

ARZT IN TIROL

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

Ausgabe 2 | März 2019

www.arztintirolo.at



Dr. Artur Wechselberger
Präsident der Ärztekammer für Tirol

Der Ärztemangel hat als Thema nun offensichtlich auch die Österreichische Innenpolitik erfasst. Und sei es auch nur um in einem medienwirksamen Aktionismus das Thema auf die parlamentarische Ebene zu heben.

INHALT

- 2 • Wenn's weh tut!
- 3 • Die Sicht auf das Ganze nicht verlieren
- 4 • Spitäler ohne ÄrztInnen?
• Wichtig für Ärztinnen und Ärzte, die über kein aufrechtes Fortbildungsdiplom verfügen!
- 5 • Wahlarzt sein und bleiben ...?
• Nur der objektiv, vernünftigenkende Mensch ist das Maß aller Dinge
- 6 • Eine Verschiebung des Marktgleichgewichts
- 7 • Die Verwochenendung des Freitags
- 8 • Unterstützen Sie unsere standespolitische Tätigkeit

Jeder gegen jeden – selbst wenn die Versorgung auf der Strecke bleibt

In einer Anfrage an die Volksvertreter wurde im Rahmen einer Sondersitzung des Parlaments das abgefragt, was zumindest den seit 2008 über 10 Jahre für das Gesundheitsressort Verantwortlichen schon zu tiefst bekannt sein sollte und hoffentlich auch ist. Schließlich zieren zwei Gesundheitsminister a.D., jetzt als Abgeordnete, das hohe Haus. Und eben diese stellten die Anfrage zum Ärztemangel. Also tatsächlich politisches Geplänkel in Reinkultur, präventive Reinwaschung von erwartbaren Versäumnisvorwürfen oder Eingeständnis politischen Versagens?

Handlungsempfehlungen an die Nachfolger, die man selbst nicht umsetzen wollte oder nicht realisieren konnte zu einer Entwicklung, die nicht zu übersehen war. Natürlich war sie auch am Gesundheitsministerium nicht spurlos vorbeigegangen. Oder hätte man sich sonst 2012 an der Erstellung einer Ärztebedarfsstudie gemeinsam mit dem Wissenschaftsministerium und der Österreichischen Ärztekammer beteiligt? „Ärztinnen und Ärzte: Bedarf und Ausbildungsstellen 2010 bis 2030“. Unter diesem Titel wurde die Studie 2012 veröffentlicht. Der damalige Gesundheitsminister Alois Stöger stellte dort in seinem Vorwort klar: „Die Gesundheit der Bevölkerung Österreichs ist für mich als Gesundheitsminister ein wichtiges und zentrales Thema.“ Sein Amtskollege im Wissenschaftsministerium der Tiroler Minister Karlheinz Töchterle sah zumindest „Optimierungspotential“ und die Aufgabe dieses zu nutzen, um die ärztliche Versorgung zu sichern.

Als dritter im Reigen der Vorworte blieb es offensichtlich an mir als Vertreter der Ärzte-

schaft schon damals auf den deutlich bemerkbaren und in der Tendenz zunehmenden Ärztemangel zu verweisen und auf die wesentlichen Aspekte, die für eine nachhaltige Sicherung der Gesundheitsversorgung durch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte von grundlegender Bedeutung sind, hinzuweisen. Denn im Ergebnis der Untersuchung fand sich je nach Berechnungsart und prognostischer Einschätzung ein voraussichtlicher Mangel an Ärztinnen und Ärzten (ohne Zahnärzte) von 3 272 bis 7 652 für das Jahr 2030.

Wahrscheinlich war damals das Bestreben den erwarteten Mangel der EU-Kommission glaubhaft darzustellen vorrangig. Schließlich sollte er erklären, warum Österreich die Ausländerquote im Medizinstudium auch weiterhin benötige und eine Aufhebung der Quote der inländischen Versorgung schaden würde. Darüber hinaus selbst aktiv zu werden gehörte scheinbar nicht zu den Intentionen.

Denn gesundheitspolitisch verfolgte man damals andere Prioritäten. Etwa das mühselige Einführen von ELGA, die zum Zeitpunkt ihres Starts schon heillos veraltet war. Zudem bestand das Grundkonzept schon immer in einer Patienten-ELGA. Die Tauglichkeit als Arbeitsgerät für Ärztinnen und Ärzte in Praxen und Krankenhäusern stand nicht im Vordergrund. Populistisches Patienten-Empowerment galt viel mehr als die notwendige Stärkung und digitale Unterstützung der Gesundheitsberufe. Der Traum war, dass jede Österreicherin und jeder Österreicher Herrin und Herr



ihrer digitalisierten Gesundheitsdaten sein müsse. Unabhängig vom Alter oder von ihrem Gesundheits-, Geistes- und Bildungszustand sollten sie Tag und Nacht in ihren digitalen Gesundheitsunterlagen wühlen können, diese zugänglich machen, sperren, selektieren oder löschen. So das Credo der politischen Entscheidungsträger. Wie es der Ärzteschaft dabei ging wurde nicht gefragt. Für sie hatte man offensichtlich nichts übrig.

Oder doch?

Für sie blieben bürokratische Auflagen, technokratische Versorgungskonzepte und verschärfte Kontrolle bis hin zum Mystery-Shopping. Statt die Krankenkassen auf ihre Versorgungspflicht im niedergelassenen Bereich hinzuweisen, bemühte man sich gemeinsam die Ärzteschaft mit Planungs-, Steuerungs-, Finanzierungs- und Monitoringkonzepten in den Griff zu bekommen.

Und die dritten im Bunde, die Länder?

Sie waren und sind das Opfer der gemeinsamen Begierde. Ihnen versucht man Anteile an der Finanzierung des niedergelassenen Bereichs umzuhängen und verspricht ihnen dabei utopische Entlastungen und Einsparungen in den Spitälern.

Allerdings versuchen sich die so Geköderten mit subtiler Bauernschläue zu wehren. Als Träger von Krankenanstalten schielen die Kommunen ihrerseits auf Mittel der Sozialversicherungen, um einen Teil davon für den Ambulanzbereich einzustreifen. Fast sieht es so aus, als ob sie dabei auch zumindest teilweise Erfolg haben könnten. Von den Kassen finanzierte Triage-Einheiten in den Krankenhäusern und SV-finanzierte Ausdehnung der Krankenhausaktivitäten in den ambulanten Versorgungsbereich sollen die Mittel wieder hereinspielen, welche die Länder etwa im Rahmen der Lehrpraxisförderung oder der Pri-

märversorgungseinrichtungen als zusätzliche, systemfremde Ausgaben verbuchen müssen. Der Ärztemangel kratzt den Bund und die Kassen nach wie vor nur marginal. Denn auch hier sieht man, wie sich die Stereotypen der letzten Jahre fortsetzen: Die Länder denken über neue medizinische Universitäten nach und die Gemeinden versuchen mit finanziellen Aufwendungen Ärztinnen und Ärzte zu locken. Dass beide gleichzeitig für die zunehmenden Wartezeiten und die neuerlich wieder bremsenden Wartelisten zur Ausbildung in ihren Krankenhäusern verantwortlich sind, wird dabei nicht gesehen. Wirklich absurd könnte man sagen. Lieber das zu bezahlen, was in den Verantwortungsbereich von Bund und Krankenkassen fällt und dabei das zu übersehen, was langfristig Kosten spart und ärztliche Versorgungssicherheit erhöhen könnte. Mehr Ärztinnen und Ärzte in der Ausbildung in den Krankenhäusern.

Wenn's weh tut!

Offensichtlich sind die Namensgeber der neuen telefonischen Gesundheitsberatung 1450 mit ihren Überlegungen gar nicht so schlecht gelegen. Schließlich gehören, so zeigen jedenfalls die Ergebnisse der Pilotregionen in Vorarlberg, Niederösterreich und Wien, nach Erbrechen und Schwindel die Rückenschmerzen, abdominale Schmerzen und Kopfschmerzen zu den häufigsten medizin-fachlichen Anfragegründen bei der neuen, niederschweligen Servicehotline 1450.

Die häufigste Verhaltensempfehlung war der Rat zum Aufsuchen eines niedergelassenen Arztes für Allgemeinmedizin. Von mehr als 25.000 Gesundheitsberatungen, die in Niederösterreich durchgeführt wurden, mussten in 1.129 Fällen die Anrufe als Notfälle gewertet und entsprechend weitergeleitet werden.

Insgesamt klingelte in den Bundesländern Niederösterreich, Vorarlberg und Wien ab Start des telefonischen Beratungsdienstes am 7.4.2017 bis zur Evaluierung im Herbst 2018 nach der Anwahl von 1450 ca. 93.000 mal das Telefon in den Leitstellen.

Mehr als ein Viertel aller Anruferinnen und Anrufer legte allerdings gleich wieder auf. Sie hatten sich entweder verwählt, wollten nicht, dass der Anruf aufgezeichnet wird oder hatten schlichtweg nicht den Nerv die professionelle

1540



Abfrage des Algorithmus in seiner vollen Länge über sich ergehen zu lassen. Damit reduzierte sich die Zahl der tatsächlich durchgeführten Gesundheitsberatungen auf 68.000. Dass Geduld gefragt war, zeigen die Beratungszeiten von immerhin 13 Minuten pro Anruf. Positiv heben die Autoren des Evaluierungsberichts hervor, wie ernst die Empfehlungen genommen wurden. Zu 70 % hätten die Anrufer den Rat, einen Arzt aufzusuchen, auch umgesetzt, wird vorgerechnet. Belegt wird diese hochgelobte Compliance und „ausgezeichnete Akzeptanz“ mit dem Verweis auf die Nachverfolgung der SV-Nummern der Anrufer mit ihren tatsächlichen Arztkontakten im zeitlichen Zusammenhang mit dem Anruf. „Big brother ...!“ Die gefragtesten Uhrzeiten im Wochenrhythmus lagen jeweils zwischen 08:00 Uhr und 09:00 Uhr bzw. 17:00 Uhr und 20:00 Uhr. Die häufigsten Anfragen erfolgten an Samstagen. Sukzessive sollen 2019 die übrigen Bundeslän-

der, im Herbst Tirol, an den Start gehen. Dies beschlossen Bund, Länder und Sozialversicherung, die eine gemeinsame Verwaltungskooperation eingegangen sind und eine gemeinsame Finanzierungsvereinbarung getroffen haben.

Apropos Finanzen!

Nicht kleckern sondern klotzen!

21 Millionen (9 Mio. Länder, 9 Mio. SV und 3 Mio. Bund) wurden bis Ende 2021 für das Projekt veranschlagt. Auch Tirol ist bereit, sein Füllhorn über das Telefonservice auszuschütten. Schließlich setzt eine hohe Verfügbarkeit der neuen telemedizinischen Kommunikationsmöglichkeit ein Minimum von 7,3 Vollzeitäquivalenten an diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (DGKP) voraus. Diese werden von einem ärztlichen Hintergrunddienst unterstützt. Dazu soll noch ein ärztlich Verantwortlicher, als „1450 Chefarzt“ gefunden werden. Investitionen in Hard- und Software sowie weitere Anschaffungskosten für vier Arbeitsplätze in der Leitstelle und zusätzliche Betriebskosten, einschließlich der Bewerbung, runden den Kapitalbedarf der öffentlichen Finanziers, denen dieser Aufwand scheinbar nicht weh tut, ab. Die 50,- Euro pro Anruf, so die kolportierten Kosten je Beratungsfall, liegen nur knapp unter dem §-2-Kassen-Fallwert der Allgemeinmediziner für ein ganzes Abrechnungsquartal.

Die Sicht auf das Ganze nicht verlieren

Die Zeiten scheinen für die Ärzteschaft derzeit nicht leicht zu sein. Und doch sind sie nur Teil einer sich wandelnden Zeit, die durch die zunehmende digitale Abbildung des Lebens in der EDV und einem – nicht zuletzt durch die sozialen Netzwerke – boomenden Medienbereich geprägt ist.



Dr. Momen Radi,
Obmann der Kurie
Niedergelassene
Ärzte

Nicht allein als Zeichen einer merklichen Verrohung der Gesellschaft mit Abnahme der sozialen Kompetenz drängen Begriffe wie Wirtschaftlichkeit und Gewinnmaximierung massiv in den Gesundheitsbereich vor. Strenges Kalkulieren und betriebswirtschaftliches Rechnen im Gesundheits-

bereich wird von der Politik gefordert und ist damit auch Teil der täglichen Realität geworden. Zudem befinden wir uns mitten in einem Generationenwechsel mit all den Spannungen, die diese Konstellation bringt. Gegenüber der älteren Generation ist es oft schwer, Neuerungen zu argumentieren und einzuführen, obwohl sie notwendig sind, um zeitgemäße, attraktive Bedingungen für die Nachrückenden zu gewährleisten. In solchen Zeiten ist es schwierig, den Blick auf das Ganze zu behalten und objektiv zu bleiben. Die Umstellung auf ein EDV-zentriertes Ordinationsleben mit ELGA und deren Anwendungen ist ständig Stein des Anstoßes und doch nur Teil einer Entwicklung, die unaufhaltsam ist. Auch die dadurch entstehenden Konsequenzen wie Kontrollwahn, gläserne Ordinationen und Bürokratie im Sinne total geänderter Arbeitsweisen, sind nur Teil der gesellschaftlichen Entwicklung, die außerhalb der medizinischen Welt schon lange Einzug gehalten hat und von den Jungen nicht nur akzeptiert sondern durchaus auch positiv erlebt wird.

Es gilt also jetzt die Berufs- und Lebenserfahrung der älteren Generation einzubringen und zu nutzen, um den Neuerungen möglichst viel an Praktikabilität und Alltagsqualität zu sichern, aber auch die Lebensart der jungen Ärztinnen und Ärzte zu akzeptieren und zu unterstützen.

Sprich, nicht alles was neu kommt ist schlecht, aber nicht alles was neu kommt ist jetzt schon zufriedenstellend anwendbar.

Es ist also notwendig, Modernisierung zu zulassen aber gleichzeitig auch dafür

zu sorgen, dass sie erst umgesetzt wird, wenn sie alltagstauglich funktioniert.

Wie das Beispiel ELGA zeigt, sind die Warnungen der Ärztekammer vor der, beim damaligen technischen Entwicklungsstand, fehlenden Umsetzbarkeit von der Politik nicht gehört worden. Und doch hatten wir recht. So musste auch die Politik erkennen, dass EDV-Lösungen theoretische Produkte sind, die erst nach Jahren und ausreichender praktischer Erprobung funktionieren. Bleibt nur zu hoffen, dass sie ihre Lektion auch wirklich gelernt hat – dass es Sinn macht elektronische Systeme erst einzuführen, wenn der praktische Lösungsansatz und die Akzeptanz geklärt ist.

Man – insbesondere die Ärzteschaft als Zahler – musste auch erst erkennen, dass geplante EDV-Ideen und EDV-Projekte rasch zum Geschäftsfeld vieler Softwarehersteller wurden. Mit einem Schlag, per gesetzlich eingeführter elektronischer Module, hatten sie fast 10.000 Fixkäufer und konnten so ihre Monopolstellung nutzen.

Denn endlich waren Politik und Kassen bereit, im Rahmen von Förderprogrammen sich finanziell an einzelnen Praxis-EDV-Modulen und sogar an deren Wartungskosten zu beteiligen, kalkulierten die Softwarehersteller und -Provider an den sozialpolitischen Kostenkalkulationen vorbei, so dass trotz öffentlicher Unterstützung die Praxisinhaber unerwartet wieder finanziell zum Handkuss kamen.

Wie dem auch sei, es bleibt ein ständiger Kampf mit der sinnvollen und praktischen Umsetzung neuer Entwicklungen.

Das gilt auch bei der Zusammenlegung der Sozialversicherungsträger. Nicht zuletzt hat die Politik, wohl um ihr Einflusspotential zu erhöhen und die zentralstaatliche Steuerung zu erleichtern, die Zusammenlegung der Kassen durchgeführt und damit eine vereinfachte ministerielle Steuerung verfügt.

Was als sinnvolle Entrümpelung des Kassendickichts begann, wird erst beweisen müssen, ob dieses Ziel auch erreicht werden kann. Vor dem Hintergrund eines deutlich vermehrten Einflusses der Wirtschaft (Arbeitgeber haben nun 50/50 Parität im Vergleich zu bisher ca. 80/20 in den politischen Gremien der Krankenkassen) und der Zentralisierung des Kassensystems, darf man gespannt auf die nächsten Entwicklungen äugeln.

Uns Funktionären einer Landesärztekammer bleibt aber der regionalpolitische Alltag und den haben wir, glaube ich, ganz gut bewältigt.

Wir haben es geschafft, noch vor der politischen Änderung im österreichischen Kassensystem einen zwei Jahresvertrag bis 2020 abzuschließen, der es uns nun ermöglicht, ohne Druck die politische Entwicklung zu beobachten.

Insbesondere, da eine Erhöhung der Honorare der Ärzteschaft um 8,5% innerhalb diese beiden Jahre paktiert wurde. Der Vertrag sollte damit – so die Berechnungen – ein Mehr an Honoraren von 10% in die Kassen der Vertragsärzte – indirekt über den Kostenrückersatz auch der Wahlärzte – bringen. Neben der Abgeltung der zu erwartenden Inflationsrate und der Anhebung der Grundleistung wurden auch eine finanzielle Besserstellungen für die einzelnen Fachgebiete und deren speziellen Bedürfnissen ausgehandelt. Dabei gilt es zu betonen, dass vor allem das Labor in vollem Umfang erhalten blieb und sämtliche Fachgruppen im Sinne von gewünschten Verbesserungen berücksichtigt werden konnten. Auch die Verhandlungen mit der KUF führten zu einem 5-Jahresvertrag mit 1,9% Valorisierung und vollem Erhalt des Labors.

Die kleinen Kassen, auch wenn sie von der ÖÄK verhandelt werden, stehen mit Dr. Edgar Wutscher, dem stellvertretenden Bundeskuriobmann, unter starken Tiroler Einfluss und werden neben guten Abschlüssen auch auf dem Laborsektor nochmals ein einjähriges Moratorium, bringen.

Summa summarum müssen wir beim großen Blick auf das Ganze zwei Entwicklungen im Auge behalten. Einerseits gilt es die Empfindlichkeiten wie auch die sozialen wie wirtschaftlichen Bedürfnisse aller unserer Berufsangehörigen wahrzunehmen und ausgewogen zu vertreten. Andererseits bleibt es unabdingbare Aufgabe der Standespolitik dafür zu sorgen, dass ärztliches Handeln, dem Eid des Hippokrates entsprechend, möglich bleibt und nicht gänzlich einer kalten, technokratischen Welt zum Opfer fällt.



Spitäler ohne ÄrztInnen?

Jahrelang wurden Tirols ÄrztInnen in mühevollen Verhandlungen überzeitgemäße Arbeitsbedingungen und Gehälter hintangehalten. Als es dann endlich zu einem Durchbruch bei den Gehältern in den tiroler Kliniken kam, schienen sich die personellen Engpässe an den Krankenanstalten zunächst zu entspannen. Leider wurden die Forderungen der Ärztenvertreter, nun auch endlich die Arbeitsbedingungen der Kollegenschaft zu verbessern, genauso wenig gehört, wie zuvor die Gehaltsforderungen.

Obwohl sich seit Monaten wieder genügend KollegInnen an den Krankenanstalten um Ausbildungsstellen bewarben und immer noch bewerben, werden Sie um Wochen vertröstet und suchen zunehmend in anderen Bundesländern oder im benachbarten Ausland um Ausbildungsstellen an.

Dieser Umstand verschärft zunehmend den Mangel nicht nur an Allgemeinmedizinerinnen sondern auch an neu auszubildenden FachärztInnen. Das wiederum führt in einem Dominoeffekt zu einer weiter zunehmenden Arbeitsbelastung der schon chronisch überlasteten FachärztInnen. Dazu kamen noch durchaus umstrittene Personalentscheidungen in der Nachbesetzung von Abteilungen, was bei einigen FachärztInnen das Fass zum Überlaufen brachte. So wird derzeit österreichweit beobachtet, dass FachärztInnen



Dr. Ludwig Gruber
Obmann der Kurie
Angestellte Ärzte



Harter Sparkurs für die Tiroler Spitäler

in besorgniserregender Zahl kündigen und als WahlärztInnen ihre Zukunft in der freien Niederlassung sehen. Dieser Aderlass führt zu einer weiteren mittlerweile oft unerträglichen Arbeitsbelastung der Verbliebenen ExpertInnen.

Nun müsste man meinen, dass die Spitalsmanager und die Politik diesem Problem entgegenwirken und den notwendigen Nachwuchs wenigstens ausbilden und dann anstellen würden, was den derzeit überlasteten KollegInnen wenigstens eine Zukunftsperspektive in der Krankenanstalt geben würde.

Weit gefehlt – das Gegenteil ist der Fall! Anstatt ausreichend Geld in die Hand zu nehmen, um die qualitative Patientenversorgung aufrecht erhalten zu können, wird den Tiroler Spitalern ein harter Sparkurs auferlegt, Personalmassnahmen wenn überhaupt, erst mit großer Verzögerung genehmigt und auf politischer Ebene von den Ländern eine Aufweichung des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes (KA-AZG) gefordert.

Selbst den naivsten Akteuren im Gesundheitswesen müsste bewusst sein, dass ein Zurückrudern bei den Arbeitszeitrichtlinien (Opt Out über 2021 hinaus, Unterbrechung der Ruhezeit bei Rufbereitschaften schon nach 5 Stunden statt bisher 11!) von den SpitalsärztInnen nicht mehr kampflos hingenommen werden wird. Eine solche Maßnahme wird die KollegInnen

scharfenweise aus den Spitälern vertreiben.

Somit drängt sich der Verdacht auf, ob ein „Totsparen“ zumindest einiger Abteilungen nicht durchaus politisch gewollt ist, um endlich dringend notwendige Strukturreformen durchführen zu können. Als angenehmen Nebeneffekt könnte man den schwarzen Peter für die bei der Bevölkerung unpopuläre Schließung von Abteilungen dann den fehlenden ÄrztInnen zuschieben.

Schon jetzt lässt sich der Krankenanstaltenbetrieb vielfach nur mehr durch fragwürdige Maßnahmen aufrechterhalten. Wenn an Wochenenden „LeihärztInnen“ auf äußerster hinterfragender „selbständiger Basis“ Anwesenheits- oder Rufbereitschaftsdienste leisten und aufgrund der „selbständigen Tätigkeit“ nicht der gesetzlichen Arbeitszeitrichtlinie unterworfen sind, so stellt sich zumindest das Problem der Qualität der Versorgung. Solche KollegInnen kennen oft weder das Umfeld der Krankenanstalt, in der sie tätig werden, noch kann für ihre Ausgeruhtheit garantiert werden, da glaubhaften Berichten zufolge, diese KollegInnen oft ein ganzes Wochenende von Freitag bis Sonntag an diversen Abteilungen Dienste versehen. Somit sind wir bei der Qualität wieder auf dem Level der frühen 80er Jahre angelangt, wo über 60 Stunden Anwesenheit am Wochenende mehr die Regel denn die Ausnahme waren.

Wichtig für Ärztinnen und Ärzte, die über kein aufrechtes Fortbildungsdiplom verfügen!

Mit Überprüfstichtag 1.9.2019 findet die nächste gesetzlich vorgegebene Fortbildungsüberprüfung statt. Dabei geht es um den Nachweis der Erfüllung der Fortbildungspflicht für die Zeit vom 1.9.2016 bis 31.8.2019.

Ihr unterliegen alle Ärztinnen und Ärzte, außer TurnusärztInnen, die



MR Dr.
Edgar Wutscher
Fortbildungsreferent

zum 31.8.2016 in der Ärzteliste eingetragen waren und auch noch am 1.9.2019 eingetragen sind aber am 1.9.2019 über kein gültiges DFP-Diplom verfügen.

Sie müssen für den Fortbildungszeitraum 1.9.2016 bis 31.8.2019 150 DFP-Punkte - am besten durch Eintragung auf Ihrem Fortbildungskonto - nachweisen.

Weitere Fragestellungen und Erklärungen zu diesem Thema finden Sie auf der Website der Ärztekammer für Tirol.

Bei Fragen stehen neben mir auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Kammeramts der Ärztekammer für Tirol zur Verfügung.

...

Wahlarzt sein und bleiben ...?



Dr. Stefan Kastner

Die mediale Diskussion um den Ärztemangel und fehlende Bewerber für Kassenstellen schon vor der großen Pensionierungswelle der Kassenärzte sieht einen ursächlichen Faktor in der zunehmenden Zahl an Wahlärzten.

Diese seien – so der häufige Reflex in derartigen Diskussionen – vorwiegend aus finanziellen Gründen an der Teilnahme am Kassensystem nicht interessiert und würden Öl ins Feuer der sich immer stärker entwickelnden Zwei-Klassen-Medizin im österreichischen Gesundheitssystem gießen.

- Warum bleiben Kassenstellen unbesetzt?
- Warum stürzen sich nicht eine große Zahl an Wahlärzten auf die freien Kassenstellen und führen nicht mehr zu langen Bewerberlisten, wie das noch vor wenigen Jahren war?

Die Attraktivität eines Kassenvertrages hat in den letzten Jahren durch geringe Erhöhun-

gen der Tarife bei zunehmenden Belastungen finanzieller und zeitlich-organisatorischer Natur (DSVGO, Verschärfung von Hygieneverordnungen, e-Medikation usw.) in den Arztpraxen gelitten. Wesentlich erscheint mir aber auch die unterschiedliche Ausrichtung einer Arztpraxis als Kassenarzt im Vergleich zu jener des Wahlarztes.

Nur so ist zu verstehen, warum es wenig Sinn macht, nach mageren, teils schwierigen Jahren ohne Kassenvertrag eine Wahlarztordination aufzugeben. Eine erfolgreiche Wahlarztpraxis muss auf eine zeitintensive persönliche Betreuung in entsprechendem Ambiente Wert legen, um bestehen zu können. Die Tarife der Krankenkassen zielen aber auf eine hohe Frequenz ab, um ein entsprechendes Einkommen zu sichern. Mit welchem Recht fordert man Ärzte auf, die die ersten mageren Jahre ohne Kassenvertrag (teils nach erfolgloser Bewerbung oder bei fehlender freier Kassenstelle) überstanden haben, sich nun bei gut gehender Praxis einem Kassenvertrag zu unterwerfen, der aktuell in vielen Bereichen an Attraktivität oder Kostendeckung zu wünschen lässt.

Wenn die Politik eine ehrliche Diskussion um die Stärkung der kassenärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich führen wollte, so darf es für die Krankenkassen nicht mehr von Vorteil sein, wenn die Patienten zum Wahlarzt gehen (geringere Refundierung als beim Kassenarzt) oder eine Spitalsambulanz aufsuchen (Kosten für die Krankenkassen gedeckelt).

Statt der mühseligen Zusammenlegung mehrerer Krankenkassen und einer daraus resultierenden – wohl jahrelangen – Verhandlung neuer österreichweiter harmonisierter Leistungen, wäre es sinnvoll, endlich zu erheben, was die Leistungen im intramuralen bzw. im extramuralen Bereich kosten. Damit wäre die Grundlage für kostendeckende Tarife geschaffen, die das Betreiben einer Kassenpraxis ohne Querfinanzierung über Privatpatienten oder Versicherte anderer Krankenkassen zu sichern. Ich bin der festen Überzeugung, dass das ein wichtiger Weg sein kann, Spitalsambulanzen zu entlasten und attraktive Bedingungen für die Übernahme von Kassenpraxen auch für bereits etablierte Wahlärzte zu erreichen.

Nur der objektiv, vernünftig denkende Mensch ist das Maß aller Dinge (Sokrates)



OMR Dr. Erwin Zanier

Seit Jahren sind wir Ärzte und vor allem die Ärztekammer als Institution den andauernden Angriffen des sogenannten „Patientenanwaltes“ Gerald Bachinger, eines von Ex-Landeshauptmann Prölls Gnaden dazu

ernannten Juristen der niederösterreichischen Landesregierung, in allen Medien des Landes ausgesetzt. Nun gesellt sich auch noch eine Serie im Rundfunkprogramm des ORF- Morgenjournals an seine Seite zum „Ärztekammer-Bashing“.

Hier wird untergriffen und vor allem dilettantisch recherchiert, den Sprechblasen von ÄK-Kammerkritikern ausgiebig Gehör gegeben. Im Ö 1-Morgenjournal vom 11.2. durften sich die Herren Fiala und Mückstein so richtig gegen die Kammer ins Zeug werfen. Objektiv und vernünftig denkend wäre es

sicherlich gewesen, wenn man von Seiten der Redaktion die beiden Namen allein nur gegoogelt hätte, oder hat man das etwa getan und sich gesagt „auf geht's“?

„Dr. Christian Fiala, Arzt für Abtreibung in Wien, Schnelle & diskrete Termine“, kann man als ersten Eintrag nachlesen, er rebelliert gegen die Pensionsvorsorge, den sogenannten Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer beim Europäischen Menschenrechtsgerichtshof! Dies nachdem ihm der Österreichische Rechtsstaat in allen Instanzen eine peinliche Abfuhr erteilt.

Wenn man sauber recherchiert hätte, wüßte man beim ORF auch, dass es 9 Ärztekammern und 9 autarke Wohlfahrtsfonds in Österreich gibt. Nicht nur seinen Wiener Fonds. Diese Fonds werden vom Rechnungshof geprüft und arbeiten auf der Basis von strengen versicherungsmathematischen Berechnungen und an das Pensionskassengesetz angelehnt.

Diese Recherche hätte dann wohl zu einem

faireren Interview des Kurienobmannes Dr. Steinhart, der sich nicht aus der Ruhe bringen ließ und souverän Rede und Antwort stand, geführt.

Fakt ist jedenfalls, dass nun neben dem in allen Medien omnipräsent agierenden, professionellen Meister des Ärzte- und Ärztekammer-Bashings, Gerald Bachinger, es nun auch im Hörfunk des öffentlich rechtlichen Mediums „Journalistinnen“ und „Journalisten“ gibt, denen zumindest die Ärztekammer ein Dorn im Auge ist. Wir, die Ärzteschaft und ihre Standesvertretung, die Ärztekammer werden es leicht aushalten.

Die Bedeutung des Wohlfahrtsfonds als beispielloses Pensionsvorsorgemodell aber auch nur ansatzweise zu begreifen, dürfte für diese Herrschaften jedoch zu schwierig sein, oder ist es eventuell doch nur Neid?

Weit, weit weg scheinen jedenfalls diese ORF-„Journalisten“ und vor allem dieser Herr Bachinger von Sokrates „Maß aller Dinge“ zu sein.

Eine Verschiebung des Marktgleichgewichts

Ein Satz, der bei den meisten MedizinerInnen Emotionen hervorruft, welche sich irgendwo zwischen Gleichgültigkeit und Gänsehaut bewegen – und dies, obwohl Adam Smith die ersten Beschreibungen bereits 1776 versuchte. Also gewiss kein Vergleich mit der Komplexität moderner Medizin. Jedoch ist es genau das, was mit einer Aufweichung des KA-AZG zu Ungunsten der ÄrztInnen passieren soll.

Um diesen fremden Vokabeln aus der Welt der Wirtschaftswissenschaften den Schrecken zu nehmen und sie verständlich auf das KA-AZG zu übertragen, brauchen wir nichts Neues zu lernen. Denn „Angebot und Nachfrage bestimmen den Preis“, eine zumindest nicht falsche, jedoch floskelhafte Definition des Marktgleichgewichts, ist wohl jedem schon einmal untergekommen. Zum Glück genügt sie bei genauerer Betrachtungsweise zur Erklärung der Situation.

Ich möchte mich an dieser Stelle eines hoffentlich verständlichen Beispiels bedienen: Auf einem Arbeitsmarkt gibt es eine bestimmte Menge an SpezialistInnen, nennen wir sie ÄrztInnen. Man könnte hier auch von Äpfeln oder Birnen sprechen, aber warum nicht etwas Neues wagen. Die Nachfrage nach diesen ÄrztInnen, oder besser ihrer SpezialistInnentätigkeit, wächst aufgrund verschiedenster Faktoren seit vielen Jahren kontinuierlich an, während das Angebot zumindest nicht gleich schnell wächst, wenn nicht sogar sinkt.

Ein Problem, das auch in anderen Teilen der Welt nicht unbekannt ist. Das erhöht den Preis für diese SpezialistInnentätigkeiten auf Dauer nicht unerheblich. Eine Ausweitung der Arbeitszeit je SpezialistIn lässt hier offensichtlich in der Summe das Angebot wachsen und ermöglicht somit eine Reduktion des Preises. Es wäre wohl auch der Traum eines jeden produzierenden Gewerbes, jede/n MitarbeiterIn auf Abruf länger arbeiten lassen zu können, statt mehr MitarbeiterInnen einzustellen. Das Prinzip dahinter ist einfach; und genial, wenn die Interessen einer Seite sich mit denen der Gesetzgebung decken. Ein/e ÖkonomIn spricht hier im Übrigen von einer Rechtsverschiebung der Angebotskurve, was eine/n



Dr. Daniel von Langen
Stv. Obmann der Kurie Angestellte Ärzte



„In der ersten Hälfte unseres Lebens opfern wir unsere Gesundheit, um Geld zu erwerben, in der zweiten Hälfte opfern wir unser Geld, um die Gesundheit wiederzuerlangen. Und während dieser Zeit gehen Gesundheit und Leben von dannen.“



ein wenig an die Physiologievorlesung erinnern mag.

Schließlich bleiben dem Medizinstudienplan Wirtschaftslehren vorenthalten.

Vielleicht ja sogar mit Absicht?

Die KA-AZG Novelle 2014, welche die Arbeitszeiten von ÄrztInnen bis Juni 2021 auf das Maß quasi aller anderen Angestellten begrenzen soll, wird das Problem des relativ sinkenden Angebotes sicher weiter verschärfen. Jedoch ist es nach einer beinahe ewigen Übergangsfrist unglaubwürdig zu sagen, „man habe nicht genug Zeit zur Rekrutierung von qualifiziertem Personal gehabt. Man hätte es in dieser Zeit auch ausbilden können. Denn genau deswegen hat man seinerzeit ein „soft landing“ mit der Möglichkeit zum Opting-Out geschaffen, welches 2 Jahre bevor es ausläuft sicher keiner Verlängerung bedarf.

Um den Bedarf an ÄrztInnen auf kreative Weise reduzieren zu können, ist man beim nördlichen Nachbarn fündig geworden. Dort braucht eine ÄrztIn nach einem Rufbereitschaftseinsatz nicht wie in Österreich 11 Stunden, sondern lediglich 5,5 Stunden, um sich zu erholen. Das bedeutet z.B. in der Realität der ChirurgInnen operieren bis 2 Uhr in der Nacht und um 7:30 Uhr geht es weiter, als ob nichts gewesen wäre weiter. Die restliche Erholung gibt es dann in 2 Wochen. Genial einfach, einfach genial, die Linksverschiebung der Nachfragekurve ist durch die Hintertür erreicht und das Marktgleichgewicht zu Gunsten der Nachfrageseite verschoben. Der Gedanke, die Angst vor der (Kosten-)Wahrheit geht um und jemand möchte diese lieber gar nicht erst ans Licht kommen lassen drängt sich auf. Dass jedoch die Gesundheit des Arztes massiv darunter leiden kann, ist in diesen Gleichungen wohl leider vergessen worden.

Man darf davon überzeugt sein, dass es in Europa genügend SpezialistInnen gibt, um in Österreich eine Versorgung auf der Basis von 48 Stunden pro Woche zu gewährleisten, ohne das Risiko für künftige Erkrankungen für ÄrztInnen in Kauf zu nehmen. Ein wichtiger erster Schritt wäre, die Abwanderung österreichischer AbsolventInnen durch positive Maßnahmen einzudämmen. Gründe auch nach dem Studium in Österreich zu bleiben gibt es zu Hauf, jedoch müssen auch berufliche Chancen und Perspektiven geschaffen werden. Ebenso wenig ergibt es Sinn, noch mehr Abwanderer in sogenannten Medical Schools zu produzieren, solange man sich nicht auf die Bedürfnisse der immer selbstbewussteren Jungen einstellt.

Das Gesundheitssystem aufrecht und bezahlbar zu erhalten ist sicher keine simple Aufgabe. Das Problem auf dem Rücken der Gesundheit von ÄrztInnen zu lösen ist jedoch unseriös. Denn seit Voltaires, übrigens ein Zeitgenosse von Adam Smith, berühmten Worten „In der ersten Hälfte unseres Lebens opfern wir unsere Gesundheit, um Geld zu erwerben, in der zweiten Hälfte opfern wir unser Geld, um die Gesundheit wiederzuerlangen. Und während dieser Zeit gehen Gesundheit und Leben von dannen.“ sollte die Aufklärung doch ein wenig vorangekommen sein.



fotolia © Robert Knechtke

Die Verwochenendung des Freitags



Prof. Dr. Christoph Brezinka

Es ist noch gar nicht so lange her, da begann das Wochenende für Klinikärzte erst am Samstag, irgendwann um die Mittagszeit. Der Samstagvormittag war dem eucharistischen Ritual der großen Chefvisite

geweiht, man trabte hinter dem Chef in einer langen Schar weißer Mäntel über die Stationen und bekam unvermeidlich einen Anschiss vor versammelter Mannschaft, weil in einer Bettkurve die Blutsenkung fehlte oder unleserlich notiert war. Wenn der Chef dann noch was operieren wollte, weil er keine Lust hatte, nach Hause, zu seinem Verwandtenbesuch zu gehen, dann dauerte das Ganze eben noch länger. Mittlerweile beginnt das Wochenende am Freitagnachmittag, ein Segen, für alle, die das alte Regime mitgemacht hatten, eine Selbstverständlichkeit für alle Jüngeren.

Andererseits wird für immer mehr nicht-ärztliche Berufsgruppen stets mehr vom Freitag zum Teil des Wochenendes – so gibt es kaum eine Kinderbetreuung, die nach Freitag 12 Uhr noch offen hat. Braucht man als Arzt an einem späten Freitagvormittag eine dringende rechtliche Auskunft von einer Verwaltung, einem Amt oder einer Krankenkasse in der Tiroler Landeshauptstadt, so kann man das Telefon endlos bimmeln lassen. Besonders Serviceorientierte Dienststellen haben gleich ein Tonband eingeschaltet mit „Sie erreichen und außerhalb unserer Bürozeiten, versuchen Sie es am Montag wieder“.

Nun ist so ein zusätzlicher freier Halbtag oder Ganztage gegen Ende der Arbeitswoche etwas

feines und er hat in vielen dem Gesundheits- und Sozialwesen nahen Behörden schon den Status von „wohlerworbenen Rechten“. Man nutzt solche Zeiten gerne, um Dinge zu erledigen, zu denen man während der Arbeitswoche nicht kommt: dazu gehören Einkäufe, aber auch Arztbesuche. Und dafür müssen Ärztinnen und Ärzte verfügbar sein, die hoffentlich eine Oma, Au Pair oder Schwiegermutter haben, die deren Kinder von der Kinderbetreuung abholt. Fortbildungen, Seminare und Kongresse für Ärzte sind bundesweit als Freitag-Samstag-Events organisiert, auch diese Ärzte, die dabei als Zuhörer und Referentinnen teilnehmen, fehlen an ihren Spitälern und können in den Ambulanzen nicht alle jene versorgen, die am Freitag frei und gerade Zeit haben.

James Bond und georgischer Problemfilm

Das ganze führt dann zu einer spezifischen Personaldynamik an den Spitälern: Morgenbesprechungen an einer Klinik sind am Dienstag so voll, wie ein Kino bei einer James Bond-Premiere. Morgenbesprechungen am Freitag zur selben Zeit sind so leer, wie bei der Premiere eines georgischen Problemfilms mit russischen Untertiteln.

Für jenes Segment der Ärzteschaft, die am Freitag noch tatsächlich medizinisch an öffentlichen Spitälern arbeiten, wird dieser damit zum stressigsten Tag der Woche. Lassen wir das Phänomen beiseite, dass sich ab Freitag 9 Uhr, nach den Ausräum-Visiten in den Bezirksspitalern diesseits und jenseits des Arlberg, eine Flotte von Rettungswagen Richtung Innsbruck in Bewegung setzt, mit zeit- und aufwandsintensiven PatientInnen, die man vor Ort nicht der ausgedünnten, vielfach aus anderen Bundesländern importierten, ärztlichen Wochenenddienstmannschaft anhängen möchte. Gerade diese medizinisch interessan-

ten und herausfordernden Freitags-Transferfälle tragen zu dem vermehrten Arbeitsanfall im Zentralspital bei, zu einem Zeitpunkt, an dem die meisten Kollegen, Verwalter und Juristen schon mit dem Mountainbike fast auf der Höttinger Alm oder mit dem Auto schon fast an der Autobahnausfahrt – Rovereto Sud/Lago di Garda sind.

Was tun?

Man wird das Arbeiten am Freitag attraktiver machen müssen, der Freitag muß, dem allgemeinen gesellschaftlichen Trend entsprechend, einen Sonderstatus bekommen, wie das Wochenende. Wer am Freitag arbeitet, bekommt eine Prämie – einfach einen Freitags-Hunderter für jeden/e der am Freitag bis 16 Uhr arbeitet.

Teilzeit ist wichtig, das steht außer Frage, aber müssen alle Teilzeitjobs am Montag und Dienstag absolviert werden, so dass der ärztliche Personalstand über die Woche aussieht, wie eine sich rasch absenkende Kaplan-Meier Kurve bei einem Tumor mit zunächst guter, dann sehr schlechter Prognose? Auch hier würde ein finanzieller „Freitags-Arbeiten-Motivator“ Wunder bei den Einteilungen wirken.

Die Gesellschaft verändert sich, auch Ärztinnen und Ärzte sind Teile der Gesellschaft. Sie haben keine grundsätzlich anderen Einstellungen, Mentalitäten und Erwartungshaltungen als etwa die Verwaltungsjuristen, die ihnen sonst immer sagen, wo es lang geht. Wenn alle Freitags ganz oder spätestens ab 11 Uhr frei haben, werden das auch Ärzte wollen und in Zeiten des Mangels auch von Fall zu Fall durchsetzen können. Irgendwer muß aber in den Spitälern die Arbeit am Freitagnachmittag machen, dafür wird man Strategien und Incentives entwickeln müssen.

11. Tiroler Kongress für

ArztAssistentinnen

und ZahnarztAssistentinnen

Psychische Herausforderungen im Beruf der Ordinationsassistentenz

23. März 2019 9⁰⁰ – 15³⁰ Uhr

Veranstaltungs-
ort!

Haus der Begegnung · Rennweg 12 · 6020 Innsbruck

Teilnahmegebühr: € 48,00 ohne Mittagessen | € 58,50 inkl. Mittagessen

Anmeldung online unter www.ordinationsassistentenz.at

Für diesen Kongress erhalten Sie 6 ASSIST-Fortbildungspunkte



Sie wollen unsere standespolitische Tätigkeit unterstützen
und an der Entwicklung der Tiroler Ärzteschaft mitwirken?

Dann werden Sie unter
www.arztintirool.at mit drei Mausklicks 
Mitglied des Vereins unabhängiger Tiroler Ärzte!

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. Fotos: fotolia.com
Verleger und Hersteller: Ablinger Garber, Medien-
turm Saline, 6060 Hall in Tirol, Tel. 05223/513,
www.AblingerGarber.com