die Medikation kann nicht vorausgesagt werden. Hinweis: Bevor die Behandlung mit Cerebokan 80mg-Filmtabletten begonnen wird, sollte geklärt werden, ob die Krankheitsbeschwerden nicht auf einer spezifisch zu behandelnden Grunderkrankung beruhen. Verlängerung der schmerzfreien Gehstrecke bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit bei Stadium II nach FONTAINE (Claudicatio inter-mittens) im Rahmen physikalisch-therapeutischer Maßnahmen, insbesondere Gehtraining. Vertigo. Auf Grund mangelnder Erfahrung bei der Anwendung bei Kindern und Jugendlichen gibt es keine Indikationen für Kinder. GEGENANZEIGEN: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile des Arzneimittels, Schwangerschaft. Pharmakotherapeutische Gruppe: Andere Antidementiva. Abgabe: Rp, apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Dosierung, Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen, Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen und Haltbarkeit sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Wer oder was verbirgt sich hinter KIT?

von Wolfgang Geppert

Was früher nach plötzlichen Todesfällen vom Hausarzt und Bestatter allein gemanagt wurde, ist jetzt Betätigungsfeld für eine Gruppe von angestellten und ehrenamtlichen Kräften.

Für Insider der NÖ Notfallversorgung ist es längst kein Geheimnis mehr: Bei Akutfällen, die über 144-Notruf-NÖ (früher: LEBIG) zur Meldung kommen, ist die gleichzeitige Alarmierung des Allgemeinmediziners vor Ort eher die Ausnahme als die Regel. Auf die verschiedenen Gründe dafür wird ein andermal eingegangen werden. Tatsache ist, dass wir oft in der Nähe eines Notfallgeschehens sind, ohne darüber in Kenntnis gesetzt worden zu sein.

So kann es passieren, dass wir Hausärzte im Rahmen unserer Visitentätigkeit zufällig an einer Wohnstätte vorbeikommen, welche von Blaulichtfahrzeugen verstellt ist und wir keine Ahnung haben, was vorgefallen ist. Einen medizinischen Notfall zu managen, das bedeutet für viele einzig und allein die Rufnummer 144 zu wählen und auf das Eintreffen des Notarztes zu warten. Umso erstaunter sind die Angehörigen eines Notfallpatienten, wenn der Hausarzt unerwartet durch die Tür tritt: „Herr Doktor, was machen Sie da? Wer hat Sie angerufen?“

Der Todesfeststellung folgt die Totenbeschau

Schnell wendet sich das Blatt, wenn die Reanimation der Notarztmannschaft erfolglos bleibt oder wenn bereits beim Eintreffen der Profis der Patient sichere Zeichen des Todes aufweist. Dann versuchen die Disponenten von 144-Notruf-NÖ in Windeseile einen Allgemeinmediziner aufzutreiben, der womöglich auch zur Totenbeschau berechtigt ist: „Herr Doktor, der Notarzt ist vor Ort und wartet auf Sie!“ Im Bestreben, alle Aufträge in möglichst kurzer Zeit an den Mann oder an die Frau zu bringen, übergehen die Telefonisten des Notrufes die Vorgabe, dass zwischen Feststellung des Todes und der Totenbeschau Stunden verstreichen sollen. Diese Notwendigkeit des Zeitabstandes den Disponenten erklären zu wollen, ist meist vergeblich. Folge: Man macht sich sofort auf den Weg, auch wenn die Notärztin oder der Notarzt zur Todesfeststellung vor Ort ist. Auf einem dieser Einsätze machte ich erstmals die Bekanntschaft mit einem mir bis dahin unbekanntem Begriff: „KIT“.

KIT ist nicht KITT

Schon vor Eintritt in das Schlafzimmer ahnte ich bereits, wer da vom plötzlichen Tod ereilt worden sein könnte: Der unverheiratete Jungbauer, stark übergewichtig und zuckerkrank. Der Blick auf den, auf dem Boden liegenden, leblosen Körper bestätigte meine Befürchtungen. Der Notfallsanitäter war gerade damit beschäftigt, die Klebeelektroden des Defibrillators abzunehmen, da flüsterte mir ein Rot-Kreuz-Mitarbeiter ins Ohr: „Die KIT ist bereits verständigt!“ Ein beiläufiges „Aha“ folgte meinerseits. Mir fehlte der Mut, Fragen zu stellen oder glatt zuzugeben, dass ich mit dem Begriff nichts anfangen kann. Dann begannen meine Hirnwindungen zu arbeiten: „Was oder wer ist KIT?“ Zuerst dachte ich an Bindemittel wie Leime, Kleister oder Mörtel. Blödsinn, die haben hier nichts zu suchen! Schließlich blieb meine zerebrale Suchmaschine beim Begriff „KITT“ (oder auch „K.I.T.T.“) hängen. Doch auch das sprechende Auto aus der Fernsehserie Knight Rider dürfte hier nicht gemeint sein, denn vor der Eingangstür stand ein kastenförmiger Notarztwagen, der mit einem Pontiac Firebird Trans Am keine Ähnlichkeit hatte. Der Notfallsanitäter neben mir wiederholte laut die Mitteilung aus seinem Dienst-Handy: „KIT-Anforderung wird bestätigt!“ 20 Minuten später trat ein großer Mann in grauer Uniform in den Schlafzimmertürbogen und stellte sich vor: „Grüß Gott, ich bin KIT-Mitarbeiter!“ Dann begann er mit der unter Tränen stehenden Mutter des Verstorbenen leise zu sprechen.

Google gibt erste Antworten

Abkürzungen drohen mehr und mehr in unser Berufsleben einzudringen. Gefürchtet sind sie bei KH-Entlassungen. Vorläufige Arztbriefe wimmeln oft nur so von Kürzeln und Kurzbezeichnungen. Patienten oder ihre Angehörigen haben womöglich schon einen kleinen Blick auf den mitgegebenen Brief geworfen und wollen von uns Aufklärung. Da heißt es sich, leise



Dr. Wolfgang Geppert

zu räuspern und eine Notlüge einzusetzen: „Ich habe kurz im Nebenzimmer noch was zu tun!“ Schnell wird zum nächsten PC mit Internetanschluss geeilt, denn Google gibt die Antwort. Entspannt kann man dann in das Ordinationszimmer zurückkehren, die empfohlenen Medikamente verordnen und geplante Kontrolluntersuchungen erörtern. Jetzt aus eigenem Antrieb über die Entlassungsdiagnose in Kurzform zu sprechen, das könnte Argwohn auslösen. Da gilt es eher auf Fragen, wie auf die folgende zu warten: „Herr Doktor, da oben, was heißt das?“ Eine ähnliche Verhaltensweise legte ich nach meiner soeben geschilderten Ersterfahrung mit einem KIT-Einsatz an den Tag. „KIT“ steht für Krisenintervention. Die Homepage vom Roten Kreuz verwendet in diesem Zusammenhang Begriffe wie „KIT-Team“, „KIT-Einsatz“ und „KIT-Mitarbeiter“. Die Betreuung von Angehörigen nach Tod durch Erkrankung, Verletzung oder Selbstmord steht im Vordergrund der Krisenintervention. Der Leistungsspiegel reicht von Mitarbeit bei der Ö-3-Kummernummer bis zur Vermittlung von Psychologen und Psychotherapeuten. Bei einer Sitzung der Arbeitsgemeinschaft Hospiz erfahre ich von einem KIT-Mitarbeiter weitere Details.

Ehrenamtliche Helfer

Die Krisenintervention ist eine Dienstleistung, die von ehrenamtlichen Helfern geleistet wird. Meist kommt sie nach erfolglosen Reanimationen zum Einsatz. Auch der Plötzliche Kindstod ist ein Alarmierungsgrund. Die kostenfreie Betreuung beschränkt sich auf einen einmaligen Einsatz von 2 bis 3 Stunden kurz nach dem Ereignis. Die Alarmierung erfolgt ausschließlich über →

144-Notruf-NÖ, sobald die Klienten der Betreuung zugestimmt haben. Aufgrund der oben beschriebenen Unbekanntheit der Dienstleistung, ist es nicht ratsam, Betroffene mit folgender Frage zu konfrontieren: „Brauchen sie die Krisenintervention?“ Besser wirkt schon: „Da gibt es wen vom Roten Kreuz, der könnte sie kurz betreuen.“

Im Weinviertel ist KIT seit 2001 verfügbar. Insgesamt 55 Mitarbeiter leisteten im vergangenen Jahr 130 Einsätze. In ganz NÖ waren es 570 Hilfestellungen. Die KIT-Helfer sind in unserem Bundesland nicht gleichmäßig verteilt. Im „Speckgürtel“ rund um Wien gibt es die höchste Dichte. Im Bezirk Mistelbach sind die Freiwilligen ganz im Norden (Umgebung von Laa/Thaya) und im Süden (Bereich Walkersdorf) konzentriert. Deshalb entstehen relativ lange Anfahrtszeiten für den Zentralbereich des Bezirkes. Bevor sie zum eigenständigen Einsatz kommen, haben die KIT-Mitarbeiter eine 18 Monate dauernde Ausbildung in Theorie und Praxis zu absolvieren. Meist tragen sie bei ihren Einsätzen die graue Rot-Kreuz-Uniform, bei Zeitknappheit kann auch das Zivilgewand verwendet werden. Der Dienstausweis hingegen, ist immer mitzuführen. Einsätze auf Autobahnen oder Schnellstraßen müssen in den roten Rot-Kreuz-Uniformen absolviert werden. Es versteht sich von selbst, dass ehrenamtliche Helfer tagsüber im Zivilberuf tätig sind. Das führt zu einer hohen KIT-Verfügbarkeit in den Abend- oder Nachtstunden. Die Vormittagsstunden an Wochentagen hingegen, sind von den Ehrenamtlichen nur schwer abzudecken.

Arzt und Bestatter auf sich allein gestellt

Leider kann ich mich noch gut an den Selbstmord eines Familienvaters in den Vormittagsstunden eines Wochentages erinnern. Die Gattin musste zusammen mit der behinderten Tochter den tödlichen Kopfschuss im Nebenzimmer mit anhören. Panik brach aus! Die Ehefrau wurde von Weinkrämpfen geschüttelt, ihre Tochter schrie laut. Der Notarztwagen war zu diesem Zeitpunkt weit weg und damit nicht verfügbar. Der Hausarzt der betroffenen Familie scheint dem Disponenten nicht bekannt gewesen zu sein. Meine Berufung platzte genau in die laufende Ordinationstätigkeit. Der Warteraum war gesteckt voll. Nach knapp 5 Kilometer Fahrt stand ich vor dem Haus der Tragödie. Schon im Vorgarten waren Schreie zu hören. 20 Minuten lang versuchte ich, als Krisenmanager ohne spezielle Ausbildung, mein Bestes. Der Einsatz von Gewacalm-Ampullen war unumgänglich. Schließlich traf der Bestatter, von einem vormittäglichen Begräbnis abgerufen, am Ort des Geschehens ein und leistete mir volle Unterstützung. Nichtsdestoweniger hätten wir damals einen KIT-Mitarbeiter, so er verfügbar gewesen wäre, mit offenen Armen empfangen, denn bei Vorfällen wie diesem ist jede zusätzliche Unterstützung ein Segen.

Differenzen sind möglich

Es liegt in der Natur der Sache, dass bei derartigen Extremsituationen auch Spannungen unter den beteiligten Helfern auftreten können. So berichtete der oben genannte Bestatter bei dem erwähnten Hospiz-Treffen über einen Todesfall mitten auf offenem Feld. Notarztwagen und Hubschrauber verließen den Ort des Geschehens, denn sie hatten neuen Berufen zu folgen. Beim plötzlich verstorbenen Altbauern blieben die Anverwandten und

der Leichenbestatter zurück. Alle warteten auf den KIT-Mitarbeiter, der auf eine Verabschiedung im Kreise der Familie direkt am Ort des Geschehens bestand. Über diese Vorgabe herrschte lebhaftige Diskussion per Handy. Plötzlich zog ein Gewitter auf. Da lud der Bestatter ohne weitere Rückfrage den Leichnam in sein Auto und steuerte die nächste Leichenhalle an. Das vom Roten Kreuz angeforderte KIT-Mitglied soll noch heute auf dem besagten Feld umherirren.

Gewaltentrennung: Zuerst KIT, dann AKUT

Neben dem Begriff „KIT“ haben wir Hausärzte gelegentlich von einem Akut-Team des Landes NÖ gehört. Die exakte Schreibweise dieser Institution schaut wie folgt aus: „PsychoSoziales AKUTteam NÖ“. Wie der Name schon andeutet, wird dieses Service vom Land NÖ finanziert. Über den Daumen gepeilt kann gesagt werden, dass das KIT-Team für die ersten Stunden nach dem Trauma zuständig ist, während die Psychologen und Psychotherapeuten des Landes danach ihre Arbeit aufnehmen. Auch in puncto Einsatzbereich gibt es Unterschiede. Bei psychiatrischen Erkrankungen und interfamiliären Krisen sind die Rot-Kreuz-Mitarbeiter des KIT-Teams nicht einzusetzen. Auch bei Gewalttaten oder Selbstmordandrohungen sind sie fehl am Platz. Die Mitarbeiter des Akut-Teams hingegen, stehen auch bei Gewalttaten, wie Morden oder Mordversuchen zur Verfügung. Beide Institutionen werden seit 1.5.2009 einheitlich über 144-Notruf NÖ angefordert.

Dr. Wolfgang Geppert

2193 Wilfersdorf

E-Mail: geppert@aon.at

SIFROL 0,088 mg Tabletten, SIFROL 0,18 mg Tabletten, SIFROL 0,35 mg Tabletten, SIFROL 0,7 mg Tabletten. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG: SIFROL 0,088 mg Tabletten enthalten 0,088 mg Pramipexol-Base (als 0,125 mg Pramipexoldihydrochlorid 1 H₂O), SIFROL 0,18 mg Tabletten enthalten 0,18 mg Pramipexol-Base (als 0,25 mg Pramipexoldihydrochlorid 1 H₂O), SIFROL 0,35 mg Tabletten enthalten 0,35 mg Pramipexol-Base (als 0,5 mg Pramipexoldihydrochlorid 1 H₂O), SIFROL 0,7 mg Tabletten enthalten 0,7 mg Pramipexol-Base (als 1,0 mg Pramipexoldihydrochlorid 1 H₂O). *Bitte beachten:* Die in der Literatur veröffentlichten Dosierungen von Pramipexol beziehen sich auf die Salzform. Deshalb werden Dosierungen sowohl als Pramipexol-Base und Pramipexol-Salz (in Klammern) angegeben. Pramipexol ist ein Dopaminagonist, der mit hoher Selektivität und Spezifität an Dopaminrezeptoren der D₂-Subfamilie, hier bevorzugt an die D₂-Rezeptoren, bindet. Pramipexol besitzt eine volle intrinsische Wirksamkeit. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Mannitol, Maisstärke, hochdisperses Siliziumdioxid, Povidon, Magnesiumstearat. **Anwendungsgebiete:** SIFROL ist angezeigt zur symptomatischen Behandlung des idiopathischen Morbus Parkinson, allein (ohne Levodopa) oder in Kombination mit Levodopa, d.h. während des gesamten Krankheitsverlaufs bis hin zum fortgeschrittenen Stadium, in dem die Wirkung von Levodopa nachlässt oder unregelmäßig wird und Schwankungen der therapeutischen Wirkung auftreten (sog. end-of-dose- oder on-off-Phänomene). SIFROL ist angezeigt zur symptomatischen Behandlung des mittelgradigen bis schweren idiopathischen Restless Legs Syndroms in Dosierungen bis zu 0,54 mg der Base (0,75 mg der Salzform). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **INHABER DER ZULASSUNG:** Boehringer Ingelheim International GmbH, 55216 Ingelheim am Rhein, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rp, apothekenpflichtig. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Fachkurzinformation: RoActemra 20 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jeder ml des Konzentrats enthält 20 mg Tocilizumab*. Jede Durchstechflasche enthält 80 mg Tocilizumab* in 4 ml (20 mg/ml). Jede Durchstechflasche enthält 200 mg Tocilizumab* in 10 ml (20 mg/ml). Jede Durchstechflasche enthält 400 mg Tocilizumab* in 20 ml (20 mg/ml). *humanisierter monoklonaler IgG1-Antikörper gegen den humanen Interleukin-6 (IL-6)-Rezeptor produziert mit rekombinanter DNA-Technologie in Ovarialzellen des chinesischen Hamsters. Sonstige Bestandteile: Jede 80 mg Durchstechflasche enthält 0,10 mmol (2,21 mg) Natrium. Jede 200 mg Durchstechflasche enthält 0,20 mmol (4,43 mg) Natrium. Jede 400 mg Durchstechflasche enthält 0,39 mmol (8,85 mg) Natrium. **Anwendungsgebiete:** RoActemra ist, in Kombination mit Methotrexat (MTX), für die Behandlung erwachsener Patienten mit mäßiger bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis (RA) angezeigt, die unzureichend auf eine vorangegangene Behandlung mit einem oder mehreren krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) oder Tumornekrosefaktor-(TNF)-Inhibitoren angesprochen oder diese nicht vertragen haben. RoActemra kann bei diesen Patienten als Monotherapie verabreicht werden, falls eine Methotrexat-Unverträglichkeit vorliegt oder eine Fortsetzung der Therapie mit Methotrexat unangemessen erscheint. **Gegenanzeigen:** • Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. • Aktive, schwere Infektionen (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 4.4 „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“). **Liste der sonstigen Bestandteile:** Sucrose, Polysorbit 80, Dinatriumhydrogenphosphat 12 H₂O, Natriumdihydrogenphosphat-Dihydrat, Wasser für Injektionszwecke. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Immunsuppressiva, Interleukin-Inhibitoren, ATC-Code: L04AC07. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Informationen zu Schwangerschaft und Stillzeit und zu Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Kassenärzte wünschen sich alternative Kooperationsformen neben der Gruppenpraxis

von Christoph Reisner

Eine freie Kooperation ist das Wunschbild aller Ärzte. Die Wahlärzteschaft macht es vor: Was vor einigen Jahren noch Zukunftsmusik war, hat sich dort mittlerweile auf breiter Front durchgesetzt. Ärztliche Kooperationen im Wahlärztesbereich sind zur Regel geworden, die möglichen Synergieeffekte geeigneter Modelle sind offenbar groß genug, immer mehr als Einzelkämpfer ausgebildete Mediziner zu gemeinsamem Handeln zu motivieren.

Ein gängiges Modell, welches sich auch im ländlichen Gebiet immer stärker etabliert, ist beispielsweise die Untervermietung von ganzen Ordinationen oder einzelnen Räumen. Diese Art macht selbst vor entlegenen Hausapothekergebieten nicht halt. Ein Arzt nutzt dabei die Infrastruktur seiner Ordination alleine dadurch besser aus, indem er einem Kollegen diese untervermietet. Hierbei spielt es keine Rolle, ob mit diesem Kollegen auch in weiterer Folge zusammengearbeitet wird. In diesen Konstellationen sind fachgleiche wie fachübergreifende Kooperationen möglich. Einziger Nachteil: Einzig das Konstrukt Gruppenpraxis ermöglicht eine echte ärztliche Kooperation im Kassensbereich.

Die Gruppenpraxis als Rechtskonstrukt ist jedoch vom Gesetzgeber erst seit knapp zehn Jahren zugelassen. Nun gibt der Gesetzgeber auch ganz klar vor, wie er sich einen gleichberechtigten Zugang zum Kassensystem vorstellt. So liegt es an den Vertragspartnern, dieses rechtliche Korsett halbwegs vernünftig zu nutzen. Alle Kritikpunkte an der Gruppenpraxisregelung sind nicht von Kasse und Kammer frei erfunden, sondern

in vertragspartnerschaftlicher Verhandlung auf Basis der Gesetze entstanden. Wir haben in Niederösterreich nun insgesamt sechs Modelle, wovon nur eines meinen Vorstellungen einer „echten“ Gruppenpraxis entspricht. Nämlich, dass durch eine Ausweitung des Stellenplans gleichzeitig eine Ausweitung des Angebots für die Patienten entsteht. Für eine Zusammenlegung von zwei bestehenden Vertragspraxen bräuhete man eigentlich keine Gruppenpraxis, ebenso für die Teilung einer Planstelle auf mehrere Ärzte. Die Gruppenpraxis ist aus meiner Sicht aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen nur bedingt als flächendeckende Versorgungsform geeignet. Ich glaube zwar, dass die Gruppenpraxis ein erster wichtiger Schritt sind. Aber die gesetzlichen Rahmenbedingungen lassen mich befürchten, dass es nur Einzelfälle sein werden, die eine Gruppenpraxis eröffnen werden.

Ob sich mit der Übergabe-Gruppenpraxis eine sinnvolle Übergabeoption etablieren wird, wird sich auch erst zeigen müssen. Mir fehlt allerdings eine Kooperationsform, die es völlig legal erlaubt, parallel zu arbeiten. Ich glaube, dafür würde ein großer Bedarf bei den meisten Praxen bestehen. Beispielsweise bei Allgemeinmedizinerinnen, wenn Grippewellen abzuarbeiten sind oder bei Hausbesuchen. Beim Facharzt fehlt die Möglichkeit einer Zuziehung eines Kollegen für Problemfälle, und zwar vollkommen flexibel ohne starres Korsett, wie sich der Bedarf eben ergibt. Man sollte Kooperationsmodelle nicht erzwingen, sondern einen vernünftigen Rahmen vorgeben, in dem sich die Ärzteschaft ohne Zwänge bewegen kann.

Wenn der Arzt aufgrund seiner Arbeitsbelastung auf einen oder mehrere Vertreter zurückgreifen kann, entsteht fast automa-

tisch ganz nebenbei eine schlanke Kostenstruktur durch die optimale Ausnutzung von Ressourcen. Die Patienten haben schon alleine durch die mögliche Ausweitung der Ordinationszeiten eine bessere Möglichkeit, das vorhandene Angebot wahrzunehmen. Es muss in Urlaubszeiten auch nicht mehr geschlossen werden, viele Vorteile einer „Gruppenpraxis in Optimalform“ wären bei so einem Modell zu erkennen. In diesem Sinne ist die Gruppenpraxis in der jetzigen Form ein kleiner Schritt, der nur die Bedürfnisse einer kleinen Minderheit abdecken wird. Wer es mit dem Ausbau der wohnortnahen, extramuralen Versorgung ernst meint, muss sich jedoch auch mit Hochdruck an den Ausbau schlanker ärztlicher Kooperationsformen wagen.



Foto: Ischank - Wiener Neustadt

Dr. Christoph Reisner

Dr. Christoph Reisner

Präsident der NÖ Ärztekammer
www.wahlarzt.at

Fachkurzinformation: Foster 100/6 Mikrogramm/Sprühstoß, Druckgasinhalation, Lösung. **Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge):** Jeder Sprühstoß (aus dem Dosierventil) enthält: 100 Mikrogramm Beclometasondipropionat und 6 Mikrogramm Formoterolfumarat-Dihydrat. Dies entspricht einer über das Mundstück abgegebenen Dosis von 86,4 Mikrogramm Beclometasondipropionat und 5,0 Mikrogramm Formoterolfumarat-Dihydrat. **Wirkstoffgruppe:** ATC-code R03 AK07. **Anwendungsgebiete:** Foster ist indiziert für die regelmäßige Behandlung von Asthma, bei der die Anwendung eines Kombinationsprodukts (Inhalatives Kortikosteroid und lang wirkender Beta-2-Agonist) angezeigt ist: • Patienten, die mit inhalativen Kortikosteroiden und inhalativen kurz wirkenden Beta-2-Agonisten zur bedarfsweisen Inhalation nicht ausreichend eingestellt sind, oder • Patienten, die mit inhalativen Kortikosteroiden und lang wirkenden Beta-2-Agonisten in Kombination bereits ausreichend eingestellt sind. Hinweis: Foster ist nicht geeignet für die Behandlung von akuten Asthmaanfällen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Beclometasondipropionat, Formoterolfumarat-Dihydrat und/oder einen der sonstigen Bestandteile des Arzneimittels. **Hilfsstoffe:** Norfuran (HFA-134a), Ethanol wasserfrei, Salzsäure. **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** Torrex Chiesi Pharma GmbH, Gonzagagasse 16/16, A-1010 Wien, Österreich. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Abgabe:** NR, apothekenpflichtig. **Erstellungsdatum/Änderungsdatum:** 28. 01. 2009

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

Hausapotheken

6km-Regelung bei Ein-Arzt-Gemeinden verfassungswidrig?

von Markus Lechner

Seit der Apothekengesetz-Novelle 2006 kennt das Apothekengesetz den Begriff der sogenannten „Ein-Arzt-Gemeinden“. Das sind (politische) Gemeinden, in denen nur ein Arzt für Allgemeinmedizin mit kurativen Einzelverträgen zu Sozialversicherungsträgern, also ein Kassenarzt für Allgemeinmedizin, seinen Berufs- und Ordinationsstz hat.

Seit derselben Novelle zum Apothekengesetz ist Ärzten für Allgemeinmedizin, die kurative Einzelverträge zu Sozialversicherungsträgern abgeschlossen haben, eine Konzession zur Errichtung und Führung einer ärztlichen Hausapotheke (unter anderem) dann zu erteilen, wenn sich in der Gemeinde des Ordinationsstzes keine öffentliche Apotheke befindet, die Gemeinde des Ordinationsstzes eine Ein-Arzt-Gemeinde ist und die (in einer anderen Gemeinde) nächstgelegene bestehende öffentliche Apotheke zumindest 6 Straßenkilometer entfernt ist.

Daneben sind bestehende ärztliche Hausapotheken in Ein-Arzt-Gemeinden seit der Apothekengesetz-Novelle 2006 absolut geschützt: Besteht nämlich in einer Ein-Arzt-Gemeinde eine ärztliche Hausapotheke, liegt – im Gegensatz zur früheren Rechtslage – kein Bedarf für eine öffentliche Apotheke in dieser Gemeinde mehr vor. Ein entsprechendes Ansuchen für eine öffentliche Apotheke wäre abzulehnen.

Anlässlich der 2. Gmundener Medizinrechtstage setzte sich der Klagenfurter Ordinarius Univ.-Prof. DDr. Michael Potacs, Institut für Rechtswissenschaften der Universität Klagenfurt, in einem Vortrag am 9. 5. 2009 eingehend mit der Frage auseinander, ob die zuvor geschildert 6km-Regelung nicht verfassungswidrig sein könnte. Univ.-Prof. DDr. Potacs erläuterte die Geschichte des Apothekengesetzes und das Verhältnis von öffentlichen Apotheken und Hausapotheken. Während nach seinem Befund das Verhältnis bis zur Apothekengesetz-Novelle 2006 von einem Primat der öffentlichen Apotheken geprägt war und ärztliche Hausapotheken lediglich Surrogatfunktion hatten, konstatiert Univ.-Prof. DDr. Potacs nunmehr einen Dualismus zwischen öffentlichen Apotheken und ärztlichen Hausapotheken. Letztlich gelangte er zur Ansicht, die 6km-Regelung sei aus nachstehenden Erwägungen verfassungswidrig:

Zum einen vertritt Univ.-Prof. DDr. Potacs die Auffassung, es läge ein Verstoß gegen den verfassungsrechtlichen Gleichheitsgrundsatz vor. Nach diesem fundamentalen Grundsatz sind vom Gesetzgeber gleiche Sachverhalte gleich zu behandeln, Ungleiches kann (aber muss nicht) ungleich behandelt werden.

Öffentliche Apotheken müssen nur 500 m voneinander entfernt sein. Eine sachliche Rechtfertigung für die 6km-Regelung im Verhältnis zwischen öffentlichen Apotheken und Hausapotheken ist nach Ansicht Univ.-Prof. DDr. Potacs nicht ersichtlich. Auf Grund einer gesetzlichen Regelung kann zwischen öffentlichen Apotheken die 500m-Entfernung ausnahmsweise unterschritten werden, wobei eine ähnliche (Ausnahme-) Bestimmung im Verhältnis zwischen öffentlicher Apotheke und Hausapotheke fehle. Wenn eine Unterschreitung der 500m-Entfernung zwischen öffentlichen Apotheken ausnahmsweise zulässig und geboten sei, sei kein Grund ersichtlich, warum nicht auch im Verhältnis zwischen öffentlichen Apotheken und ärztlichen Hausapotheken die ausnahmsweise Unterschreitung der vorgesehenen Entfernung zulässig sein müsse.

Zum anderen liege ein Verstoß gegen die verfassungsrechtlich garantierte Erwerbsausübungsfreiheit ärztlicher Hausapotheker vor, weil nach der Judikatur der Bestandsschutz



Mag. Markus Lechner

bestehender öffentlicher Apotheken nicht zu rechtfertigen sei, sondern Ziel des Gesetzgebers die ausreichende Medikamentenversorgung der Bevölkerung sei. Dieses Ziel könne durch weitere öffentliche Apotheken nicht beeinträchtigt werden, was auch im Verhältnis zu ärztlichen Hausapotheken zu gelten habe.

Konsequenz dieser interessanten Ausführungen von Univ.-Prof. DDr. Potacs: Allen niedergelassen Kassenvertragsärzten für Allgemeinmedizin, die ihren Ordinationsstz in einer Ein-Arzt-Gemeinde haben und die weniger als 6 km von der nächsten öffentlichen Apotheke entfernt sind, ist daher dringend zu empfehlen, Anträge auf Erteilung einer Konzession zur Errichtung und Führung einer ärztlichen Hausapotheke bei der zuständigen Bezirkshauptmannschaft einzubringen und die 6km-Regelung letztlich im Instanzenzug vor dem Verfassungsgerichtshof zu bekämpfen.

Da davon auszugehen ist, dass derartige Verfahren bald eingeleitet werden, sollte jeder mögliche Antragsteller auch sofort ein Verfahren einleiten, um vor dem Verfassungsgerichtshof als sogenannter „Anlassfall“ zu gelten (um nicht unter eine allfällige spätere gesetzliche Regelung zu fallen).

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



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). **Inhaber der Zulassung:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Ingelheim am Rhein, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkung mit anderen Mitteln und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.



Raucherentwöhnung ist die wichtigste präventive Maßnahme und unterstützt die Therapie. (Arznei & Vernunft 2001)

IND kassenfrei: COPD ab Stadium II nach Erstverordnung durch Pulmologen



SPI-050-08/1/5.12.2008

SPIRIVA® wurde von Boehringer Ingelheim entwickelt und wird gemeinsam mit Pfizer vertrieben. Alle Rechte vorbehalten. © Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co KG



SV047-08/09.12.2008

Die Ärzte - das Risiko (er)kennen ist die Bugwelle des Erfolges

Selten wird eine Berufsgruppe von Beratern so stark umworben wie die der Ärzte.

Da Ärzte natürlich aus geschäftlicher Sicht für jeden Berater interessante Mandanten darstellen, wird an diesem Klientel eindeutig zu viel „herumgedoktert“, oftmals mit fehlendem oder zu einseitigem Fachwissen. Wie kann man nun einen qualitativ hochwertigen Berater aus dem Finanzdienstleistungsbereich erkennen?

Generell gilt, dass eine qualitative, seriöse und unabhängige Beratung sicherlich preisgünstigere Angebote und damit bessere Leistungen verschaffen kann.

Grundlegend wichtig erscheint in diesem Zusammenhang,

- welche Berufsqualifikation der Berater vorweisen kann,
- welche Volumina der Berater betreut,
- welche gewerbliche Organisation dahinter steht und
- wie lange der Berater am Markt tätig ist.

Ein Berater aus dem Finanzdienstleistungsbereich verwendet demnach meistens die Titel „Gewerblich geprüfter Vermögensberater“ und „Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten gem. §94 Zf 76 GewO 1994“. Beides sind reglementierte Gewerbe, also es muss ein entsprechender Befähigungsnachweis erbracht werden.

Über die entsprechende Registernummer ist sein Gewerbewortlaut im Gewereregister einsehbar. (Gewerbeanfragen und Beschwerdemöglichkeiten sind über die Homepage www.bmwa.gv.at möglich).

Verlassen Sie sich bei der Wahl des Beraters neben genauem Prüfen auf Empfehlungen aus Ihrem beruflichen Umfeld, aber hinterfragen Sie diese sehr (!) gut. Meistens erkennt man auf diese Weise leicht, ob der Beratungsansatz bzw. die Beratungsphilosophie das erfüllen, was Sie suchen.

Nachfolgend finden Sie eine kurze Beschreibung jener Produkte, welche speziell für Ärzte generiert wurden. Aufgrund der Tatsache, dass die Produkte jeweils von verschiedenen Produktanbietern angeboten und auf die jeweiligen Bedürfnisse abgestimmt werden können, ist der Gang zu einem qualifizierten Berater empfehlenswert.

Versicherungen

Im Versicherungsbereich gibt es einige Rahmenverträge, die von der Ärztekammer mit der gesamten Versicherungswirtschaft ausverhandelt wurden. Diese Rahmenverträge (nachfolgend RV genannt) werden in der Regel von Versicherungsmaklern verwaltet und zeichnen sich zumeist durch ein ausgezeichnetes Preis-, Leistungsverhältnis aus:

Ärztehaftpflicht

Die Haftpflichtversicherung (RV vom Verein Ärzteservice) deckt das Risiko von beruflichen Kunstfehlern ab. Daraus erfährt der Arzt Verteidigung im Falle einer Schadenersatzforderung und Deckung im Falle eines Schuldspruches. Diese Versicherung ist somit existenzsichernd und unverzichtbar.

Ärzterechtschutz

Die Rechtschutzversicherung (RV vom Verein Ärzteservice) deckt die Durchsetzung eigener Rechtsansprüche notfalls auf dem Gerichtsweg ab. Wenn der Arzt eines strafrechtlichen Delikts wie z. B. der Körperverletzung bezichtigt wird, benötigt er den Rechtsschutz auch zur Verteidigung.

Ordinationsversicherung

Die Ordinationsversicherung ist die „Haushaltsversicherung“ für die Ordination, deckt also die Risiken Feuer, Leitungswasser, Sturm, Einbruch und Vandalismus sowie die Haftpflicht für Räumlichkeiten ab. In dieser Sparte wird dzt. kein Rahmenvertrag angeboten. Ordinationsversicherungen bieten zwar alle Versicherungen an, zumeist aber nur als Bündel mit mehreren anderen Sparten gemeinsam.

Unfallversicherung

Für freiberuflich Tätige wird von einem Konsortium aus Uniqa und Wiener Städtischen ein RV angeboten, der für Ärzte eine Versicherungssumme über 300.000.-€ mit einer 300%igen Progression und einer sensationellen Gliedertaxe beinhaltet.

Betriebsunterbrechungsversicherung

Während eines temporären persönlichen Ausfalls ersetzt die Betriebsunterbrechungsversicherung (BUFT) für freiberuflich Tätige den entgangenen betrieblichen Umsatz in der Regel bis zu einem Jahr. Damit kann der Ordinationsbetrieb so lange aufrecht erhalten werden, bis geklärt wurde, ob eine langfristige Fortführung möglich ist. Die Versicherungssumme ist dabei frei wählbar, darf jedoch den normalen „gesunden“ Umsatz nicht übersteigen.

Krankenversicherung

Es gibt auch RV zur Krankenversicherung, diese unterscheiden sich aber regional.

Vorteile für Ärzte:

- keine Wartezeiten,
- Vorerkrankungen werden ohne Mehrprämie meistens eingeschlossen.

Es ist in diesem Zusammenhang wichtig zu wissen, dass es für freiberuflich Tätige die Wahlmöglichkeit gibt, auf einen privaten Tarif umzusteigen, da es zwar eine Versicherungspflicht gibt, aber keine Pflichtversicherung. Das macht spätestens dann Sinn, wenn sich der Krankenversicherungsbeitrag ab dem 3. Jahr nach Gründung der 349.-€ Grenze pro Monat nähert.

Vorteil:

- die Prämie orientiert sich an Alter und Geschlecht.
- Die Deckung entspricht einer vollen privaten Zusatzdeckung,
- zusätzlich ersetzt sie auch komplett die gesetzliche Seite.

Freibetrag für investierte Gewinne

Für freiberuflich Tätige besteht seit 1.1.2007 gem. §10 Abs 1 EStG die Möglichkeit, bis zu 10 Prozent des Jahresüberschusses einkommenssteuerfrei zu stellen →

und damit die Steuerbemessungsgrundlage zu reduzieren. Bei einem entsprechenden Einnahmenüberschuss kann unter anderem ein begünstigtes Investment gekauft werden, muss aber für 4 Jahre gehalten werden. Diese begünstigten Investments unterscheiden sich natürlich in ihrer Qualität und in ihrer Performance – hier ist ein Vergleich sehr empfehlenswert! Wichtig zu erwähnen ist hierbei, dass es ab kommendem Jahr grundlegende Änderungen in diesem Zusammenhang geben wird. Genauere Informationen hält Ihr Steuerberater für Sie bereit.

Die Bank

Die Bank für Ärzte (ehemalige WIF-Bank) mit Filialen in Wien, Linz, Graz und Innsbruck hat sich explizit auf Sonderkonditionen für Ärzte und arznei-nahe Berufe spezialisiert (www.aerztebank.at). Unabhängig davon bieten natürlich auch alle anderen Banken Sonderkonditionen für freiberuflich Tätige in eigens dafür vorgesehenen Abteilungen an. Die Anforderungen rund um das Geld werden täglich vielfältiger und umfangreicher.

Um qualitativ hochwertige Informationen in den Bereichen
 → Vermögensaufbau → Vermögensverwaltung
 → Versicherungs-, und Riskmanagement
 → Finanzierungsabwicklung und Finanzierungsbetreuung,
 → betriebliche Absicherungen und → Altersvorsorge zu bekommen, bedarf es daher einer Auslagerung mancher Fachgebiete bzw. einer Kooperation mit Experten.

Daher: Quidquid agis, prudenter agas et respice finem!

Was auch immer du tust, tue es klug und habe dein Ziel im Auge!
 [gesta Romanorum 103]



Martina Hagspiel

gew. gepr. Vermögensberaterin, Versicherungsmaklerin
 und Beraterin in Versicherungsangelegenheiten gem.
 §94Z. 76 GewO 1994
 Mobil: 0664 84 39 414
 Email: martina.hagspiel@asset.at

Disclaimer: Die angeführten Informationen dienen lediglich der unverbindlichen Information, stellen kein Angebot zum Kauf oder Verkauf der genannten Finanzinstrumente bzw. Versicherungen dar und dürfen auch nicht so ausgelegt werden. Die Informationen dienen nicht als Entscheidungshilfe für rechtliche, steuerliche oder andere Beratungsfragen. Jeder, der diese Daten zu diesen Zwecken nutzt, übernimmt hierfür die volle Verantwortung. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Investitionen in die beschriebenen Finanzinstrumente mit Risiken verbunden und nicht für jeden Anleger geeignet sind. Soweit Informationen zu einer bestimmten steuerlichen Behandlung gegeben werden, wird darauf hingewiesen, dass die steuerliche Behandlung von den persönlichen Verhältnissen des Mandanten abhängt und künftig Änderungen unterworfen sein kann. Die Autorin gibt ausschließlich ihre private Meinung wieder und übernimmt keine Garantie für die Korrektheit, Zuverlässigkeit, Aktualität oder Vollständigkeit der genannten Informationen. Es besteht keine Verpflichtung zur Richtigstellung etwaiger unzutreffender, unvollständiger oder überholter Angaben.

COSAAR® - COSAAR® Plus – FORTZAAR®.

MSD setzt Akzente beim Packungsdesign.

Um Patienten die Erkennbarkeit ihres Medikamentes in allen europäischen Ländern zu erleichtern, wird das Packungsdesign vereinheitlicht.

Ab Juni tritt COSAAR®, COSAAR® Plus und FORTZAAR® in modernem Look auf. Weiße Packung, das MSD Logo, Schriftzüge der einzelnen Stärken und eine eindeutige und klare Angabe der Dosis zählen zu den Kernelementen. Daneben werden alle Packungen den Markennamen in Blindenschrift aufweisen. Für Apotheker nun vereinfacht: der große Barcode auf der Rückseite.

Die Packungen werden schrittweise in allen europäischen Ländern dasselbe Design aufweisen, sodass – trotz teilweise leicht abweichender Markennamen - für die Patienten die maximale Erkennbarkeit gegeben ist.

COSAAR®, COSAAR® Plus und FORTZAAR® sind eingetragene Handelsmarken von E.I. DU Pont de Nemours and Company, Wilmington, Delaware, USA.
 Erstellungsdatum: Mai 2009



Kontakt: MSD – Merck Sharp & Dohme Ges.m.b.H.
Mag. Dominik Lautsch
 A – 1220 Wien, Donau-City-Straße 6
 Tel. 01/26044-166, Fax: 01/26044-83
 E-mail: dominik_lautsch@merck.com

Fachkurzinformation: Bezeichnung des Arzneimittels: Simvastatin „Hexal“ 10 mg – Filmtabletten; Simvastatin „Hexal“ 20 mg – Filmtabletten; Simvastatin „Hexal“ 30 mg – Filmtabletten; Simvastatin „Hexal“ 40 mg – Filmtabletten; Simvastatin „Hexal“ 80 mg – Filmtabletten; **Zusammensetzung:** Simvastatin „Hexal“ 10 mg – Filmtablette enthält 10 mg Simvastatin. Simvastatin „Hexal“ 20 mg – Filmtablette enthält 20 mg Simvastatin. Simvastatin „Hexal“ 30 mg – Filmtablette enthält 30 mg Simvastatin. Simvastatin „Hexal“ 40 mg – Filmtablette enthält 40 mg Simvastatin. Simvastatin „Hexal“ 80 mg – Filmtablette enthält 80 mg Simvastatin. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: HMG-CoA-Reduktase-Inhibitoren ATC-Code: C10A A01 **Anwendungsgebiete:** – Zur Behandlung der primären Hypercholesterinämie oder kombinierten Dyslipidämie begleitend zu Diät, wenn Diät und andere nicht pharmakologische Maßnahmen (z. B. körperliches Training, Gewichtsabnahme) allein nicht ausreichen. Zur Behandlung der homozygoten familiären Hypercholesterinämie begleitend zu Diät und anderen lipidsenkenden Maßnahmen (z. B. LDL-Apherese) oder wenn solche Maßnahmen nicht geeignet sind. – Zur Senkung kardiovaskulärer Mortalität und Morbidität bei Patienten mit manifester atherosklerotischer Herzerkrankung oder Diabetes mellitus, deren Cholesterinwerte normal oder erhöht sind. Begleitend zur Korrektur anderer Risikofaktoren und kardioprotektiver Therapie. **Gegenanzeigen:** – Überempfindlichkeit gegenüber Simvastatin oder einem der sonstigen Bestandteile; – Aktive Lebererkrankung oder unklare andauernde Erhöhung der Serum-Transaminasen; – Schwangerschaft und Stillzeit – Gleichzeitige Gabe von potenten CYP3A4-Inhibitoren (z.B. Itraconazol, Ketoconazol, HIV-Protease-Inhibitoren, Erythromycin, Clarithromycin, Telithromycin und Nefazodon). **Schwangerschaft und Stillzeit:** Simvastatin ist während der Schwangerschaft kontraindiziert. Es ist nicht bekannt, ob Simvastatin oder seine Metaboliten in die menschliche Muttermilch übergehen. Da viele Arzneimittel in die Muttermilch übergehen und aufgrund des Potentials für schwerwiegende unerwünschte Wirkungen bei Säuglingen darf Simvastatin von stillenden Frauen nicht eingenommen werden. **Verfügbare Packungsgrößen:** 30 Stück **Inhaber der Zulassung:** Hexal Pharma GmbH, 1235 Wien **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

04-10-CZR-2009-AT-4344-1