

ARZT IN TIROL

Informationsschrift des Vereines unabhängiger Tiroler Ärzte (Mitglied des österreichischen Ärztesverbandes)

Ausgabe 1 | Februar 2014

www.arztintirolo.at



Einladung zum

Standespolitischen Aschermittwoch für Spitalsärzte

Donnerstag, 06. März 2014, um 20 Uhr
im Weinhaus Happ, Innsbruck, Herzog-Friedrich-Straße 14

mit Heringssalat und Freibier

Themen:

**Was ändert sich im
ärztlichen Arbeitsalltag wenn
plötzlich „Ärztmangel“ herrscht?**

Es referieren und diskutieren:

Prof. Dr. Christoph Brezinka, Spitalsärztevertreter und Betriebsrat
Dr. Artur Wechselberger, Präsident der Ärztekammer für Tirol

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

eine neue Bundesregierung wurde angelobt, der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister Alois Stöger wurde wieder bestellt. Das lässt keine wesentliche Änderung der Österreichischen Gesundheitspolitik erwarten. Seine Hauptzielrichtung wird der Umsetzung von Gesundheitsreform und ELGA gelten.



Dr. Arthur Wechselberger

Unter diese Überbegriffe fallen auch die Pläne, die sich mit der ärztlichen Primärversorgung und der Änderung der Ausbildungsordnung, besonders die Allgemeinmedizin betreffend, befassen. Während die Ärzteschaft gleichzeitig

versucht, die gesamte Ausbildungsordnung, also auch die der Sonderfächer neu zu gestalten und dabei besonders auch auf internationale Vergleichbarkeit drängt, arbeitet eine Arbeitsgruppe der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Ministers still und leise an den Aufgaben und Inhalten der nichtärztlichen Gesundheitsberufe. Ohne Einbindung der Ärztekammer wurden dabei Pläne gewälzt, wie und in welchem Ausmaß nichtärztliche Berufe, Aufgaben, die bisher Ärzten vorbehalten sind, übernehmen könnten. Massive Proteste der Ärztekammer haben diesen Prozess vorläufig gebremst und erreicht, dass Ärztevertreter in die Arbeitsgruppeneingebunden wurden. – Ähnlicher Druck der Ärztevertreter war auch notwendig gewesen, um bei der Neugestaltung der Primärversorgung, im Sinne der Integration der ambulanten Patientenversorgung, eingebunden zu werden.

Bei nahezu allen Themen hat man den Eindruck, dass versucht wird, die Ärztevertreter draußen zu halten. Denken wir nur an die Genese der Gesundheitsreform oder an die Zielsteuerungskommissionen, in denen sich nur die sogenannten Zahler breit machen und machen. Selbsternannte Zahler, die bestenfalls als Verwalter öffentlicher Mittel apostrophiert werden können. Dem Grunde nach sind sie jedoch konkurrierende Leistungserbringer, die als Krankenträger oder Betreiber von Ambulatorien, die Spielregeln so gestalten, wie sie ihnen in dieser Rolle am besten passen. Dass die Ärzteschaft sich wehren muss, um nicht als technokratische Gesundheitsdiensteanbieter unter die Räder zu kommen, haben die letzten Jahre überdeutlich gezeigt. Die Auspizien lassen auch für die Zukunft keine Änderung erwarten.

Wenn man Butter auf dem Kopf hat, soll man nicht in die Sonne gehen !

So denkt wohl mancher wenn er die letzten Ausritte des Niederösterreichischen Patientenanwaltes Gerald Bachinger gegen die ÖQMed Revue passieren läßt.

„Wir suchen nach zufriedenstellenden Lösungen für die Patienten, wir suchen nicht nach Schuldingen“ - so steht es im Leitbild der sogenannten Patientenanwaltschaft „Wir sind unabhängig, weisungsfrei und unterliegen der Verschwiegenheit“ auch dies gehört zu den Maximen dieser obskuren Einrichtung.

Gerald Bachinger, der Niederösterreichische Patientenanwalt und Sprecher aller österreichischen Patientenanwälte, ist ein seit 1985 in der Verwaltung des Landes Niederösterreich tätig gewesener Jurist der als treuer Diener seines Herrn zum Patientenanwalt bestellt wurde. Er scheint in jedem Arzt einen potentiellen Verbrecher, in der Ärztekammer die Vertretung des Bösen und im österreichischen Kammerpräsidenten den „Obersten –Gottseibeius“- zu sehen. Im Gegensatz zu den am Anfang genannten Leitbildern lässt dieser Herr keine Gelegenheit aus um die Ärzteschaft öffentlich anzugreifen. Der letzte Großangriff dieser Napoleonimitation

galt vor kurzem der ÖQmed, die seit 2004 die Qualität der niedergelassenen Ärzte kontrolliert. „Jeder Würststand wird in Österreich besser kontrolliert als die Arztordination“ bellt der Jurist aus Niederösterreich und lästert über die ÖQmed „deren Qualitätsbericht ist zum Kren reiben, international ist das eine Lachnummer“. Eine Äußerung, die eigentlich besser auf ihn zuträfe. Die Diktion der sogenannten unabhängigen und der Verschwiegenheit unterliegenden Patientenanwaltschaft gleicht langsam einem Statement der Metzgerinnung innerhalb der Wirtschaftskammer, liest man die neue Meldung der Wiener Patientenanwältin Siegrid Pilz: „Wenn man möchte dass der Hund auf die Wurst aufpasst, dann macht man das.“ So trompetete die attraktive Wienerin in der österreichischen Medienlandschaft als ÖÄK-Präsident Wechselberger laut nachdachte ob es nicht sinnvoller wäre die Patientenanwälte abzuschaffen. Man könnte einen Patienten-Ombudsmann nach Vorbild der

Wiener Kammer, die diesen wählen lässt, installieren, wenn sich das bewähren sollte. Dieser wäre als gewählter Vertreter sicher unabhängiger als ein politisch bestellter Patientenanwalt.

Wer kontrolliert eigentlich Bachinger und Genossen?

Wer überprüft das Kontrollorgan Patientenanwaltschaft? Während man die Ärzteschaft laufend kontrolliert unter anderem auch ob sie nach den Prinzipien der Evidenz-basierten Medizin ihren Beruf ausübt, reitet ein gewisser Herr Bachinger mit seinem autodidakt erworbenen pseudomedizinischen Wissen eine Attacke nach der anderen gegen die Ärzteschaft. Evidenzbasierte Patientenanwaltschaft?

„CAVE CANEM!“

Gerade die Angriffe dieser Spezies sind jedoch aufgrund ihrer Nähe zur Politik nicht zu unterschätzen.

OMR Dr. Erwin Zanier



TILAK-Krankenhäuser – erfolgreicher Start der Gehaltsverhandlungen

Ein vorläufiges Mehr von sechs Millionen Euro für 2014 bedeutet besonders für die jungen Ärztinnen und Ärzte der TILAK eine spürbare Verbesserung ihrer Gehaltssituation.

In breit angelegten Diskussionen innerhalb Belegschaft, die Kurienobmann Ludwig Gruber initiiert hatte, kristallisierte sich diese Berufsgruppe als besonders benachteiligt heraus. Damit war es naheliegend hier sofort tätig zu werden, ohne eine generelle Änderung des Gehaltsschemas der Tiroler Landeskrankenanstalten abzuwarten.

Vorläufige Ergebnisse

Je nach Einstufung werden die jungen Ärztinnen und Ärzte, deren Bruttomonatsgehalt weniger als € 5000,- beträgt, dieses Jahr € 6000,- bzw. € 8000,- brutto, gestaffelt in vier Tranchen, zusätzlich erhalten. Leider werden sich an diesen Bruttobeträgen auch Sozialversicherung und Finanzamt bedienen, was den tatsächlichen Auszahlungsbetrag schmälern wird.

Entlastung der persönlichen Ausgaben und Motivation zur Aus- und Weiterbildung soll auch eine Aufstockung des Fortbildungsbudgets der TILAK um eine Million Euro bringen.

Die derzeit in der Endredaktion befindliche Betriebsvereinbarung sieht auch vor, dass die Nachteile für Ärztinnen, die aufgrund des Verbotes der vor Meldung der Schwangerschaft

regelmäßig geleisteten Bereitschaftsdienste zunächst gegenüber ihrem Normaleinkommen wesentlich reduzierte Gehälter und in der Folge



Kurienobmann Ludwig Gruber erzielt Etappensieg

darum verminderte Mutterschutzleistungen erhalten, ausgeglichen werden. Dazu ist vorgesehen, dass der Verlust durch diese Einschränkungen aus Gründen des Mutterschutzes gerechnet auf eine 100%-Stelle über eine einmalige Zulage von € 3000,- brutto gemildert werden soll. Voraussetzung für den Anspruch

ist, dass die Schwangerschaft mindestens drei Monate vor dem Mutterschutz-Termin gemeldet und von der Ärztin in den sechs Monaten vor Meldung der Schwangerschaft mindestens 12 Anwesenheitsbereitschaftsdienste geleistet wurden.

Große Gehaltsnovelle für 2015 vorgeplant

Nach diesem Etappensieg für 2014 stehen der Betriebsrat an der TILAK und die Kurie der angestellten Ärzte vor der großen Aufgabe, eine grundsätzliche Änderung des Gehaltsschemas der seit 20 Jahren bestehenden und als „Modell Tirol“ bekannten Betriebsvereinbarung mit der TILAK-Führung und dem Land Tirol zu verhandeln. Wesentliche Zielpunkte aus Ärztesicht sind dabei die Verlagerung des Einkommenschwerpunktes von den Diensten weg und hin zu den Grundgehältern. Damit verbunden sind auch die Pläne, die Arbeits- und auch Einkommenssituation der älteren Ärztinnen und Ärzte zu verbessern und die starke Abhängigkeit ihrer Einkommen von der Leistung von Nacht- und Wochenenddiensten zu vermindern.

Und plötzlich sind wir ein Mangelberuf ...

In Indien und China gibt es immer weniger Mädchen: die Präferenz für Buben, gepaart mit den Möglichkeiten der Geschlechtsdiagnostik früh in der Schwangerschaft mit immer billiger werdenden Ultraschallgeräten, gefolgt von der Abtreibung von als weiblich erkannten Feten, führt zu einem immer deutlicher werdenden Geburtenüberhang von Knaben, der in den beiden Ländern mittlerweile in die vielen Millionen geht.



Dr. Christoph Brezinka

Demnach müsste es nach den Gesetzen der Marktwirtschaft den Mädchen in diesen Ländern besonders gut gehen: es gibt zu wenig, deswegen muss man sie besonders schonend und bevorzugt behandeln.

Das Gegenteil ist der Fall: nicht erst durch die spektakulären Proteste gegen die Gruppenvergewaltigungen in Indien, weiß man von der weit verbreiteten Alltagsbrutalität gegen Mädchen und Frauen. Wenn etwas Mangelware ist, dann ist es eben in erster Linie Ware, es wird zwar härter darum gekämpft, es werden auch höhere Preise bezahlt, aber immer zu den Bedingungen derer, die die Ware konsumieren und nützen wollen.

Die Analogie mit den Ärzten ist gar nicht so weit hergeholt – einerseits sind sie Mangelware, an immer mehr Spitälern, in immer mehr Regionen werden Turnusärzte, Fachärzte aber auch niederlassungswillige AllgemeinmedizinerInnen händelnd gesucht. Die Inserate der Stellenanzeigen werden immer bunter, die Texte immer blumiger – der ärztliche Alltag immer härter, unleidlicher und die angekündigten Verbesserungen in der Bezahlung sind auf den meisten ärztlichen Kontoauszügen unterhalb der Nachweisgrenze.

Sehen wir uns die Ursachen an, die zu dieser für alle Beteiligten unerfreulichen Situation beitragen:

1. Wenn weniger Arbeitskräfte zur Verfügung stehen, die Arbeit gleichzeitig mehr wird, dann müssen die, die

da sind, mehr und härter arbeiten. Produktivitätssteigerung bei gleichzeitiger Personalreduktion, das erklärte Ziel aller Fabriksübernahmen, findet - ohne dass an den Spitals-Stellenplänen eine einzige Stelle gestrichen wurde - einfach durch das fehlende Angebot am Arbeitsmarkt statt.

2. Nachtambulanz der treue Gast: Ärztlicher Nachtdienst heißt mittlerweile allgemeine Ambulanz wenn es draußen finster ist. Es gibt unzählige Patienten mit unzähligen Spitalskontakten, die das Krankenhaus noch nie bei Tageslicht gesehen haben – und wenn, dann war das sicher an einem Sonntag. Die absolute Hilflosigkeit der Spitalsträger, vom Wiener AKH bis zum sprichwörtlichen Spital im hintersten Tal, gegen den Nacht für Nacht einsetzenden Ansturm von Pseudo-Notfällen mit trivialen Wehwehchen, sagt alles über die Lösungskompetenz der Akteure im österreichischen Gesundheitswesen. Maximal jeder Vierte der nächtlichen Dauergäste hat überhaupt einen Hausarzt, an den man Briefe mit Befunden schicken kann – aber der alte/neue Gesundheitsminister wehrt sich standhaft dagegen, dass jeder Bürger einen Hausarzt/Behandler haben muss, bei dem die Informationen zusammenlaufen. Als – für einen Sozialdemokraten ungewöhnlich - Anhänger einer anarcho-liberalen Medizinideologie, will er seinen Patienten die freie Arztwahl nicht nehmen. Wenn „Doctor-hopping“ zur olympischen Disziplin wird, sind wir in Österreich jedenfalls ganz vorne dabei.

3. Können alle ärztlichen Tätigkeiten wirklich nur durch Ärzte gemacht werden? In Zeiten der Ärzteschwemme, als sich Turnusärzte und FacharztassistentInnen gegenseitig auf die Füße stiegen und frustrierte Jung-Fachärzte über die Perspektivenlosigkeit ihres Berufslebens jammerten, wurden in jedem Fachgebiet zahlreiche Tätigkeiten unter einen ärztlichen Vorbehalt gestellt. In vielen europäischen Ländern ist es z.B. selbstverständlich, dass der Ultraschall durch eigens ausgebildete „Sonographers“ oder bei Schwangeren durch Hebammen

gemacht wird, in Österreich ist es eine fast rein ärztliche Tätigkeit. Zahlreiche weitere Beispiele ließen sich aufzählen. Das heißt aber auch, dass die paradiesischen Zustände für Pflege und andere Berufe, dass man sich von den Ärzten immer weniger sagen lassen muss, gleichzeitig ihnen alle Verantwortung und immer mehr Arbeit zuschieben kann, irgendwann vorbei sein werden.

4. Wer die Bürokratie beherrscht, schafft an. Es vergeht keine Woche, in der nicht ein neues Formular im Computer und zur Sicherheit gleich auch noch auf Papier, ausgefüllt und mit Daten versehen werden muß. Die durchschnittliche Spitals-Station hat inzwischen mehr Bar-Code-Leser als ein Supermarkt. Dafür entwickelt sich eigene Berufsgruppen von Dokumentationsassistenten, bei denen die Ärzte mit Staunen merken, wie aus herbeigesehnten Helfern plötzlich gefürchtete Vorgesetzte werden, die sie höchstens noch zurechtweisen, wenn ein Formular durch den getetzten Arzt nicht richtig ausgefüllt war. Die Dokumentationsassistenten sind von Babybeinen and - oder zumindest von der ersten Einführungsstunde des FH-Lehrgangs an - in der Verwaltung sozialisiert und werden daher selbst nur eine überwachende, korrigierende und mahnende Rolle übernehmen, sicher nicht die Rolle, den ganzen Mist auszufüllen. Für die Ärzte ist es eine no-win Situation: Wer versucht, noch etwas Kontrolle über das eigene Dasein zu haben, muss zwangsläufig nur Bürokratie machen, Formulare ausfüllen, sieht kaum je mehr einen Patienten, wer es andere machen lässt, treibt sich und seine Kollegen immer weiter ins Untertanendasein hinein.

5. Leitungsfunktion übernehmen? Ich bin ja nicht (bl)öd, Mann! Manche Primariate müssen immer wieder ausgeschrieben werden, bis sich wer findet, der oder die sich das antut. Es ist erstaunlich, wie sich in einem Jahrzehnt die erstrebenswerteste und attraktivste Form der Ausübung des Berufes in einen gering geschätzten, schikanierten Hungerleiderposten gewandelt hat. Viel zu



oft prägt der Hass der Verwalter auf den alten Primar die Vertragsgestaltung mit dem Neuen, in einigen Bundesländern muss er dann gleich noch die Leitung und auf jeden Fall die Verantwortung für eine dutzende Kilometer entfernte zweite Spitalsabteilung mitübernehmen, deren bisheriger Primar zum stationsführenden Oberarzt degradiert wurde und der vor Freude und Kooperationsbereitschaft nur so sprüht. Statt der bislang üblichen Gratulation zu einem Primariat erfolgt mittlerweile im Kreis der bisherigen (und zukünftigen) Kolleginnen und Kollegen das mitleidige Lächeln über so viel fehlgeleiteten Ehrgeiz und die kopfschüttelnd vorgebrachte Frage „warum tust Du Dir das an?“

6. Kassenvertrag übernehmen? Ich bin ja nicht (bl)öd, Mann! Wortreich jammerten Zeitung und Krankenkassen, dass es in einem bekannten Tiroler Tourismusort keinen praktischen Arzt gäbe. Wer auf der Ärzteliste nachsah, konnte feststellen, dass es dort sogar mehr als einen Allgemeinmediziner gibt – allerdings ohne Kassenvertrag. War früher der Kassenvertrag für den niedergelassenen Bereich das, was das Primariat für den angestellten Bereich war, nämlich das höchst erstrebenswerte Ziel, das man nie aus den Augen verlieren durfte, so ist der Verfall des hohen Stellenwertes dieser Tätigkeit genauso schnell gegangen wie der des Primariats in den Spitälern. Wer ohne Kassenvertrag leben kann, wird ihm kaum was abgewinnen können.

7. Unduldsamkeit und Klagsbereitschaft

verderben das Arbeitsklima. Ein Patient kommt mit der Rettung nachts ins Krankenhaus und muß gleich akut operiert werden. Die Op-Narbe ist am Tag der Nahtentfernung 2 cm oberflächlich dehiszent. Sofort wird geklagt - auf Schadenersatz von 5000 Euro. Schließlich hatte er ja wegen seiner Bewußtlosigkeit nicht vollständig aufgeklärt werden können. Auch wenn solche frivolen Klagen nur selten Erfolg haben, der Ärger und Zeitaufwand, die langen, gefälligst kriecherisch-unterwürfigst zu formulierenden Stellungnahmen und Entschuldigungsschreiben, die die hauseigene Verwaltung, die Patientenanwaltschaft und dann die Gerichte von den Ärzten anfordern, tragen einen erheblichen Teil dazu bei, dass viele Ärzte die Freude am Beruf verlieren. Wer einmal bei Gericht seinem langjährigen Patienten gegenüber gesessen ist, der – anwaltlich gecoacht – stereotyp wiederholt hat, dass ihm in all den Jahren nie irgendwas erklärt worden sei, nie jemand mit ihm geredet habe – wird sich in Zukunft jedes Gespräch protokollieren und mit Unterschrift bestätigen lassen. Das weckt wieder bei jedem Patienten Misstrauen und sorgt für eine schleichende Vergiftung der Atmosphäre.

8. Ausbildung passiert einfach so. Österreich ist eines der wenigen Länder, in denen die Ausbildung zum Allgemeinmediziner und zum Facharzt absolut keine Struktur hat und die Ausbildungsverantwortung für ein Fach eine rein rituelle, inhaltsleere Befugnis ist. Freilich gibt es eine kunterbunte Wunschliste in Form der Rasterzeugnisse, es gibt auch

Leute, die an den Facharztprüfungen gut verdienen und ebenso an den Vorbereitungskursen, die sie dafür abhalten. Viele Zeugnisse sind wie Rettungsschwimmerdiplome für Nichtschwimmer. Denn nach wie vor muß jeder selbst schauen, wie er oder sie zu seinem Wissen und zu seinen Fertigkeiten kommt. Manche europäischen Länder haben inzwischen die Praktiker- und Facharzausbildungen als Master-Lehrgänge mit ECTS-Punkten umgestaltet. Da gibt es ein durchdachtes Curriculum mit verpflichtenden Kursen, Vorlesungen für die die Assistenten in Ausbildung frei bekommen und die Referenten ein Honorar. Wahrhaft ein Glück, dass wir das alles nicht brauchen, bei uns geht schließlich von den OP-Fließen an der Wand schon eine hochqualifizierte ausbildende Kompetenz aus.

Also – kein Grund zum Jubeln, weil wir nun plötzlich eine rare und begehrenswerte Spezies geworden sind. Wie die Frauen in Indien und China müssen wir ständig auf der Hut vor den sabberenden Begehrlichkeiten derer sein, die meinen über uns verfügen zu können, wenn die Mitgift stimmt. Eine theoretisch stärkere Verhandlungsposition kann man durch mangelnde Willensbildung und fehlende Solidarität in den eigenen Reihen auch ganz enorm vergeigen.

Und bevor man auf die bunten Inserate antwortet um „dort zu arbeiten, wo andere Urlaub machen“, sollte man sich gut über die Rahmen- und Arbeitsbedingungen dort informieren. Denn der Druck auf die Ärzte wird überall ständig mehr – und Leute, die Urlaub machen, gibt es hierzulande ja auch schon genug.

„Neues Spiel, neues Glück!“

Schleppender Start der Gesundheitspolitik nach den Herbstwahlen

ELGA, Gesundheitsreform und Brustkrebsfrüherkennungsprogramm hießen die Arbeitsschwerpunkte und - zumindest in den Selbstdarstellungen der politischen Akteure - auch die Erfolge der österreichischen Gesundheitspolitik der letzten Legislaturperiode. Derzeit scheint es allerdings, dass der Glanz des angesagten Erfolgs die Wahlen nicht überlebt hat. Massenausstritte aus ELGA und Zeitverzögerung in der Umsetzung, Luftblasen einer Bundeszielsteuerung verneufacht in den Landeszielsteuerungsverträgen und eine blamable Teilnahme an der nun zentral gesteuerten Mammografie prägen die ersten Monate des neuen Jahres.

ELGA stockt

Selbst die von BM Stöger primär angestrebte Patienten-ELGA zur Stärkung der Patientenautonomie steckt in tiefen Startschwierigkeiten. Nachdem das elektronische Monsterprogramm seit Jahresbeginn zumindest fiktiv gestartet wurde, kommt auch die allgemeine Diskussion über die Datensicherheit des Systems in Gange. Einen ersten Eindruck über die Leistungsfähigkeit bietet der nicht gerade einfache Weg zum Opt-out aus ELGA, wenn man an dieser Sicherheit zweifelt. Telefonische Warteschleifen und wochenlangen Bearbeitungszeiten ärgern die Austrittswilligen. Dabei ist mit Ausnahme des Portals, über welches die offensichtlich doch nicht so technikaffinen Österreicherinnen und Österreicher mittels Bürgerkarte oder Handysignatur mit wenigen Klicks ihren Austritt erklären können, noch keine technische Infrastruktur erstellt und auch noch keine einzige Akte angelegt.

Schon diskutiert man offen in Gesundheitsministerium und Hauptverband die Verschiebung des Starts des Realteils der elektronischen Akte, die ELGA-Gesetz und ELGA-Verordnung für die einheitlichen Entlassungsbriefe aller Krankenhäuser ab 2015 vorschreiben.

Die Krankenhäuser mehrerer Bundesländer werden die ambitionierten oder wohl eher unrealistischen Zeitpläne nicht einhalten können. Damit hängen auch die Pilotregionen, in denen regionale ELGA Tests geplant waren, in der Luft. Ganz zu schweigen von der Umsetzung der Anforderungen, die an eine für Ärzte taugliche ELGA gestellt werden. Langsam kommen auch die Krankenhäuser darauf, dass eine Gesundheitsakte aus einer Sammlung von PDF-Dokumenten den Routinebetrieb mehr hemmen als unterstützen wird. Ganz zu schweigen, dass

viele Haftungsfragen, die sowohl die Ärzte in den Praxen aber die Krankenhäuser und die dort beschäftigten Ärzte treffen, noch absolut ungelöst sind. Auch Fragen wie sich die Behandlungssituation verändert, wenn Patienten vor den behandelnden Ärzten schwerwiegende oder interpretationswürdige Befunde erfahren, wurde noch nicht einmal diskutiert.

Dass auch die Gesamtkosten des gesamten elektronischen Systems wie auch die finanziellen Belastungen der Praxisinhaber noch im Zukunftsdunkel liegen, ist beim derzeit stockenden Prestigeprojekt eher zu erwarten als verwunderlich.

Gesundheitsreform in Zielsteuerungsprogramme gegossen

Der Bund hat sie unkonkret vorgegeben, die Länder haben sie ebenso unkonkret abgeschrieben. Die Landes-Zielsteuerungskommission setzt sich aus Vertretern des Landes, des Gemeindeverbandes, der Tiroler Gebietskrankenkasse, der bundesweiten Sozialversicherungsträger und dem Bundesministerium für Gesundheit zusammen. „Die Sicherung der wohnortnahen Grundversorgung sowie die Versorgung in den Tagesrandzeiten und an Wochenenden ist eine große Herausforderung, die wir in Zukunft nur

gemeinsam mit den Ärzten und anderen Partnern im System in Tirol bewältigen werden können“, betonte TGKK-Obmann Werner Salzburger gegenüber der Öffentlichkeit.

Zu Fragen der konkreten Umsetzung, schweigen sich der Zielsteuerungsvertrag und seine Autoren aber aus. Grundlagen zur Verbesserung der dezentralen Versorgungslage, wie ein organisierter allgemeinmedizinischer Nachtdienst kommen über die Pilotphase nicht hinaus. Die Verlängerung des seit zwei Jahren bestehenden Probebetriebes für ein weiteres Jahr, hatte den ganzen Einsatz der Ärztekammer erfordert. Krux dabei ist, wie bei allen Versorgungsnotwendigkeiten, die duale und sektorenübergreifende Finanzierung. Was die Gesundheitsreform 2005 mit ihrem Reformpool nicht gelöst hatte, scheint auch die Fußangel der laufenden Reform zu werden. Um den wohnortnahen extramuralen Versorgungsbereich zu stärken, die Krankenhausbelegung zu reduzieren und die Ambulanzen zu entlasten braucht es Investitionen in den niedergelassenen Bereich. Um diese intersektorale Umstrukturierung zu bewältigen, müssen die Investitionen von den beiden sich als „Zahler“ lauthals zu den Herren der Gesundheitsreform erklärten Institutionen, Land und Sozialversicherungen, auf



Foto: fotolia.com

Basis gemeinsamer Umsetzungs- und Finanzierungspläne anteilig getragen werden.

Das, was schon in den Zeiten gefüllter Kassen nicht möglich war, soll nun in Zeiten knapper Ressourcen und drängender Sparappelle plötzlich funktionieren. Kniefälle der Länder in der Übernahme der Planungsvorgaben des Bundes tragen das Ihre dazu bei, den Papiertiger der Gesundheitsreform durchs Land zu ziehen und die Zielverträge mit Unverbindlichkeiten zu füllen. Dabei hätte gerade unser Land das Potential die geforderte Integration der Versorgung in den Gesundheitssprengeln zu leben, durch Ausbau der Hausapotheken den ländlichen Raum zu stärken und durch regionale Lösungen die fachärztliche Versorgung zu stärken.

Brustkrebsvorsorge – programmierter Fehlstart

Das Screeningprogramm, das von BM Stöger als „Ein Meilenstein für die Frauengesundheit“ gelobt wurde, kommt nur schleppend vom Fleck. Das österreichweite Brustkrebsprogramm trat nach monatelanger Verzögerung Anfang Jänner 2014 in Kraft. Es sieht flächendeckende Vorsorgeuntersuchungen für alle Frauen im Alter zwischen 45 und 69 Jahren vor. Sie erhalten alle zwei Jahre eine Einladung zur Mammografie, die gleichzeitig als Überweisung zum Radiologen gilt. Die Initiatoren loben das Programm als eines der fortschrittlichsten überhaupt. Sie hoffen, 70 Prozent aller infrage kommenden Frauen zur

Untersuchung zu bewegen.

Aber gerade die Anonymität der Einladung scheint sich, so die Interpretation der bisher mageren Teilnahmezahlen, als fundamentale Schwäche zu erweisen. Entgegen allen Warnungen der Ärzteschaft über die negativen Auswirkungen des Ausschlusses von Frauenärzten und Allgemeinmedizinerinnen aus dem Einladungssystem, hatten das Bundesministerium und der Hauptverband der Sozialversicherungsträger ihr „niederschwelliges“ Einladungssystem durchgedrückt. Hauptgrund der zentralistischen Entscheidung waren aus der Sicht der Gesundheitspolitik die angeblich negativen Erfahrungen aus dem unkontrollierten, sogenannten opportunistischen Screening und aus verschiedenen dezentralen „grauen“ Screeningprogrammen, an denen im gesamten Bundesgebiet immerhin rund 40 Prozent der in Frage kommenden Österreicherinnen teilgenommen hatten. Im Tiroler Vorsorgeprogramm, das im Jahre 2007 gestartet worden war, wurden Frauen zwischen dem 40. und 59. Lebensjahr einmal jährlich und Frauen zwischen dem 60. und 69. Lebensjahr im Abstand von zwei Jahren schriftlich eingeladen, sich von ihrem Hausarzt bzw. Gynäkologen zur Brustkrebsfrüherkennungsuntersuchung zuweisen zu lassen. Damit konnte in Tirol Teilnehmerinnenrate von über 60% erzielt werden.

Demgegenüber erhalten jetzt Frauen im Alter

zwischen 45 und 69 Jahren alle zwei Jahre automatisch eine Einladung zur Röntgenuntersuchung der Brust. Frauen zwischen 40 und 44 sowie 70 und 74 Jahren können eine Einladung anfordern. Die Einladung reicht als Zuweisung zum Radiologen, eine spezielle Arztüberweisung ist nicht notwendig.

Dass dieser Einladungsmodus nicht geeignet scheint, Frauen zur Teilnahme zu motivieren, zeigen die Zahlen der ersten zwei Monate. Deshalb drängt die Ärzteschaft massiv auf eine Änderung des Vorsorgevertrages und auf eine Einbindung der niedergelassenen Vertrauensärzte in das Einladungssystem, um an die Erfolge des Tiroler Modells anschließen zu können.

Mit dem Ausdruck einer „desaströsen Response-Rate von 5%“ bringt Doz. Dr. Franz Frühwald, der Obmann der Bundesfachgruppe Radiologie die derzeitige Situation auf den Punkt.

IMPRESSUM:

„Arzt in Tirol“, Informationszeitschrift des Vereines unabhängiger Tiroler Ärzte
Herausgeber und Redaktion: Verein unabhängiger Ärzte, per Anschrift: Dr. Fritz Mehnert, Anna-Huber-Str. 3, 6322 Kirchbichl.
Verleger und Hersteller: Ablinger.Garber, Medienturm Saline, 6060 Hall in Tirol, Tel. 05223/513, www.ablinger-garber.at

Notfall in der ärztlichen **Praxis**

Termin: **Samstag, 05. April 2014**
Uhrzeit: **08:00 Uhr bis 18:00 Uhr**
Ort: CW-Consult GmbH
Fischnalerstr. 4
6020 Innsbruck
Preis: € 150,- p.P. (inkl. MwSt.)
Referenten: Johanniter Innsbruck
Zielgruppe: Das Praxisteam



Ein medizinischer Notfall stellt auch in einer Arztpraxis eine Ausnahmesituation dar.

Nur ein funktionierendes Notfallmanagement gepaart mit einer profunden Ausbildung aller PraxismitarbeiterInnen garantiert die sichere und reibungslose Beherrschung dieser Akutsituation.

In der theoretischen Einführung werden das Notfallmanagement sowie anzuwendende notfallmedizinische Maßnahmen besprochen. Im praktischen Teil werden die Grundlagen praxisnahe demonstriert und geübt.

Dieses Seminar ist als Teamveranstaltung konzipiert und richtet sich an das gesamte Praxisteam.

CW-CONSULT

Eine Veranstaltung der: Unternehmensberatung GmbH

www.cw-consult.at

ANMELDUNG FAX: 0512 / 291206

an die CW-Consult GmbH; Fischnalerstr.4; 6020 Innsbruck

Hiermit melde ich zum Seminar
"Notfall in der Praxis" am 05.04.2014 zum
Preis von € 150,- (p.P.) an:

Praxis:

Straße

PLZ / Ort

Telefon / Mail

TeilnehmerInnen:

Anrechnung:

Die Veranstaltung wurde bei der Ärztekammer für Tirol zur Approbation eingereicht.



Bitte einsteigen!

Venlafaxin Hexal® und **Venlafaxin Sandoz®**

Erhältlich als 37,5 mg*, 75 & 150 mg laktosefreie Retardkapseln und 50 mg Tabletten

* Venlafaxin Hexal 37,5 mg



a Sandoz company



SANDOZ

Eine gesunde Entscheidung