

Brief des Präsidenten

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

von Christian Euler

Trotz der auch Ihnen wohl-
bekannten unaufhörlichen
Postflut bringe ich es nicht
fertig Zeitschriften unge-
lesen zu entsorgen. Ich weiß, dass es
vielen von uns so geht. Man erkennt
deren Wohnungen an verschiedenen
hohen Zeitungstürmen an mehreren
meist unpassenden Lagerstätten.

Trotz alledem, ein respektvoller Umgang mit Fachpublikationen ist immer wieder lohnend. In der Zeitschrift „krebs:hilfe“ 4/06 fand ich Diskussionsbeiträge zur „Gerechtigkeit im Gesundheitswesen“, in der Ärztezeitung vom 10. Juni stieß ich auf eine Arbeit Prof. Sonnecks über den „Suizid des alten Menschen“. Beide Texte gaben meinen aktuellen Überlegungen wichtige Impulse.

Der Satz: „Gerechtigkeit im Gesundheitswesen lässt sich am ehesten gewährleisten, so lange es den so genannten „statistischen Menschen“ betrifft“ aus der Feder des Medizinethikers Dr. Michael Peitinger gab mir den Terminus, nach dem ich lange gesucht habe: der „statistische Mensch“. Genau dieses Wesen wird von den Gesundheitssystemreformern bedient. Seine Identität wird durch Alter, Geschlecht, Wohnort, wenn es etwas subtiler zugeht noch durch Bildungsgrad, Familienstand, Einkommensverhältnisse definiert, sein Schicksal durch eine codierte Diagnose, sein Anspruch an das Gesundheitssystem durch einen Diagnose- und einen Behandlungspfad.

In ihrem Diskussionsbeitrag „Gerechtigkeit im Gesundheitswesen hat sehr viel mit Solidarität zu tun“ bezeichnet die Gynäkologin, Endokrinologin und Ethikerin Frau Univ. Doz. DDr. Barbara Maier, die Definition „Gesundheit ist Lebensouveränität“ als besonders gelungen. Welche Folgen wird der derzeit mit blindem Eifer verfolgte Reformweg für die Souveränität des Patienten, welche Folgen für die souveräne Berufsausübung des einzelnen Arztes haben?

Die Verantwortlichen haben sich der durch berufliche Nähe und mitmenschliches Engagement mit den Hilfsbedürftigen verbundenen per Gesetzeskraft entledigt.

In keinem planenden, entscheidenden, kontrollierenden Gremium stören Ausübende von Heilberufen, die ein Korrektiv im statistisch basierten Modell einer Gesundheitsreform sein könnten. Ihr Bemühen um einen ganzheitlichen Zugang zum individuellen Patienten wird als intransparent, fehleranfällig, verschwenderisch und von Eigeninteressen bestimmt denunziert.

Diese verächtliche Grundhaltung ist bis ins kleinste Detail erkennbar. Vor einigen Wochen erhielten die burgenländischen Kassenvertragsärzte ein Rundschreiben, das sich mit den Kriterien der Kostenübernahme für Fahrspesen durch die BGKK befasste. Der entscheidende und die Einzelschicksale verachtende Satz lautete: „dabei ist es unerheblich, ob tatsächlich ein öffentliches Verkehrsmittel vor Ort verfügbar ist, oder wie lange eine Fahrt dauern würde. Die Beurteilung ist ausschließlich auf die medizinische Indikation abzustellen“. Das Rundschreiben schließt mit der Drohung einer Ausweitung der chefärztlichen Bewilligungspflicht, sollten die Vertragsärzte die steigenden Ausgaben für Fahrkosten nicht in den Griff bekommen.

Mit einer Dienstanweisung soll der Vertragspartner in seiner ärztlich umfassenden Denkweise behindert werden. Der unbeholfene Patient bleibt auf der Strecke, das aber ist „unerheblich“ so lange er gehen kann und in ein vor Ort nicht verfügbares Verkehrsmittel einsteigen könnte. So unverhohlen und detailfreudig will sich der Zynismus der Obrigkeit den Weg bis an die Basis bahnen.

In Österreich sterben doppelt so viele Menschen durch Suizid, wie durch Verkehrsunfälle. Diese Zahl ist generell rückläufig wenn auch nach wie vor in der oberen Hälfte im entsprechenden EU-Vergleich. Kamen 1866 noch 28 Suizidopfer auf 100.000 Einwohner, waren es 2005 nur noch 17. Dramatisch angestiegen ist im gleichen Zeitraum der Anteil der über 65jährigen Lebensüberdrüssigen, extrem die Zahl der über 85jährigen. Prof. Sonneck beleuchtet mit seinen Co-Autoren in der Österreichischen Ärztezeitung das Thema umfassend und sachlich. Er bedauert allerdings die geringe öffentliche Aufmerksamkeit die dieser Problematik - im Gegensatz zu den



Dr. Christian Euler

Verkehrstoten - geschenkt wird und findet klare Worte: „Die Ursache dafür mag in der reduktionistischen Tendenz zur ökonomischen Sichtweise liegen, alte Menschen bloß als Kosten verursachende, unproduktive Randgruppe anzusehen, ohne deren sozialen geschichts- und Kultur tragenden Wert anzuerkennen“.

„Die Reduktion des Menschseins auf seine angeblich messbare Physis, wie es die Wissenschaft oder alle uns bekannten EBM-Apostel so gerne sehen würden erleichtert natürlich das Abschieben der aktiven und passiven individuellen Verantwortung auf Normen und Regeln. Verantwortungsvolle Medizin schaut aber anders aus.“ schrieb mir ein engagierter Kollege.

Schon Michael Balint widmete Anfang der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts in seinem Standardwerk ein Kapitel dem „ewigen Lehrer-Schülerverhältnis“ und erklärte die Sehnsucht des Arztes, seine Verantwortung zu teilen, unter anderem mit der Hierarchie, an die sich jeder während seiner Ausbildung gewöhnen musste. So ist - was der oben zitierte Kollege schreibt - tatsächlich ein Angebot: halte Dich an die vorgegebenen Regeln und Normen und Deine Existenz steht unter dem Schutz der großen anonymen aber mächtigen Institution. Besonders für Kassenvertragsärzte hat dieses Angebot unlegbar Gewicht.

Wie großartig wäre es allerdings, könnten wir uns mit der Bürde unserer Verantwortung auf eine grundsätzliche Ausbildung, kollegialen Meinungsaustausch, kurz: eine erlebte, dynamische, lebendige Aus- und Weiterbildung stützen. Stellen wir uns vor, die Gesundheitspolitik verwendete die Energie, die sie seit Jahren in getarnte Spar- und Rationierungsprogramme steckt, in die - gerade in diesen Jahren an Qualitätsschwund leidende - ärztliche Ausbildung. Stellen wir uns vor, man wollte gemeinsam und vertrauensvoll in die Zukunft aufbre-



chen, anstatt das Misstrauen in immer absurder werdenden Reglementierungen festzuschreiben.

Blieben wir wo wir hingehören! Auf dem Boden der Wirklichkeit, auch wenn uns die statistisch erkannte Realität scharf ins Gesicht bläst, nahe an den Patienten, auch wenn deren individuelle Bedürfnisse keine Chance mehr haben, wahrgenommen zu werden, treu bei unseren Vorstellungen, mit denen wir angetreten sind den Hausarztberuf auszuüben. Suchen wir den Austausch mit Kolleginnen und Kollegen. Persönlich werde ich reich beschenkt durch standespolitische und auch fachliche Korrespondenz quer durch Österreich, zustimmend, verärgert, oft verbunden mit Literaturhinweisen oder einschlägigen Arbeiten. Immer wieder erfahre ich dankbar den Motivationsschub, den Denkanstoß, die heitere Gelassenheit, die aus dieser lebensnahen Kommunikation und Weiterbildung kommen.

Nur auf dem Boden einer selbst gepflegten und geschätzten Wirklichkeit sind wir sicher vor den Täuschungen einer errechneten Realität rund um den „statistischen Menschen“ und bleiben in der Lage menschlich zu handeln.

Ich will nicht leugnen, dass alle auch noch so individuell verlaufenden Fälle der gleichen Gesundheitsstörung weit über 80% Übereinstimmung zeigen. Es ist auch nicht zu leugnen, dass zwischen Menschenaffen und Menschen weit über 90% genetische Übereinstimmung herrscht. Wer aber wollte leugnen, dass da wie dort die Orientierung an diesen wenigen, unterschiedlichen Prozenten für die Qualität unseres Denkens und Handelns entscheidend ist.

Post scriptum:

Die quantitativen Antworten auf qualitative Fragen konnten wir auch Anfang August rund um die Diskussion „illegaler, osteuropäischer Pflegekräfte“ erleben. Nur zögerlich fanden sich Experten, die fest hielten, dass diese Frauen in tausenden Fällen alten Menschen den Verbleib in ihrer gewohnten Umgebung sichern, dass sie bemüht sind ein mitmenschliches Vaku-

um zu füllen, dass die Konsumgesellschaft einerseits keine Arbeitskräfte anzubieten vermag, die solche Dauerdienste auf sich zu nehmen bereit wären, und auch über keine Pensionisten verfügt, die sich solche Dienstleistungen zu österreichischen Tarifen zukaufen könnten. Schon seit Jahren weist Dr. Felix Berger, ein Fachmann für menschenzentrierte Medizin, auf den Unterschied zwischen Pflege und Betreuung hin. Wir haben weit mehr Betreuungsdefizit als Pflegenotstand.

Ich erinnere mich gerne unseres Hausärztes über die Betreuung chronisch Kranker im Kreise ihrer Familien im April 2005, an den engagierten Arztkollegen Dr. Bernhard Lang, der die Betreuung der Betreuenden vorlebt und fordert, an die kompetente Pflegewissenschaftlerin Mag. Sigrid Maudrey, die auf die internationale Dimension dieser „Nachbarschaftshilfe“ hinwies, ein Umstand, der in den vergangenen Monaten fast nicht zur Sprache kam.

In Österreich pflegen Rumäninnen, in Rumänien Ukrainerinnen, in der Ukraine Asiatinnen... das alles ist wissenschaftlich erfasst, es gibt Statistiken darüber, ja selbst über den „statistischen Menschen“ könnte diese Problematik erkannt werden.

Wie reagiert das offizielle Österreich? Nicht etwa die Gesundheitsministerin oder der Sozialminister meldeten sich prompt zu Wort, nein, der Wirtschaftsminister setzt einen fiktiven Monatslohn herab (von 1500 Euro auf 1200) und hofft einen Beitrag zur Problemlösung geleistet zu haben.

In meiner Grenzregion bekommen pflegende Frauen maximal 900 Euro pro Monat, das sind 30 Euro für 24-Stunden helfende Anwesenheit. In diesen Beträgen rechnen österreichische Institutionen Halbstundeneinsätze ab.

Wenn Experten eine Aufwertung des Pflegeberufes, ein höheres Sozialprestige und bessere Bezahlung fordern, so haben sie die Problematik nicht erkannt! Jede Aufwertung des heimischen Pflegepersonals ist ein Argument mehr für die Pflegerin aus dem (Billiglohn)Nachbarland.

Die in Betreuungsnotstand geratene Familie macht es wie die Gesundheitsministerin. Sie versucht mit einem limitierten Betrag das Auslangen zu finden. Die Frage lautet: wo bekomme ich für mein „gedeckeltes Budget“ die meisten Betreuungsstunden? An Qualitäten und Qualifikationen bedarf es nicht viel. Liebenswürdigkeit, Taktgefühl und Menschenverstand reichen aus, und sind auch beim hoch qualifizierten Personal keineswegs immer garantiert.

Warum soll die einzelne Familie nicht so handeln dürfen wie der internationale Konzern und das Lohnpreisgefälle innerhalb Europas nützen? Noch dazu, wo sie eine Notlage drängt und nicht die Gier der Aktionäre.

Vorhersehbare Hilfestellung, das Waschen in der Früh, das Füttern zu Mittag, das zu Bett bringen am Abend können mobile Dienste anbieten, unerwarteten Hilfsbedarf, das häufige Stürzen, die demente Bettflucht, die psychomotorische Unruhe können sie nicht abdecken.

Die Bereitschaft 24 Stunden an der Seite eines gebrechlichen Menschen zu bleiben ist in Österreich nicht käuflich zu erwerben. Diese Bereitschaft wird entweder innerhalb der Familie aufgebracht und verschenkt, oder im benachbarten Ausland zugekauft. Das österreichische Pflegegeld nimmt zwar Maß an den nötiger Betreuungsstunden pro Monat, lässt aber die Kosten für den Zukauf dieser Stunden bei österreichischen Hilfsorganisationen außer Acht. Auch hier gilt: wir sind bemüht gerecht zu verteilen was wir haben und nicht: wir sind bereit aufzubringen was wir brauchen.

Die Probleme bleiben systemimmanent unerkannt, an Rechenmodellen rund um den „statistischen Menschen“ wird wild reformiert, die Lösungen gehen an der Wirklichkeit vorbei.

Dr. Christian Euler

Dr. Ernst Franz Straße 18, 7071 Rust
Fax: 02685/ 607774, e-mail: ch.euler@aon.at

Bezeichnung: FOSAMAX 70 mg - einmal wöchentlich Tabletten. **Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge):** Jede Tablette enthält 91,37 mg Natrium-Alendronat-Trihydrat entsprechend 70 mg Alendronsäure. **Hilfsstoffe:** Mikrokristalline Cellulose, wasserfreie Lactose, Croscarmellose-Natrium und Magnesiumstearat. **Anwendungsgebiete:** Therapie der postmenopausalen Osteoporose. FOSAMAX reduziert das Risiko von Wirbel- und Hüftfrakturen. **Gegenanzeigen:** Erkrankungen des Ösophagus und andere Faktoren, welche die ösophageale Entleerung verzögern, wie Strikturen oder Achalasie; Unvermögen, 30 Minuten lang zu stehen oder aufrecht zu sitzen; Überempfindlichkeit gegenüber Alendronat oder einem der Bestandteile; Hypokalzämie; **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** Merck Sharp & Dohme Ges.m.b.H., Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Bisphosphonate, zur Behandlung von Knochenerkrankungen; **ATC-Code:** M05B A04. **Weitere Angaben zu Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

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

Tiefschlag gegen Hausapotheken: Die Hintergründe

von Wolfgang Geppert

Könnten bisher Hausapotheken auch mit weniger als sechs Kilometer Abstand zur nächsten Apotheke einem Nachfolger übergeben werden, so ist das jetzt vorbei. Apotheker und Gesetzgeber beraubten uns Landärzte dieser Möglichkeit. Den überrumpelten Ärztevertretern fehlt der Mut, die Öffentlichkeit zu mobilisieren. Hunderte Hausapotheken-Standorte sind schutzlos der Auslöschung preisgegeben.

Die exakte Zahl aller im Bundesgebiet von der Gesetzesänderung betroffenen Praxen steht noch nicht fest. In NÖ sind zum Beispiel 76 der 260 Hausapotheken bedroht, in der Steiermark stehen sogar 98 der 195 ärztlichen Apotheken auf der Abschlusliste. Mit Sicherheit überschreitet die gesamtösterreichische Liste die Zahl 200, so dass im günstigsten Fall ein Viertel, im weniger günstigen ein Drittel der insgesamt 961 Hausapotheken der Schließung entgegensehen.

In der folgenden Betrachtung wird der Einfachheit halber von hunderten Standorten gesprochen, die unter die Räder geraten. Was vorerst von unseren Kammergrößen als leicht reparierbare Panne hingestellt worden ist, entpuppt sich als einer der fatalsten Fehler unserer Landesvertretung seit ihrem Bestehen. Mandatäre, deren Aufgabe es wäre, unsere wirtschaftlichen Interessen bestmöglich zu vertreten, haben eine Vereinbarung getroffen, die den Niedergang vieler Landpraxen einleitet.

Der Neidkomplex

Seit Jahren wird uns Haus- und Fachärzten der Teufel für den Fall an die Wand gemalt, ein Spitalsarzt könne den Präsidentensessel unserer Kammer erklimmen. Die Folge wäre ein Versinken ins Nichts, weil nur Funktionäre, die selbst Niedergelassene sind, könnten unsere Interessen bestmöglich vertreten.

Das unprofessionelle Mitgestalten unserer Kammer bei Entwicklung der Apothekengesetzesnovelle 2006 bringt diese These gehörig ins Wanken. Kein angestellter Arzt im Präsidentenamt könnte mit einer Vereinbarung dieser Art standespolitisch unbeschadet ins Kammeramt zurückkehren.

Der Vorwurf, er habe als halbherzig agierender Spitalsarzt die Existenzberechtigung hunderter Hausapotheker vernichtet, wäre unvermeidlich. Als logische Folge käme der Ruf nach Gründung einer eigenständigen Vertretung der Niedergelassenen. Die Realität sieht anders aus. Fast alle einflussreichen Positionen unserer Landesvertretung sind mit Hausapotheken führenden Ärzten besetzt. Der Reigen beginnt beim Österreichischen Kammerpräsidenten, Dr. Brettenthaler, geht über den Bundeskurienvorstand, Dr. Pruckner, über den Leiter des Referates für Landmedizin, Dr. Pjeta und endet beim Bundessektionsobmann für Allgemeinmedizin, Dr. Lohninger.

Aus der kleinen Gruppe von knapp 1.000 Hausapothekern entstammt die Spitze einer Landesvertretung, welche für insgesamt knapp 37.000 Mitglieder die Verantwortung trägt. Diesen scheinbaren Vorteil verwandelten unsere bestmotivierten Gegner zum Klumpfuß der Ärztevertretung. Mediziner hätten, so der Tenor der Apotheker, primär aus ärztlicher Tätigkeit ihr Auslangen zu finden. Die Abgabe und der Verkauf von Medikamenten sei nur ein überflüssiges Zusatzgeschäft. Die Hilflosigkeit, mit der unsere Delegierten dieser Argumentation gegenüberstanden, tat selbst Außenstehenden weh. Ein ÖVP-Lokalpolitiker überhäufte mich in diesen Tagen mit Fragen: „Warum lasst ihr Ärzte euch das alles gefallen? Wann kommen die betroffenen Patienten zu Wort?“

Wer nicht wirbt, der stirbt

Spätestens in dieser Bedrängnis hätten die Dres Brettenthaler, Pjeta, Pruckner und Co die Reißleine ziehen müssen. Als Kammerprofis wären sie verpflichtet gewesen, eine mit Kuriengeldern vorfinanzierte Inseratenkampagne zu starten, um dem Niedergang der Landmedizin Einhalt zu gebieten. Selbst die größten Optimisten haben inzwischen erkannt, dass wir Hausapotheker Schritt für Schritt der Auslöschung näher geführt werden.

Uns bleibt nur mehr eine Chance: ausreichende Geldmittel aufzutreiben und mit Hilfe erfolgreicher PR-Firmen die Einängigkeit der Entscheidungsträger aufzuzeigen. Nicht irgendwann im Spätherbst, sondern vor der Nationalratswahl! Unsere Gegner, von den Verfassungsrichtern bis zu den Apothekern, erscheinen heute zwar



Dr. Wolfgang Geppert

übermächtig, doch niemand ist unschlagbar. Die untergriffigen Aktivitäten auf der Gegenseite, mit der auch Arbeitsplätze in unseren Ordinationen der Vernichtung preisgegeben werden, dürfen nicht zum Erfolg führen. Wir tragen auch für nachrückende Ärztegenerationen die Verantwortung.

Dolchstoßlegende

Was jetzt von Kammerfunktionären an Ausreden aufgetischt wird, bringt selbst die gutmütigsten Kollegen in Rage. Ein Dr. Rasinger etwa hat noch Anfang März 2006 in einer Aussendung allen Hausapothekern in Ein-Arzt-Gemeinden eine gesicherte Zukunft garantiert: „Ländliche Gemeinden mit nur einem Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag werden wie bisher mit Arzneimitteln aus der ärztlichen Hausapotheke versorgt. Das bedeutet, dass die Hausapotheke in jedem Fall bestehen bleibt.“

Ein paar Wochen später stehen hunderte Standorte auf der Abschlusliste und die Versprechungen des Nationalratsabgeordneten in dieser Causa sind keinen Deut mehr wert. Der Rest sind tröstende Worte: „Ich bleibe am Ball, aber es wird noch dauern, bis wir das ändern können. Der Nachfolgefalle gehört geregelt.“ Am Ende seiner Erklärung kommen wir gar noch in Versuchung, für seine politische Zukunft als Abgeordneter die Daumen zu drücken: „Sollte ich wieder in den Nationalrat kommen, bleibt es weiter auf meiner Agenda.“

Die Streichung der Nachfolgeregelung, so hallt es durch die Kammer, wäre eine hinterhältige Aktion der Apotheker gewesen. Als Beweis wird eine Aussendung des Präsidenten der Österreichischen Apothekerkammer, Mag. Cabana, zitiert: „Lobbyaktivitäten



erfolgreich: Kein Abänderungsantrag zu ärztlichen Hausapotheken! Aufgrund der intensiven Lobbyingarbeit wurde erreicht, dass im Plenum des Nationalrats am 24. Mai 2006 ein diesbezüglicher Abänderungsantrag nicht eingebracht wurde.“

Nachfolgeregelung verschwitzt?

In Wirklichkeit dürfte unserem Verhandlungsteam schon Monate vorher ein entscheidender Fehler unterlaufen sein. Die Abschlussrunde zur Novellierung des Apothekengesetzes fand am 24. Februar statt. Besagter Dr. Rasinger, Bundeskurienobmann Dr. Pruckner und Kammeramtsdirektor Dr. Kux waren mit von der Partie. Die damals getroffene Vereinbarung wurde sowohl von den Vertretern der Apotheker als auch von denen der Ärztekammer unterzeichnet. Absicht der Neuregelung war es, den Ein-Arzt-Gemeinden die Versorgung durch ärztliche Apotheken zu sichern.

Für uns, die durch diese Gesetzesnovelle zu den Geschädigten zählen, ergibt sich die Schlüsselfrage: haben unsere Verhandler die Nachfolge dezidiert angesprochen? Oder sich im falschen Glauben gewiegt, die Übergabemodalitäten seien wie bisher geltend (Mindestabstand 4 Kilometer)? Zu diesem entscheidenden Punkt gibt es widersprüchliche Aussagen. In einem Bericht des Hausapothekenreferenten der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK), Dr. Pjeta, heißt es dazu wörtlich: „Für den Nachfolger in einer Ein-Arzt-Gemeinde war niemals die Rede davon, zusätzlich einen 6-Kilometer-Abstand als Voraussetzung für eine Hausapothekenbewilligung zu verlangen.“

Bei Gesetzesbeschluss wäre plötzlich infolge eines Versehens die 4-Kilometer-Sperrzone hineingerutscht. Dieser Aussage wird in einem Schreiben aus dem Gesundheitsministerium widersprochen. Darin antwortet Frau Dr. Füzil im Namen der Bundesministerin Rauch-Kallat auf eine schriftliche Aufforderung des Kollegen Dr. Kern aus Kematen, die jüngste Entscheidung in dieser Causa zu überdenken.

Auch an Bundeskanzler Dr. Schüssel hat der Kollege seine Zeilen gerichtet. Frau Dr. Füzil erklärt wortwörtlich: „Allgemein ist festzuhalten, dass die Frage einer Nachfolgeregelung für Hausapotheken seitens der Vertreter der ÖÄK in den mehrmonatigen Gesprächen, die letztlich zur Apothekengesetzesnovelle geführt haben, in keiner Phase der Verhandlungen releviert wurde.“

Wahlärzte fallen gelassen

Ein Desaster dieser Dimension ruft nach exakter Analyse der Vorgeschichte. Am Beginn der Verhandlungen bestand innerhalb der Kammerfraktionen Einigkeit darüber, auch jenen Hausapotheken rettend beistehen zu wollen, welche in Gemeinden mit zwei Kassenstellen ihre Aufgaben erfüllen. Die Delegierten hatten nur das Pouvoir, im Laufe der Verhandlungen die Kommunen aufzugeben, in welchen drei Hausapotheker oder mehr ihre Dienste anbieten. Doch unsere Verhandler ließen sich mühelos, ohne Rückfrage in den Gremien, alle Standorte wegnehmen, die in Mehr-Arzt-Gemeinden liegen.

Nur jene Kommunen hätten Anrecht auf Medikamentenversorgung durch ärztliche Apotheken, welche mit einem einzelnen Kassenpraktiker das Auslangen finden. Als erklärter Exponent der Vertragsärzte ist es für mich unverständlich, warum die Wahlärzte in beschriebener Causa von unseren Vertretern vom Beginn weg wie heiße Kartoffeln fallen gelassen worden sind. Ein Akt der Entsolidarisierung! Allein in Kärnten sind sieben Wahlärztordinationen davon betroffen, denn diesen Kollegen bleibt in Zukunft das Betreiben einer ärztlichen Apotheke verwehrt. Ein Fremdenverkehrsland wie

Österreich, mit einer von Überalterung bedrohten Bevölkerung, benötigt in Zukunft nicht weniger, sondern weit mehr Gesundheitseinrichtungen. Zusperrern ist daher kontraproduktiv. Diese meine Ansicht habe ich in mehrfach veröffentlichten Leserbriefen kundgetan.

Letztes Hemd

Die handelnden Ärzte machten den taktischen Fehler, der uns Vertragsärzten aus Kassenverhandlungen wohl bekannt ist: Verhandlungsaufnahme mit fehlenden Reservepfeilen im Köcher. Wer in solcher Bedrängnis nichts herzugeben hat, wird der Unterwäsche beraubt. Obwohl die Apotheker mehr und mehr in unseren Arbeitsbereich hineindrängen, haben wir Mediziner bis heute Skrupel, uns ihrer Felder zu bedienen.

Während wir Ärzte noch aufgeregt herumrätseln, ob die eine oder andere Aktivität der Pharmazeuten Gesetzeskonformität besitze, stechen die Kritisierten schon hurtig in die Finger unserer Patienten, um Blutzucker oder Cholesterin zu bestimmen, oder führen Kärntner Artgenossen schon Messungen der Venenfunktion durch. Alles natürlich zum Wohle der Apothekenkunden, ohne Hintergedanken an Verkaufsanbahnung.

Ausweitung der Medikamentenabgabe verabsäumt

In Niederösterreich steht aufgrund einer Initiative des NÖ Hausärztesverbandes (NÖHV) die Forderung nach Ausweitung des Dispensierrechtes seit Jahren auf den Fahnen der Kurie. Mag. Cabana und Co würden heute vor Wut schäumen, hätte die ÖÄK die Forderung der NÖ Kurie mit ersten mutigen Schritten Österreich weit umgesetzt: raus aus dem Graubereich! Direktbelieferung aller Niedergelassenen mit Impfstoffen unter der Schutzherrschaft der ÖÄK.

Ein Service für unsere Patienten, das in jedem Wartezimmer beworben wird: „Keine Umwege, Medikamente direkt vom Arzt!“ Das Gutachten eines anerkannten Rechtsgelehrten könnte schon seit Jahren vorliegen. Darin werden die Niedergelassenen aufgrund bestehender Rechtslage erinnert, alle notwendigen Arzneimittel für dringende Fälle vorrätig zu halten, vom Schmerz- und Rheumamittel bis zum Antibiotikum.

Auch eine Lieferapotheke stünde bereit, um die Kollegenschaft mit den Produkten direkt zu beschicken. Schritt für Schritt entstünde in unzähligen Praxen ein legaler Notapparat zur Medikamentenversorgung. Die Apotheker stünden einem stärker werdenden Partner im Gesundheitswesen gegenüber. Nicht eine einzige Aktion dieser Art wagte unsere defensiv agierende Berufsvertretung, um den Vormarsch der Pharmazeuten zu stoppen. Die noble Zurückhaltung blieb unbedankt.

Weg mit den Sperrzonen

Die Expansionsgelüste der Apotheker wurden von unseren Kammersprechern als gottgegebene, unbeherrschbare Naturgewalt hingenommen. Die „regierenden Ärztevertreter“ haben verabsäumt, die größte Schwachstelle der Gegenseite öffentlich in Frage zu stellen: Die völlig antiquierten Sperrzonen!

Nur der Wiener Kammerpräsident erfasste mehrmals die Gelegenheit, die Streichung dieser Sperrzonen zumindest für den Stadtbereich (500 Meter) zu fordern. Seit Jahren müsste es von Ärzteseite her durch die Medien schallen: „Weg mit diesen unzeitgemäßen 4- und 6-Kilometer-Bannmeilen am Land!“ Der Ruf nach Einführung eines dualen Systems ist für jedermann verständlich. Alle Apothekenarten sollen ab nun nebeneinander existieren dürfen.

Wieso kann sich ins EU-Zeitalter eine gesetzliche Regelung hinüber retten, welche Medikamentenabgabestellen zusperrt, nur weil ein paar Kilometer weiter eine andere ihre Pforten öffnet?

Mitglieder des Verfassungsgerichtshofes befangen?

Der Verfassungsgerichtshof (VfGH) hat mehrfach Bestimmungen des Apothekengesetzes aufgehoben, welche die Errichtung von Hausapotheken erleichterten. Seine Urteile begünstigten fast immer die Apotheker.

Bereits vor Jahren, nach den ersten nachteiligen Erkenntnissen, hätte der ÖÄK-Präsident die Pflicht gehabt, diese Entwicklung einer öffentlichen Diskussion zuzuführen. Unter anderem wäre die Rolle der Verfassungsrichterin Dr. Ostermann zu hinterfragen gewesen. Wie weit ließ sich ihre anwaltliche Tätigkeit im Auftrag öffentlicher Apotheken mit ihrer Eigenschaft als Verfassungsrichterin, ob nun mit der konkreten Rechtssache befasst oder nicht, vereinen?

An den kritischen Aussagen des Kärntner Landeshauptmannes über Präsident Dr. Korinek und „seinen“ VfGH, kann abgeschätzt werden, welches Medieninteresse derartige Aussagen aus dem Munde eines Ärztekammerpräsidenten nach sich gezogen hätte. Die Causa „Hausapotheken in Gefahr“ wäre zum Nulltarif in die Schlagzeilen gekommen. Leider wurde diese einmalige Chance, sofort zu reagieren, verpasst.

Im Niemandland

Besonders ungeschickt agiert unser Kammerapparat auf der parteipolitischen Bühne. So gibt es noch heute weltfremde Optimisten, welche die Rettung der ärztlichen Apotheken im Kniefall vor Parteifreunden sehen. Auch die NÖ Kammer klammert sich zurzeit an den Strohalm „Lobbying“ mit laufenden Interventionen in den Schaltstellen der politischen Parteien.

Dass der diesbezüglich engagierte Spezialist die Causa Hausapotheke am liebsten gleich zu Beginn seiner Aktivitäten wegen vermeintlicher Aussichtslosigkeit auf den Sankt-Nimmerleins-Tag verschoben hätte, sei nur nebenbei erwähnt.

Vom NÖHV initiierte Beschlüsse haben ihn daran gehindert. Unter den Parlamentsabgeordneten können unsere Fürsprecher mit der Lupe gesucht werden. 20 Jahre intensives Lobbying der Gegenseite hat bei sämtlichen Parlamentsparteien Wirkung gezeigt. Selbst in der ÖVP, bis vor Jahren noch Schutzengel-Partei der Ärzte, ist die Riege der Hausapotheken-Befürworter auf zwei Abgeordnete zusammengeschrumpft.

Lediglich der ÖVP-Gesundheitssprecher Dr. Rasinger und der Obmann der Sozialversicherung der Bauern, Abg. Donabauer, zeigen noch Sympathien für unsere Spezies. Den Sozialdemokraten und den Grünen ist es bis heute nicht im Entferntesten gelungen, unsere Bedeutung für die Landbevölkerung zu erkennen.

Bezeichnung des Arzneimittels: REMINYL 4mg, 8mg und 12 mg Filmtabletten, REMINYL 4 mg/ml orale Lösung, REMINYL retard 8mg, 16mg und 24 mg Kapseln. **Qualitative und Quantitative Zusammensetzung:** 1 Reminyl Filmtablette enthält 4mg, 8mg bzw. 12 mg Galantamin (als Hydrobromid), 1 ml Reminyl Lösung zum Einnehmen enthält 4 mg Galantamin (als Hydrobromid). Jede Reminyl retard 8mg Kapsel enthält Galantamin Hydrobromid, entsprechend 8mg Galantamin, jede Reminyl retard 16mg Kapsel enthält Galantamin Hydrobromid, entsprechend 16mg Galantamin, jede Reminyl retard 24mg Kapsel enthält Galantamin Hydrobromid, entsprechend 24 mg Galantamin. **Anwendungsgebiete:** Reminyl ist indiziert zur symptomatischen Behandlung einer leichten bis mittelschweren Demenz vom Alzheimer Typ. **Gegenanzeigen:** Galantamin sollte nicht Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff Galantaminhydrobromid oder einem der sonstigen Bestandteile des Arzneimittels verabreicht werden. Nachdem keine Daten über die Anwendung von Galantamin bei Patienten mit schweren Leberfunktionsstörungen (Child-Pugh-Score > 8) und schweren Nierenfunktionsstörungen (Kreatinin-Clearance < 9 ml/min) vorliegen, ist Galantamin bei diesen Personen kontraindiziert. Bei Patienten, bei denen sowohl signifikante Nieren- als auch Leberfunktionsstörungen vorliegen, ist Galantamin kontraindiziert. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Arzneimittel gegen Demenz; ATC-Code: N06DA04. **Sonstige Bestandteile:** Filmtabletten: Kern: Hochdisperses Siliziumdioxid, Crospovidon, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, mikrokristalline Zellulose. Überzug: Hypromellose, Propylenglykol, Talk, Titandioxid (E171); zusätzlich: 4 mg - Filmtabletten: gelbes Eisenoxid (E172); 8 mg - Filmtabletten: rotes Eisenoxid (E172); 12 mg - Filmtabletten: rotes Eisenoxid (E172), Gelborange-S-Aluminiumlack (E110) Orale Lösung: p-Hydroxybenzoesäure-methylester, p-Hydroxybenzoesäurepropylester, Saccharin-Natrium, Natriumhydroxid, gereinigtes Wasser. Reminyl retard: Pellets, retardiert: Diethylphthalat, Ethylcellulose, Hypromellose, Macrogol, Maisstärke und Saccharose. (Kapseln) Gelantine, Titandioxid (E 171). Die 16 mg Kapsel enthält auch rotes Eisenoxid (E 172). Drucktinte: Benzoesäure (E210), schwarzes Eisenoxid (E1 172) Dimethylsiloxane, Glyceride, Lecithin (Soja, E 22), Methylcellulose, Polyethylenglycol, Polyethylenglycolstearat, Schellak, Sorbinsäure, Xanthangummi **Pharmazeutischer Unternehmer:** JANSSEN - CILAG Pharma, 1232 Wien **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** NR, apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Nebenwirkungen (sowie Hinweisen betreffend Gewöhnungseffekte) entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. ***hellgelbe Box (die genauen Voraussetzungen für die Verordnung von Acetylcholinesterasehemmern entnehmen Sie bitte dem aktuellen Erstattungskodex)**

Kuhhandel mit BZÖ

Beim Freiheitlichen Parlamentsklub BZÖ ist hingegen ein deutlicher Meinungsschwenk zu beobachten. Noch in der vorigen Parlamentsperiode, unter dem Abgeordneten Dr. Pumberger, einem Hausapotheken führenden Arzt, sendeten die damals blauen Abgeordneten positive Signale in unsere Richtung aus. Vor kurzem ist ein Schwenk vollzogen worden. Insider behaupten, Aktivitäten der Apothekerkammer seien dafür verantwortlich. Über Nacht ist die BZÖ-Parlamentsriege zum Fanklub für öffentliche Apotheken mutiert. Nach dem Gesetzesbeschluss mit seiner fehlenden Nachfolgeregelung witterten die Lobbying-Spezialisten der Gegenseite ihre Jahrhundert-Chance.

Dem Bündnis Zukunft Österreich, dessen Niedergang mit 1. Oktober festgelegt ist, wurde in unserer Causa eine Schlüsselrolle zuge-dacht, um das nachträgliche Hineinreklamieren der von den Ärzten gewünschten Übergaberegulierung zu verhindern. In einem Schreiben an besagten Kollegen Dr. Kern verrät der orange Klubobmann, Herbert Scheibner, nicht nur das Datum des Kuhhandels, sondern auch die Bedingungen, unter denen wir Hausapotheker, in der Zone zwischen 4 und 6 Kilometern, die Existenzberechtigung verlieren sollen: Errichtung von Filialapotheken oder Zustelldienst.

Das klingt im Originalton so: „Ich darf noch festhalten, dass im Gespräch am 18. Mai 2006 von der Österreichischen Apothekerkammer zur bestmöglichen Arzneimittelversorgung der österreichischen Bevölkerung entweder die Errichtung einer Filialapotheke oder ein kostenloser Zustelldienst versprochen wurde.“ Die aus grauen Vorzeiten übernommene 6-Kilometer-Sperrzone wird vom Klubobmann Scheibner ausdrücklich verteidigt. Das Eintreten bürgerlicher Parteien für das Beibehalten völlig überholter Schutzbestimmungen gegenüber öffentlichen Apotheken scheint sich als österreichische Spezialität zu entpuppen.

In vielen EU-Ländern ticken die Uhren anders. So ging erst Anfang August der Saarländische Gesundheitsminister, Josef Hecken (CDU), mit alt hergebrachten Rechten der Apotheken scharf ins Gericht: „Auch die Apotheker müssten sich von lieb gewonnenen Besitzständen trennen, die sie in den letzten 50 Jahren vor Wettbewerb geschützt haben.“

Zeit zur Wende

Die Spitzenvertreter der Ärztekammer haben nur noch wenig Zeit, das Ruder herumzureißen. Aufgrund fehlender Vorarbeit sind die Chancen, ihre Fehler auszumerzen, gering. Die Liste der Versäumnisse ist lang. Sie reicht von vernachlässigter Öffentlichkeitsarbeit bis zur Unkenntnis von Lobbying. Bei der nächsten Kammerwahl haben wir die Gelegenheit, darauf zu reagieren. Es ist Zeit zur Wende.

Dr. Wolfgang Geppert

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

Thema Pflege-Notstand – Ja, aber „Ärzte in Not“?

von Manfred Weindl

Es ist doch erstaunlich, wie das Thema „Pflege-Notstand“ in Vorwahlzeiten politische Wellen schlagen kann. Doch bevor vielleicht die Ärztekammer das Thema für den medizinischen Bereich aufgreifen kann, gibt es – sozusagen „pre-emptive“ – als Draufgabe einen Vergewaltiger im Arztkittel; als gelernter österreichischer Arzt wird es immer schwerer, dabei an einen puren Zufall zu glauben.

Das Muster ist bereits bekannt – sobald in den Massenmedien ein eigentlich peinliches Thema auftaucht, stürzt sich (noch dazu knapp vor der Wahl) die ganze politische Meute aller Couleurs darauf, um ihre allein-seligmachenden Konzepte flugs aus dem Boden zu stampfen.

Dabei gibt es diese Missstände seit Jahren – und alle Beteiligten waren ob dieser „win-win-Situation“ eigentlich zufrieden; und es hätte auch weiter kein Hahn danach gekräht, wäre da nicht irgendeinem Journalisten mit Spürsinn für die „Story“ zu Ohren gekommen, dass diese friedliche Eintracht jetzt plötzlich vor Gericht gelandet ist, weil der Amtsschimmel sich durch heftiges Wiehern zu Wort gemeldet hat. Ja, selbst unserem höchst gesetzeskundigen Herrn Bundeskanzler erschien die Situation mit der Pflege seiner Schwiegermutter als völlig normal, sodass er dadurch auch kein schlechtes Gewissen zu bekommen schien.

Aber was nun – wie soll man die Situation auf „legale“ Weise bereinigen, ohne dass die Betroffenen plötzlich ihre Betreuungspersonen und die Partei heftig Stimmen verliert – aber trotzdem der Verfassungsgerichtshof nicht im nachhinein das „Anlass-Gesetz“ wieder aufhebt; schwierige Sache! Wir befinden uns zweifellos beim kniffligen Fall, die Quadratur des Kreises zu beweisen.

Denn:

1. Szenario: Die bisher illegalen Helfer werden durch einen Kunstgriff plötzlich legalisiert, da stellt sich natürlich die Frage nach der Abgeltung unter österreichischen Kollektivvertragsbedingungen bzw. die Frage, wer zahlt das? Wenn man die bisherigen Verrenkungen bei der Zuteilung des Pflegegeldes beobachtet, wo immer wieder auch bei sehr hoch betagten Personen erstaunlich wenig „Pflegebedarf“ diagnostiziert wird, muss man davon ausgehen, dass der vorhandene Topf an chronischer Unterernährung leidet.

2. Szenario: Die bisher billigen Betreuer(innen) aus dem Osten erhalten eine

Art „au-pair-Status“ und werden weiter (für unsere Verhältnisse) miserabel bezahlt; da werden die inzwischen auf geschreckten Arbeitsrechtler nicht mitspielen und es wäre auch in der politischen Diskussion kaum argumentierbar, möchte man als Partei auch noch gewählt werden.

3. Szenario: Die östlichen Pfleger(innen) werden auf gesetzeskonforme Weise entlohnt, und die immensen Mehrkosten trägt irgendein neu gegründeter Fonds, wobei die Gelder ja nur aus dem bereits vorhandenen Gesundheits- oder Sozialbudget gedeckt werden können. Denn es ist wenig wahrscheinlich, dass irgendein anderes Ministerium plötzlich überschüssige Gelder entdeckt. Dann können wir uns auf die nächste Einsparwelle gefasst machen.

4. Szenario: Vor der Wahl werden lediglich Versprechungen gemacht, die Situation „ordentlich“ zu lösen, nach der Wahl gibt es aber neue (viel wichtigere) Probleme bzw. die üblichen Streitereien um die Budget-Töpfe. Die betroffenen Patienten erhalten lediglich eine symbolische Aufbesserung, die Pflegekräfte dürfen allerdings bei Gericht eine „marktgerechte“ Bezahlung einklagen; ich höre hier auf, näher auf das nachfolgende Elend einzugehen.

Beim Erscheinen dieses Artikels wissen wir möglicherweise schon, welches Szenario am wahrscheinlichsten sein wird oder ob noch ein anderer Geistesblitz geboren wurde.

Nun zum Thema „Ärzte in Not“: bisher gab es eine einzige öffentlichkeitswirksame Demo in Graz zur Beklagung der Überbürokratisierung, die auch von den Medien einigermaßen aufgegriffen wurde. Über sonstige Benachteiligungen der Ärzte in Praxis und Spital, die durch die herrschende Politik initiiert oder prolongiert wurden, gab es bisher kaum ein Forum, das die Öffentlichkeit erreicht hätte. Unsere offizielle Landesvertretung hat es bisher verabsäumt, den Ball mit dem Pflege-Missstand aufzugreifen und lauthin hörbar auch eine Fülle von Bedenklichkeiten bekannt zu machen,



Dr. Manfred Weindl

unter denen die medizinische Versorgung der Bevölkerung in Zukunft einen signifikanten Niedergang erfahren könnte. Seit längerem wird der ÖHV nicht müde, die diversen Ungerechtigkeiten darzustellen, aber auch andere Fachmedien haben die Themen in den letzten Monaten hinlänglich geschildert. Trotzdem wissen unsere Patienten davon herzlich wenig, und sie werden es höchstens dann merken, wenn z. B. landstrichweise Ordinationen geschlossen oder zumindest „unrentable“ Leistungen nicht mehr angeboten werden. Dann werden es unsere Gegner aber sicherlich verstehen, uns wieder den „schwarzen Peter“ zuzuschieben, weil die PR-Tätigkeiten unserer bezahlten Landesvertretung weiter die Effektivität des „Faustballens in der Hosentasche“ nicht übertreffen wird.

Doch für den Fall, dass vor der Wahl eventuell doch noch mehr Aufsehen erregende Aktionen geplant sind, hat man bereits vorgesorgt. Wieder wurde medial ein Beispiel hervorgekramt, das dazu dienen könnte, den Ruf der ehemaligen „Götter in Weiß“ aufs Heftigste zu beschmutzen. Ein Kollege in Knittelfeld wurde ausfindig gemacht, der im Verdacht steht, sich an Patientinnen mehrfach vergangen zu haben. Es ist zu erwarten, dass die gelenkte Diskussion genügend Stoff bieten wird, um vielleicht wieder ein „Anlass-Gesetz“ zu schaffen, das in Zukunft eine „normale“ Untersuchung von Patientinnen praktisch unmöglich machen könnte.

Beispielsweise könnte man vorschreiben, dass bei jeder Untersuchung einer Frau durch einen männlichen Arzt eine „Anwältin des Vertrauens“ anwesend sein muss (natürlich auf Kosten des Arztes) oder zumindest

ein mehrseitiges Formular auszufüllen ist, warum man auf diese Untersuchung aus „standardisiertem medizinischen lege-artistischen Vorgehen“ nicht verzichten kann oder, oder, oder... zuviel der Phantasie?

Naja, der Fall eines einzigen Gynäkologen, der seine histologischen Proben nicht ordnungsgemäß eingeschickt hat, hat ausgereicht, um uns – nach dem Initiativantrag „unseres“ Nebenerwerbskollegen Dr. Rasinger – die potenziell ruinöse Verpflichtung aufzuheben, einen Fonds aus Mitgliedsbeiträgen zu schaffen, der für alle zukünftigen Gerichtsfälle, wo ärztliches Verschulden nicht durch Versicherungsleistungen abgedeckt werden kann, gerade stehen soll.

Die künstlich hoch gekochte Debatte um Naturalrabatte hat dazu geführt, dass viele Landpraxen wahrscheinlich in Zukunft nicht mehr nach besetzt werden können, weil das ökonomisch notwendige Zubrot aus der Hausapotheke wegfällt (und nebenbei dann auch gehbehinderte Patienten viel mehr Probleme haben werden, regelmäßig zu ihren Medikamenten zu kommen).

Die ebenfalls von „außen“ lancierte Diskussion über eine Novelle des Behindertengesetzes hat dazu geführt, dass wirtschaftlich betrachtet völlig absurde, zwangsverpflichtende Adaptierungsmaßnahmen vorgenommen werden müssen (wie bei keiner anderen Berufsgruppe), um überhaupt die Möglichkeit zu bewahren, die Ordination je weitergeben zu dürfen. Noch weitere Beispiele gefällig?

Wie sieht es mit der Verpflichtung zur „ökonomischen Verschreibeweise“ aus, die jederzeit dazu führen kann, dass man – nur weil man seinen Patienten nach rein medizinischem Wissen und Gewissen die Medikamente zukommen lässt, die ihnen vernünftigerweise zustehen – immer mehr gefährdet ist, daran einen gehörigen wirtschaftlichen Schaden zu erleiden?

In Deutschland wurden deshalb schon Hunderte von Ordinationen infolge von massiven Regress-Zahlungen geschlossen. Apropos Germanien – dort gelang es durch eine breite Solidarisierung der Kollegen und eine unbeirrte Demonstration des „aufrechten Gangs“ ein achtbares Ergebnis

für die Honorarverbesserung zu erreichen. Auch an einer anderen Front gelang ein Achtungserfolg gegen die politische Allmacht einer hybrid gewordenen Partei – der ORF erhielt nach mutigem Einsatz seiner Redakteure gegen die parteipolitische Gängelung, sehr zum Erstaunen des gelernten Österreichers, eine neue Führung.

Doch damit auch wir Ärzte wieder mehr Chancen dafür erlangen, unter akzeptablen Arbeitsbedingungen fair entlohnt zu werden, bedarf es ebenfalls einer mutigen Kraftanstrengung, die die Konfrontation mit einer feindlich gesinnten Bürokratie bzw. Politik nicht scheuen darf – und auch nach außen sichtbare Zeichen setzen muss.

Von der Loge aus auf ein Wunder zu hoffen, ist leider eindeutig zu wenig

meint Ihr die Standesführung wachrüttelnder Kollege

Dr. Manfred Weindl

PS: Im Nachhinein betrachtet hat die alles überragende Berichterstattung über „das“ Thema „Natascha Kampusch“ die Aktualität des Knittelfelder Falls der kollegialen Peinlichkeit glücklicherweise ausgelöscht und somit nicht zur von mir befürchteten – möglicherweise juristischen – Folgewirkung geführt; wie es ohne Natascha Kampusch weitergegangen wäre, werden wir wahrscheinlich nie erfahren.

Offener Brief von MR Dr. Werner an WÄK-Präs. Dr. Dorner,

der leider bis heute unbeantwortet blieb – aber als wichtiger Diskussionsbeitrag zur derzeitigen (offenbar schicksalhaft hingegenommenen) Situation der Hausärzte im Gegensatz zum massiven Einsatz von Präs. Dr. Dorner für den Erhalt des bisherigen Modus der Ermittlung ärztlicher Sondergebühren in den Spitälern – unseren Lesern nicht vorenthalten werden sollte.

Sehr geehrter Herr Präsident Dorner!

Wien, am 24.07.2006

Ich kann Ihre Verärgerung bzgl. untenstehender Bosheiten absolut nachvollziehen, hätte aber umso mehr Verständnis dafür, wenn Sie die Energie Ihres Ärgers auch eingesetzt hätten für Aktivitäten zum Nutzen der niedergelassenen Ärzte bei der Verhandlung der e-card, bei den Honorarverhandlungen mit dem müden Ergebnis von 5% Steigerung, bei der Verhandlung über das ABS, bei der Vermeidung einer explodierenden Bürokratie, beim Versuch, die niedergelassene Ärzteschaft ihrer Therapiefreiheit zu berauben und in ein DiseaseManagementProgram zu zwingen. Bei all diesen Dingen ist mir nur großes Schweigen aufgefallen und Hinhaltetaktik. Auch ist mir keine Wortspende von Ihnen bekannt, welche die Verstaatlichungswünsche aus dem bürgerlich besetzten Gesundheitsministerium in die Schranken weisen würde. Verstaatlichungswünsche, welche nicht einmal die Sozialisten bisher gewagt haben! Auch darf ich daran erinnern, dass meine warnenden Worte in einem Schreiben vom 22. 04. 2005 an Sie nicht einmal einer Beantwortung wert befunden wurden, obwohl sich immer mehr deren Richtigkeit herausstellt.

Es drängt sich der Gedanke auf, dass ein Problem aus dem Privathonorarbereich der Primärärzte mit großem Getöse und Aussendungen in bunten Lettern nachdrücklich behandelt wird, während nestbeschmutzerische Aktivitäten aus dem Abgeordnetenbereich der eigenen Partei und ein für die niedergelassene Ärzteschaft augenfälliger Vernichtungsfeldzug aus dem Ministerium gar nicht kommentiert wird.



Sehr geehrter Herr Präsident!

Natürlich sind meine Freunde und ich mit allen Kollegen, denen eine Verschlechterung droht solidarisch, aber wir erwarten den gleichen Einsatz und das gleiche Getöse auch für die Niedergelassenen! Insbesondere, dass auch hier alles!!!! getan wird, um unsere Position zu stärken.

Ich ersuche höflichst um Ihre Stellungnahme zu diesem Problem.

Mit freundlichen Grüßen

MR. Dr. Wolfgang WERNER

Sehr geehrter Herr Präsident Prim. Dr. Dorner! Sehr geehrter Herr Dr. Holzgruber!

Mit Enttäuschung musste ich zur Kenntnis nehmen, dass Sie nicht selbst einen kritischen Brief bearbeiten. Die Antwort von Dr. Holzgruber war leider wie erwartet:

„es wurde das Menschenmögliche herausverhandelt und ein Honorarabschluss, wie noch nie erreicht“.

Diese Argumentation ist seit Jahren bekannt und mag vielleicht von einem Laien akzeptiert werden, aber es ist glatter Hohn, diese Dinge einem an der „Front“ stehenden Kollegen zu sagen, der Visiten um 29,9 € macht. Um es klar und verständlich auszudrücken: 5% Honorarsteigerung, insbesondere nach Jahren der Honorarstagnation sind gar nichts! Erst heute ist mir der Fall einer Kollegin zu Ohren gekommen, die einen Akutpatienten versorgen musste, die sich unter größtem körperlichen und fachlichem Aufwand und unter Infektionsgefahr maximal eingesetzt hat und dafür nur einen 1.Hilfe-Schein um 17,5 € und die Visite verrechnen kann. Das ist der wahre Skandal, der sich zur Unerträglichkeit steigert, nachdem man Ihre Aussendungen gelesen hat.

Die Honorare sind weder kostendeckend und schon gar nicht gewinnbringend, auf keinen Fall jedoch leistungsentsprechend - aber exorbitant unter den Honoraren der Primarii.

Ich muss es nochmals wiederholen: Ihr Engagement für die Primarärztehonorare hätte auch uns niedergelassenen Kassenärzten zugute kommen müssen. So nebenbei habe auch ich eher wenig Verständnis für Ihren Einsatz zu diesem Thema, da der Wunsch der Gemeinde Wien nach einem Mitspracherecht bei der Verteilung der Klassegelder nachvollziehbar ist, insbesondere, da die Gemeinde Wien die Infrastruktur für die Privatleistungen aus unser aller Steuergelder zur Verfügung stellt. Außerdem sollte nicht unerwähnt bleiben, dass die exorbitanten Kosten aus den Klassegeldern die Privatversicherungen erst so richtig teuer machen, sodass diese nur von wenigen Patienten finanziert werden können und daher auch deren Leistungen nur wenigen extramuralen Ärzten zugute kommen können!

Exorbitante Aufwendungen ergeben sich nämlich nicht nur aus Honoraren, von denen wir im Kassenbereich nur träumen können, sondern zusätzlich noch aus einem, um es vorsichtig zu sagen, sehr bemühten Umgang mit den medizinisch-technischen Möglichkeiten (Stichwort: es wird kolportiert, dass jeder „Flatus“ einer MR da und einer Coloskopie dort und vielleicht noch eines kleinen AK-Suchtests etc, etc... bedarf - von möglichst allen Fachrichtungen bis zum Augenarzt).

Die Stimmung in der Kollegenschaft ist nicht auf Ihrer Seite und es wird nicht verstanden, dass um die Primärärzte ein solches Getöse gemacht wird, während wir Niedergelassene mit ein paar Brösel abgefertigt werden - wo alle wissen, dass auf der einen Seite unvorstellbare Honorare verrechnet werden und auf der anderen Seite Ordinationen zugrunde gehen und Kollegen mit einem Salär auskommen, für das ein ungelernter Hilfsarbeiter nicht den kleinen Finger heben würde. Also, Kürzungen im Primarärzdebereich könnten die Privatversicherungen billiger und einem breiteren Bevölkerungskreis zugänglich machen, von dem auch wir im niedergelassenen Bereich etwas lukrieren könnten. Ich persönlich bin dafür, dass hier eine Redimensionierung stattfindet!

Nicht beantwortet wurde auch Ihr Schweigen zum nestbeschmutzenden Verhalten von Kollegen, die im Nationalrat vertreten sind und in opportunistischer Weise die destruktiven Ideen einer völlig überforderten und inkompetenten Ministerin unterstützen.

Die aus Ihren Worten ersichtliche Erregung erscheint mir künstlich, ist nicht gerechtfertigt und wäre bei den Kassenverhandlungen und zum Abwehren der geplanten krausen Ideen aus dem Ministerium besser angebracht.

Herr Präsident, Ihre Aussendungen überschreiten das Maß des guten Geschmacks.

Bitte um Stellungnahme!

Gruß

Am Anfang war das Wort

von Peter Pözlbauer

Zwischen den beiden gewichtigsten Kassenrepräsentanten etwas verloren wirkend, aber so breit wie jene lächelnd, präsentierten sich Präs. Dr. Fiedler und KO Dr. Jäger im CONSILIUM 07+08106 dem Fotografen. Der Anlass war ebenso tragisch wie komisch.

Wenn eher agnostisch orientierte Kassenfunktionäre plötzlich die Kraft heilender Hände und tröstender Worte entdecken, denken sie nicht an Wunder biblischen Ausmaßes (...aber sprich nur ein Wort und mein Knecht wird wieder gesund), sondern wie immer nur an schnöden Mammon. Von der immergleichen Idee geleitet, nämlich nur durch Einsparung von Medikamentenkosten das Gesundheitssystem zu sanieren, präsentieren sie auch jetzt schon wieder einen alten Hut, freilich mit der einen oder anderen neuen Feder darauf.

Die Ziele, die das „gänzlich neue Pilotprojekt“ erreichen will, sehen so aus:

1. Senkung der Medikamentenkosten
2. Reduktion der Krankengeldtage bei Arbeitslosengeldbeziehern
3. Reduktion der Liegengtransporte

Plötzlich wolle man „lieber in ärztliche Kunst investieren als in noch mehr Medikamente“. Das findet frohen Zuspruch unserer obersten Vertreter, die allerdings lange verabsäumt haben, dergleichen in der Vergangenheit einzufordern.



Dr. Peter Pözlbauer

Denn die Tatsache, dass Medikamentenkosten heute höher sind als Arzthonorare ist nicht dem finsternen Treiben böser Pharmakonzerne anzulasten, sondern beruht schlicht auf dem Umstand, dass unsere Verhandler nicht einmal in der Lage waren, die Honorarentwicklung dem Verbraucherpreisindex anzupassen.

Und so wundert es niemanden, dass die Heil bringenden Worte (Halleluja heißt für uns Position 19 und 13.) tief gedeckelt sind: auf 20% bei den ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und gar nur auf 8% bei FachärztInnen f Innere Medizin und Kinderheilkunde.

Peter Pözlbauer

Beitrittserklärung:

Ja, ich trete dem ÖHV bei:

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

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

Name

Adresse

Telefon

e-Mail

Unterschrift

Stampiglie

Bezeichnung des Arzneimittels: PERFALGAN® 10mg/ml-Infusionslösung. **Zusammensetzung** (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge): 1 ml enthält 10 mg Paracetamol. 1 Durchstichflasche mit 100 ml enthält 1000 mg Paracetamol. Hilfsstoffe: Cysteinhydrochloridmonohydrat, Dinatriumphosphatdihydrat, Salzsäure, Mannitol, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** PERFALGAN® ist angezeigt für die Kurzzeitbehandlung von mittelstarken Schmerzen, besonders nach Operationen und für die Kurzzeitbehandlung von Fieber, wenn die intravenöse Anwendung aufgrund einer dringend erforderlichen Schmerz- oder Hyperthermiebehandlung klinisch gerechtfertigt ist und/oder wenn andere Formen der Verabreichung nicht möglich sind. **Gegenanzeigen:** PERFALGAN® ist kontraindiziert bei: Patienten mit Überempfindlichkeit gegenüber Paracetamol oder Propacetamolhydrochlorid (Vorstufe von Paracetamol) oder einem der Hilfsstoffe; schwerer Leberinsuffizienz. **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** Bristol-Myers Squibb GesmbH, Wien. **Verschreibungspflichtig/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Weitere Angaben, insbesondere zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und Nebenwirkungen** sind der „Austria-Codex-Fachinformation“ zu entnehmen.

Nachtmahr

von Baldrian zynOBER

Letzthin hatte Ihr ZYNober einen sehr bedrückenden Traum: Mir träumte, die Nationalratswahlen seien schon geschlagen, und – was die Realität verhüten möge! – das Ergebnis machte eine Vier-Parteien-Koalition erforderlich.

Auffallend wenig wurde um die Ressortverteilung gestritten. Lediglich die Gestaltung der Spitze machte etwas Probleme. Der kleine Mann am Kanzlersessel ließ sich nicht entfernen, ein Power-Glue (=Macht-Kleber) am Hosensboden verhinderte dies hartnäckig. Darüber schwebte ein Banner mit der Aufschrift: „Österreich. Hier geht's mir gut.“

Zuerst wurde beschlossen, keine Lehrerinnen mehr ins Kabinett aufzunehmen. Alle hatten schließlich selber eine Schulzeit durchgemacht und eingesehen, dass Lebensferne im Parlament nicht zielführend ist.

Verteidigungs- und Umweltressort wurde zusammengelegt und der Grünen Partei zugeschanzt, wegen der gemeinsamen Farbgebung.

Das Innenministerium erhielt gemeinschaftlich die FPZÖ, die beste Möglichkeit zur Regelung der Ausländerproblematik, da hier genug Erfahrung im Umgang mit und Integrieren dunkel pigmentierter Personen von schwarz bis braun vorlagen.

Es war logisch, dass die Rote Partei das Verkehrsressort erhalten musste, einschlägige Erfahrungen mit Umwegen, Abwegen, Auswegen und (roten) Schlussleuchten lagen genügend vor.

Doch dann kam's: Chefin des Gesundheitsressorts wurde eine ORF-Moderatorin. Man berief sich darauf, dass diese prädestiniert sei, eine gläubige Öffentlichkeit mit alten Hüten neu zu beglücken. Da es aber noch ein wenig an Erfahrung fehlte, kamen gute Ratschläge von allen Seiten, wie für eine Erstgebärende.

„Sparen“ war in 9 von 10 Tipps das meistverwendete Vokabel. Wo die einen einen Sparmarkt sahen, witterten die anderen einen Geldmarkt, und beide meinten dasselbe. Sparte man Ärzte ein, könnten keinesfalls so viele demonstrieren gehen wie in Deutschland. Statt sie abzuschaffen, könnte man sie ja auf Heilpraktiker umschulen. Ressourcenschonend die Krankenhaus-Spezialisierung: Für jede Krankheit nur eine Abteilung Österreich weit, Behandlung am Fließband, im Vierschicht-Betrieb.

Auch Frauen kämen dem Gesundheitssystem aufgrund ihrer Überlebenszeit zu teuer. Da jedoch die Gebärfähigkeit der Männer noch zu wünschen übrig lässt, muss an diesem Modell vorerst weiter festgehalten werden. Aber ihr Einsatz in „sozialen Jahren“ könnte das Pflegeproblem lösen. Protest des Altkanzlers: Laut persönlicher Erfahrung gebe es gar kein solches.

Das zweithäufigste Vorschlagswort war „Plan“. Für die einen zur Verirrung, den anderen zur Verwirrung. Vier-Jahres-Pläne sollten die Zeit bis zur nächsten Wahl vertreiben. Die Vorstellung einer (Kranken-)Kasse für alle ließ linke Musketier-Hezen höher schlagen. Der Plan einer Partei, nur mehr eine Grüne Box für Medikamente zu verwenden, scheiterte am Widerstand der andersfarbigen Parteien, nebst Beschwerden über das Fehlen einer orangefarbenen Schachtel.

„Qualität“ kam eher selten vor, nur im Zusammenhang mit Empfehlungen für Gesetzesvor- und Auflagen. Um zumindest von den Doctores zu fordern, was in den

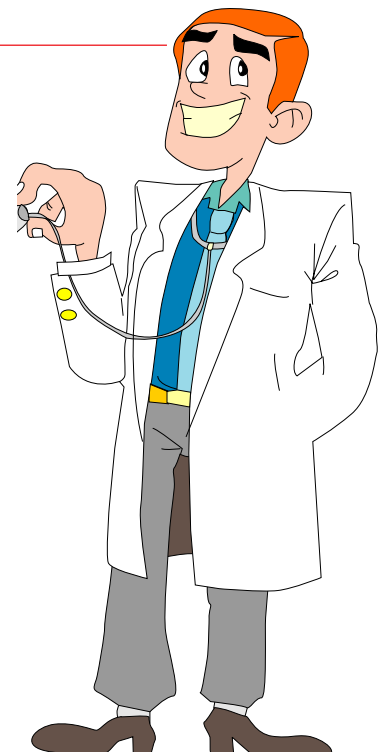
eigenen Reihen schmerzlich vermisst wurde. Hygieneauflagen für die Durchführung von Ohr- und Zahnpülungen, monatliche Geräteüberprüfungen am Kugelschreiber für die Rezept-Unterschrift, Verhaltenskodices für die Mamma-Palpation bei unter 75-jährigen.

„Gesundheit“ kam nicht unmittelbar vor. Nur versteckt in Begriffen wie Wellness, Gen-Food, Eigenverantwortung und Vorsorge. Letzterer fand sich in einem Satz des Kanzlers: „Vor Sorge muss ich bekennen, dass das Geld nicht reicht.“

Nicht nur der Traum, auch das Erwachen war unangenehm. Hartnäckig behauptete meine eifersüchtige Frau, ich hätte während meines unruhigen Schlafes gesprochen, wiederholt habe sie gehört: „Mizzi, bleib!“ und war nicht davon zu überzeugen, dass ich in meinem Traum die Frau Ministerin Maria R.-K. zurückgesehen hätte.

Deshalb: Träumen Sie nicht zuviel, arbeiten Sie lieber mehr!

rät Ihr ZYNober



Spiriva® 18 Mikrogramm - Kapseln mit Inhalationspulver. **Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge):** Jede Kapsel enthält 22,5 Mikrogramm Tiotropiumbromidmonohydrat entsprechend 18 Mikrogramm Tiotropium. Die aus dem Mundstück des HandiHaler® abgegebene Dosis beträgt 10 Mikrogramm Tiotropium. Tiotropiumbromid ist ein langwirksames Anticholinergikum mit selektiver Wirkung auf die M₃-Rezeptoren der glatten Muskelzellen der Bronchien. **Hilfsstoffe:** Laktosemonohydrat **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 Hilfsstoff Laktosemonohydrat. **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Ingelheim am Rhein, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rp, apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkung mit anderen Mitteln und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

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



SPIRIVA®
(tiotropium)

Gruselfilm

von Thomas Böhmeke

In letzter Zeit ertappe ich mich immer häufiger dabei, dass ich zu später Stunde, Zerstreuung vor dem Fernseher suchend, in Gruselfilme der minderen Qualität hineinzappe. Dieses für einen niedergelassenen Arzt etwas ungewöhnliche Verhalten bedarf der psychoanalytischen Durchleuchtung, könnte doch die Zeit nutzbringender mit Ausfüllen von DMP-Bögen und Krankenkassenanfragen verwendet werden.

Nach längerer retrograder Dissektion meines gelegentlichen abendlichen Vergnügens bin ich nun zu dem Schluss gekommen, dass sich in diesen B-Pictures eigentlich mein Berufsleben wider-



spiegelt: Auch ich war einmal der begeisterte junge Wissenschaftler, der mit neuesten Instrumenten und überquellendem Wissen in die Ferne zog, um die Menschen vom Bösen zu erlösen.

Beseelt war ich von den modernsten Methoden der Wissenschaft; ich konnte nur milde lächeln, wenn ich über den Haustüren meiner Schutzbefohlenen olfaktorisch aktive Substanzen wie Knoblauch vorfand, der die bösen Geister vertreiben sollte.

Äußerst beschwingt war ich, wenn eine Dorfschönheit mir schöne Augen machte (nicht dass ich optisch reizvoll wäre, vergleiche Grafik schräg unten; sondern weil meine exzessiven Arbeitszeiten in den Augen unbedarfter Damen beruflichen Erfolg, sozialen Status und wirtschaftliche Absicherung versprochen). Doch dann begann ich die ersten Bisse der Vampire zu verspüren, die sich an meinem Blut delektierten und mich mit dem unbekanntem Grauen infizierten.

Hilflos sah ich zu, wie sich in meinem Inneren sinistre Erkrankungen breit machten, über die ich auf der Universität nichts gelernt hatte, und obskure Namen wie Investitionsvolumina, Kontokorrentkredit oder Gewährleistungspflichten trugen. All meine teuren Maschinen nutzten nichts gegen diese Krankheiten, die Fieberkurve meines Bankkredits zuckte in den moribunden Bereich.

Hilfe suchend wandte ich mich an einen Quacksalber, der zu Gegenmitteln riet, die mir fremdartig erschienen, aber zunächst Erlösung versprochen: Vorwegabschreibung, Kapitalbeteiligung.

Zunächst von dem Panzer der Steuerdrohungen befreit, die mich umklammert hielten wie ein transgalaktischer Alien, musste ich alsbald feststellen, dass die Dorfschönheit nunmehr per Scheidungsverfahren eine Lebensstandardgarantie einforderte, die im krassen Gegensatz zu meinem Marasmus stand.

Wie ein Untoter arbeite ich nun die Tage und Nächte durch; aus meinen Adern rinnt das Blut in Schröpfnapfe hinein, auf denen geschrieben steht: Steuernachzahlung – Regressforderungen – Kreditrückführungen...

Sie fragen sich, warum ich meine Zeit mit derart hirnlosen Filmen vergeude?

Vielleicht gibt's irgendwo ein Happy End.

Dr. med. Thomas Böhmeke

Quelle: Deutsches Ärzteblatt Köln, JG. 103/Heft 12/24. März 2006-09-04



RotaTeq, Lösung zum Einnehmen, Rotavirus-Lebendimpfstoff

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Eine Dosis (2 ml) enthält: Rotaviren*, Serotyp G1 mind. 2,2 x 10⁶ IE1,2, Rotaviren*, Serotyp G2 mind. 2,8 x 10⁶ IE1,2, Rotaviren*, Serotyp G3 mind. 2,2 x 10⁶ IE1,2, Rotaviren*, Serotyp G4 mind. 2,0 x 10⁶ IE1,2, Rotaviren*, Serotyp P1[8] mind. 2,3 x 10⁶ IE1,2, *Lebende human-bovine Rotavirus-Reassortanten, gezüchtet in Vero-Zellen, 1 Infektiöse Einheiten, 2 Untere Vertrauensgrenze (p = 0,95). **Anwendungsgebiete:** RotaTeq ist indiziert zur aktiven Immunisierung von Säuglingen ab einem Alter von 6 Wochen zur Prävention von durch Rotaviren verursachter Gastroenteritis. RotaTeq sollte gemäß den offiziellen Impfempfehlungen verabreicht werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile des Impfstoffs. Überempfindlichkeitsreaktion nach einer früheren Verabreichung eines Rotavirus-Lebendimpfstoffs. Invagination in der Anamnese, Angeborene Fehlbildung des Gastrointestinaltrakts, die möglicherweise für eine Invagination prädisponieren könnte. Bekannte oder vermutete Immundefizienz. Es ist nicht zu erwarten, dass eine asymptomatische HIV-Infektion die Verträglichkeit oder Wirksamkeit von RotaTeq beeinflusst. Da jedoch keine ausreichenden Daten vorliegen, wird die Verabreichung von RotaTeq bei Säuglingen mit asymptomatischer HIV-Infektion nicht empfohlen. Die Gabe von RotaTeq sollte bei Säuglingen, die an einer akuten, schweren fieberhaften Erkrankung leiden, verschoben werden. Eine leichte Infektion ist keine Kontraindikation für eine Impfung. Bei Säuglingen mit akutem Durchfall oder Erbrechen sollte die Gabe von RotaTeq verschoben werden. **Sonstige Bestandteile:** Saccharose, Natriumcitrat, Natriumdihydrogenphosphat-Monohydrat, Natriumhydroxid, Polysorbat 80, Nährmedien (enthalten anorganische Salze, Aminosäuren und Vitamine), Gereinigtes Wasser. **Inhaber der Zulassung:** SANOFI PASTEUR MSD SNC, 8, rue Jonas Salk, F - 69007 Lyon, Frankreich. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Weitere Informationen betreffend Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkung mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekte sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

EDV-Abrechnung der Vertragsärzte

Verfassungsgerichtshof hebt die „Einheitlichen Grundsätze“ des Hauptverbandes als verfassungswidrig auf

von Markus Lechner

Meilenstein in der Judikatur des Verfassungsgerichtshofes: Während der Verfassungsgerichtshof im Jahre 1999, als er die „Richtlinien der ökonomischen Krankenbehandlung“ auf ihre Verfassungskonformität zu überprüfen hatte, noch keinerlei Bedenken hegte, dass der Hauptverband durch Verordnung auch Nicht-Mitglieder des Hauptverbandes, nämlich Vertragsärzte, binden könne, hat der Verfassungsgerichtshof nunmehr seine Judikatur revidiert:

In einem beim Verfassungsgerichtshof anhängigen Beschwerdeverfahren hat der Verfassungsgerichtshof von Amts wegen die in § 340a ASVG enthaltene Verordnungsermächtigung, wonach der Hauptverband die Grundsätze für die elektronische Abrechnung durch die Vertragsärzte festlegen könne, überprüft.

Mit Erkenntnis vom 16. 6. 2006, G 145/05, V 106/05 u. a. hat der Verfassungsgerichtshof jüngst die Wortfolge „durch den Hauptverband“ in § 340a zweiter Satz ASVG als verfassungswidrig aufgehoben. Ebenfalls als verfassungswidrig wurden die „Einheitlichen Grundsätze über die EDV-Abrechnung der Vertragsärzte“ sowie die Organisationsbeschreibung „Datenaustausch mit Vertragspartner (DVP)“ aufgehoben.

Begründet hat der Verfassungsgerichtshof seine Entscheidung damit, dass die Festlegung der „Einheitlichen Grundsätze für die EDV-Abrechnung der Vertragsärzte“ auch die Interessen der Vertragsärzte berühre, wobei diese aber nicht Angehörige des Hauptverbandes oder eines Versicherungsträgers seien. Den Vertragsärzten käme auch kein Einfluss auf die Bildung der obersten Organe des Hauptverbandes zu, sodass es unzulässig sei, dem Hauptverband die Zuständigkeit zur Regelung der „EDV-Abrechnung“ zu übertragen.

Diese Judikatur erfährt eine Einschränkung allerdings insofern, als der Verfassungsgerichtshof eine Verordnungsermächtigung an den Hauptverband mit Interessensberührung von Vertragsärzten nur dann als verfassungswidrig ansieht, wenn die Angelegenheit dem Hauptverband weisungsfrei, also ohne Weisungsbefugnis des Ministeriums, übertragen ist. Umgekehrt wird der Verfassungsgerichtshof also eine Verordnungsermächtigung an den Hauptverband wohl als verfassungskonform ansehen, wenn eine Weisungsbefugnis des Ministeriums besteht.



Mag. Markus Lechner

Immerhin: Der Verfassungsgerichtshof hat klargestellt, dass Vertragsärzte nicht „hilflos“ Verordnungen des Hauptverbandes „ausgeliefert“ werden dürfen. Die Entscheidung ist auch zukunftsweisend: Nicht nur werden sich viele bereits bestehende Verordnungen (auch die „Richtlinien über die ökonomische Krankenbehandlung“) als verfassungswidrig erweisen, sondern wird der Hauptverband in Hinkunft keine Verordnungen im eigenen Wirkungsbereich mehr erlassen dürfen, die auch Interessen der Vertragsärzte berühren.

Diese Aufgabe wird in Hinkunft wohl vom Ministerium übernommen werden, sei es, dass das Ministerium als Ordnungsgeber auftritt oder der Hauptverband diesbezüglich den Weisungen des Ministeriums unterstellt wird. Immerhin kann auf das Ministerium aber durch die Ärzteschaft (standes-)politischer Einfluss ausgeübt werden (was beim Hauptverband wohl nicht gelungen ist).

Unmittelbare Veränderungen ergeben sich für die Vertragsärzte jedoch nicht: Die Aufhebungen treten erst mit 30. Juni 2007 in Kraft. Bis dahin gelten die bisherigen Regelungen weiter. Auch ist davon auszugehen, dass der Gesetzgeber bis dahin entsprechende Ersatzregelungen geschaffen haben wird, wonach bei der EDV-Abrechnung keinerlei Veränderungen eintreten werden.

Die Verordnungsmacht des Hauptverbandes gegenüber Vertragsärzten ist aber vom Verfassungsgerichtshof erfreulicherweise wesentlich beschnitten worden.

Mag. Markus Lechner, Rechtsanwalt, Althaus 10, 6911 Lochau, Telefon: 0664 / 153 43 83, e-mail: lechnermarkus@aon.at

CO-DILATREND®-Filmtabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Carvedilol 25 mg, Hydrochlorothiazid 12,5 mg. **Anwendungsgebiete:** Arterielle Hypertonie, besonders wenn mit den Monosubstanzen keine ausreichende Blutdrucksenkung erreicht werden kann. **Gegenanzeigen:** • Überempfindlichkeit gegen Bestandteile des Präparates oder Sulfonamidderivate • Erregungsbildungs- und -leitungsstörungen (Sick-Sinus-Syndrom, SA-Block, AV-Block 2. und 3. Grades), außer bei Patienten mit Schrittmacher • ausgeprägte Hypotonie (systolischer RR < 85 mmHg) • hochgradige Bradykardie (Herzfrequenz < 50/min) • dekompensierte Herzinsuffizienz (NYHA IV), die eine intravenöse Behandlung mit positiv inotrop wirkenden Substanzen erfordert • kardiogener Schock • Prinzmetal Angina • pulmonale Hypertonie, Cor pulmonale • Asthma bronchiale • chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen • schwer eingeschränkte Leberfunktion • schwer eingeschränkte Nierenfunktion, Anurie • therapieresistente Hypokaliämie und Hyponatriämie • Hyperkalziämie • gleichzeitige Gabe von MAO-Hemmern • gleichzeitige i.v. Gabe von Verapamil und Diltiazem • Schwangerschaft und Stillperiode • Anwendung bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren (aufgrund fehlender Untersuchungen). **Vorsicht ist geboten bei schweren peripheren Durchblutungsstörungen, metabolischer Acidose, Diabetes mellitus, Hyperurikämie oder Gicht, Phäochromozytom (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt „Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“), Psoriasis in der Eigen- und Familienanamnese, schweren Überempfindlichkeitsreaktionen in der Anamnese, Hyposensibilisierungstherapie, gleichzeitiger Gabe von Cimetidin (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt „Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen“). **Hilfsstoffe:** Saccharose, Lactose, Polyvidon, mikrokristalline Cellulose, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Eudragit, Natriumcitrat, Methylhydroxypropylcellulose, Macrogol, Talkum, Titandioxid, Farblack Indigocarmin (E 132), Polysorbat. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Roche Austria GmbH, Engelhorngasse 3, 1211 Wien, Tel.: (01) 27739, Fax: (01) 27739 - 254. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig. **Wirkstoffgruppe:** Alpha- und Betablocker in Kombination mit Thiazid-Diuretikum. **Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln sowie Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.****