

ARZT IN TIROL

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

Ausgabe 1 | Jänner 2017

www.arztintirool.at



Dr. Artur Wechselberger



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 Vereines unabhängiger Tiroler Ärzte!

- Wahlen in die Ärztekammer
- „Bist du deppert ...“
- Extramurale Versorgung
- Bedrohung der Freiberuflichkeit
- Das Ungeheuer von Loch Ness der Tiroler Gesundheitspolitik
- Hausärztliche Netzwerke
- SVA Honorarerhöhungen ab 1. Jänner 2017
- Ärztemangel – Realität oder Fiktion?
- Niederlage der Klinikerlisten

Wiener Verhältnisse

Die Zeichen stehen auch in Tirol auf Sturm

Die zögerliche Bereitschaft des Landes Tirol, die Verhandlungsergebnisse aus den Gehaltsverhandlungen mit Kurienobmann Dr. Gruber und seinem Team nach Punkt und Strich umzusetzen, verursacht lautes Murren in der Ärzteschaft. „Nachwatten“, ein Tiroler Ausdruck für den Versuch, Vereinbarungen nachträglich zum eigenen Vorteil zu verändern, scheint die Taktik des Managements der Tirol-Kliniken zu sein, um zu Lasten der Ärzteschaft den Sparstift noch einmal ansetzen zu können.

Ein Nichteinhalten von Vereinbarungen hatte letztes Jahr zu schweren Konflikten zwischen der Ärztekammer und dem Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) geführt. Damals hatten sich knapp 93 Prozent der in den Sommermonaten befragten Ärzte als protest- und streikbereit erklärt und 1500 an einem Warnstreik im September teilgenommen.

Dabei waren in den Verhandlungen im Jahr davor, auch aus Sicht der Ärzteschaft, Ergebnisse erzielt worden, die durchaus sinnvolle konstruktive Veränderungen versprochen hatten. Die Ärztekammer hatte mit dem KAV, der Stadt Wien und der Gewerkschaft 2015 eine Vereinbarung unterzeichnet, in der Rahmenbedingungen für bestimmte Strukturveränderungen klar definiert wurden.

Die schon bald eintretenden unterschiedlichen Interpretationen des Vereinbarungstextes durch KAV und Ärztekammer sowie die gelebte „Unternehmenskultur“ innerhalb des KAV haben dann aber das Fass zum sprichwörtlichen „Überlaufen“ gebracht. Die Diskussion, die sich daraus entwickelte, geht mittlerweile weit über die Ärzte betreffende Organisationsfragen, Gehalts- und Dienstvertragsfragen hinaus. Die

Liste von aufgedeckten Mängeln und die Fülle an Vorwürfen stellt mittlerweile das gesamte Versorgungssystem der Bundeshauptstadt in Frage. Rücktrittsaufforderungen an die Spitze des Managements wie auch an die politischen Verantwortlichen blieben dabei nicht aus.

„Wenn es tatsächlich juristisch schwierig sein sollte das Verhandlungsergebnis in ein verfassungskonformes Gesetz zu gießen, dann muss man uns das eben entsprechend kommunizieren“, macht Kurienobmann Ludwig Gruber seinem Ärger Luft. Über die Form der bestmöglichen Umsetzung, ob in einem Gesetz, einer Betriebsvereinbarung oder in Dienstverträgen könne man ja reden.

Nur eines müsse klar sein: An den Inhalten der Vereinbarung dürfe nicht mehr gerüttelt werden, stellt Gruber klar.

Wie die Ärztevertreter an den Bezirkskrankenhäusern und am Krankenhaus Zams hatten auch die Vertreter an den Tirol-Kliniken und an der MUI monatelang über die Umsetzungen der Novelle des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes und deren dienst- und besoldungsrechtlichen Konsequenzen gerungen. Auch wenn die Lösungen jeweils entsprechend der regionalen Erfordernisse und Möglichkeiten gesucht wurden, kommt dem Innsbrucker Verhandlungsergebnis und seiner geplanten Umsetzung im Landesbedienstetengesetz eine landesweite Bedeutung zu.

Die möglichen Konsequenzen für die peripheren Häuser sind für Ludwig Gruber und sein Verhandlungsteam besonderer Auftrag eine Umsetzung des Verhandlungsergebnisses nach Punkt und Strich zu verlangen und wenn nötig, auch Kampfmaßnahmen nicht auszuschließen.



Dr. Artur Wechselberger
 Dr. Momen Radi
 Dr. Ludwig Gruber
 Dr. Daniel Von Langen

Wahlen in die Ärztekammer

Ende Februar stehen Wahlen in die Ärztekammer an. Tirols Ärztinnen und Ärzte sind aufgerufen, ihre Berufsvertretung zu wählen. Sie haben so die Möglichkeit, die im Verfassungsrang stehende berufliche Selbstverwaltung zu leben.

Die Selbstverwaltung ist ein wesentliches Merkmal eines freien Berufes. Deshalb ist es wichtig zur Wahl zu gehen. Entscheidend für unseren freien Berufsstand ist es aber auch, dass sich Ärztinnen und Ärzte finden, die bereit sind, sich neben ihren beruflichen Aufgaben, persönlichen Verpflichtungen und einer ohnehin nur knappen Freizeit auch noch für ihre Kollegenschaft einzusetzen. Unser Verein unabhängiger Tiroler Ärzte bietet die Möglichkeit der berufspolitischen Information, Diskussion und Mitarbeit. Deshalb werden wir uns auch heuer wieder bemühen in allen Sektionen zu kandidieren und Vertreter

zu finden, die die breiten und oft auch sehr unterschiedlichen Interessenslagen der Tiroler Ärzteschaft abdecken. Die Repräsentanz dieser Vielfalt in den Gremien der Kammer sind Grundlage für den notwendigen Interessenausgleich. Dieser Ausgleich wiederum ist die Basis für die Solidarität der Berufsangehörigen innerhalb ihrer Vertretung und in ihrem starken Auftreten nach außen.

Wie schon bei früheren Jahren versuchen wir auch heuer wieder in der Listenerstellung neben dem Ausgleich in den beruflichen Interessen auch den regionalen Gegebenheiten und der Geschlechterverteilung innerhalb der Ärzteschaft gerecht zu werden. Erfahrene Funktionärinnen und Funktionäre sollen dabei jungen Funktionärsnachwuchs an die Arbeit in den Kammergremien heranführen, um besonders denen Mitsprache

zu sichern, die noch viele Jahre im Arztberuf tätig sein werden.

- Unser **Verein unabhängiger Tiroler Ärzte** wird wieder Präsident Dr. Artur Wechselberger als Präsidentschaftskandidaten präsentieren.
- In der **Kurie der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte** werden Dr. Artur Wechselberger und Dr. Momen Radi die Listen der AllgemeinmedizinerInnen bzw. der FachärztInnen anführen.
- In der **Kurie der angestellten Ärztinnen und Ärzte** sind es Kurienobmann Dr. Ludwig Gruber und Dr. Daniel Von Langen, die die Listen der angestellten berufsausübungsberechtigten ÄrztInnen bzw. der TurnusärztInnen anführen.

„Bist du deppert ...“



Dr. Ludwig Gruber
 Obmann der Kurie
 angestellte Ärzte

So lautet der Titel einer Sendung des Privatsenders Puls 4, die meist massive Steuerverschwendung zum Thema hat. Im Dezember 2016 hat sich diese Sendung mit der neuen Medizinischen Fakultät der

Kepler Universität Linz befasst und einen vernichtenden Befund erstellt.

Der Beschluss, in Linz eine Medizin-Fakultät zu implementieren, beruht laut Recherche von Puls 4 auf einer Ärztebedarfsstudie, die 42 Verbesserungsvorschläge machte, allerdings mit keinem Wort eine Medizinische Fakultät in Linz zur Behebung des Ärztemangels vorgeschlagen hat, sondern ganz im Gegenteil zur Auffassung kam, dass zur Behebung des Ärz-

temangels unter anderem eine Attraktivierung der Landarztpraxen durch Zuschüsse für ein angemessenes Einkommen, ein höheres Gehalt für Spitalsärzte und gerechtere Arbeitszeiten und bessere Arbeitsbedingungen in den Praxen und Krankenanstalten notwendig seien.

Dennoch wurde von den Politisch Verantwortlichen eine Medizinische Fakultät in Linz durchgedrückt, ist es doch allemal opportuner mit einem mit Steuergeldern finanzierten Prestigeprojekt einer „Medizin-Uni“ zu protzen, als eine Landpraxisförderung und höhere Spitalsärztegehälter zu finanzieren und wenn's noch so viel billiger käme.

Laut „Puls 4“ entstanden dem Land Oberösterreich nur für bauliche Maßnahmen bisher Kosten von 150 Mio. Euro, bis 2027 – solange besteht der Vertrag zwischen Land O.Ö. und Bund – werden die Kosten für die Medizinische

Fakultät für im Endausbau 300 Studierende 360,12 Mio. Euro betragen, die zwischen Land O.Ö. und Bund aufgeteilt werden. Die weiteren jährlichen Kosten werden auf 60 Mio. Euro geschätzt. Hätte man die bestehenden Medizinischen Universitäten Graz, Innsbruck und Wien um 500 Studienplätze erweitert, wären laut Rechnungshof 63,6 Mio. Euro Mehrkosten entstanden. Somit kämen auf einen Studienplatz in Graz, Innsbruck oder Wien Kosten von 127.200 Euro, in Linz 194.000 Euro, mit den notwendigen Baumaßnahmen in Linz entstehen allerdings unglaubliche 20.139.900 Euro an Mehrkosten pro Studienplatz! Bis 2027 entstehen dem Bund und Land O.Ö. Mehrkosten von unglaublichen 206.818.700,00 Euro. Dabei ist keinesfalls gesichert, dass die neue Medizinische Fakultät in Linz positive Auswirkungen auf den Ärztemangel haben wird.



Doch was haben die Probleme in Oberösterreich mit Tirol zu tun?

Nun, trotz dieser massiven Vernichtung von Steuergeld und den äußerst fraglichen positiven Auswirkungen auf den Ärztemangel, schickt sich das Land Tirol an, denselben Fehler gleich noch einmal zu begehen.

Mit großem Eifer wird an einer privaten Ausbildungsschmiede für angeblich nur Tiroler Ärztinnen und Ärzte gearbeitet. Eine Bevorzugung einheimischer Studierender ist bekanntermaßen aber EU-rechtswidrig. Dem kann wiederum nur durch ein großzügiges aber somit auch sehr teures Stipendiensystem entgegengewirkt werden. Erschwerend kommt in Tirol hinzu, dass es im Gegensatz zu Linz in Innsbruck bereits eine alteingesessene Medizinische Universität gibt und somit eine Mitfinanzierung durch den Bund ausgeschlossen sein dürfte. Der Vorteil der zum Teil bereits vorhandenen Infrastruktur durch die offensichtlich nicht ausgelastete Landes-Uni UMIT dürfte dadurch mehr als aufgehoben sein. Außerdem stellt sich die Frage, wer die angehenden Ärztinnen und Ärzte klinisch ausbilden soll. Die Motivation der Kollegenschaft im Landesdienst und den peripheren Krankenanstalten, außerhalb der regulären Dienstzeit um ein Butterbrot auch noch Studenten auszubilden, dürfte sich in sehr engen Grenzen halten. Das Negativbeispiel Medizinische Fakultät Linz zeigt auf, was in Tirol derzeit dringend notwendig wäre, nämlich eine Förderung der Landarztpraxen und deutlich bessere Arbeitsbedingungen

und eine attraktive Entlohnung der Spitalsärzteschaft. Weder das eine noch das andere wurde bisher endgültig umgesetzt und somit braucht sich niemand zu wundern, dass die Geduld der Tiroler Kolleginnen und Kollegen erschöpft ist. Das Beispiel Linz zeigt klar, dass genug Geld im System vorhanden ist, es stellt sich nur die Frage, wie es für die Versorgung der Bevölkerung effizient eingesetzt werden soll. Attraktive Gehälter und Arbeitsbedingungen an Tirols Krankenanstalten würden Ärztinnen und Ärzte im Land halten und ins Land ziehen. Stattdessen mit sündteuren Doppelstrukturen weitere Studentinnen und Studenten für andere Bundesländer und das Ausland auszubilden, käme einem Schildbürgerstreich gleich.

Da die Politik in Tirol einerseits offensichtlich drauf und dran ist, diese sündteuren Doppelstrukturen in der Ärzteausbildung zu schaffen, andererseits aber die „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ gerne auf erhöhte Ärztgehälter und die gesetzliche Arbeitszeitregelung reduziert, stellt sich die einfache Frage, was für die derzeitige Gesundheitsversorgung der Tiroler Bevölkerung effizienter und wichtiger ist, nämlich die Erhöhung der Attraktivität der derzeitigen Krankenanstalten und Landarztpraxen durch entsprechende Förderung und Wertschätzung in unserem Land. Dies wird nur durch gute Arbeitsbedingungen und im österreichweiten Vergleich durch gute Bezahlung möglich sein. Beiden Aspekten wurde und wird landesweit derzeit viel zu wenig Beachtung geschenkt, was



Foto: fotolia.com © tech_studio

zu einer weiteren Abwanderung von Tiroler Ärztinnen und Ärzten führen dürfte. Während in Tirol die Umsetzung der bereits ausverhandelten Ärztegehälter, die auch maßgeblich für die Erhöhung der Gehälter in den Bezirkskrankenhäusern und im KH Zams sein sollen, ständig hinausgezögert wird, hat Vorarlberg nach den Turnusärzten nun mit seiner Werbeaktion für Fachärzte ein neues Zeichen gesetzt und buhlt um die Tiroler Fachärztinnen und Fachärzte. Die Geduld der Tiroler Spitalsärzteschaft wurde in den letzten Wochen ausgesprochen überstrapaziert. Wenn nicht rasch positive Signale kommen, die ausverhandelten Gehaltsverbesserungen landesweit rasch umzusetzen, sind Protestmaßnahmen der Ärztinnen und Ärzte unvermeidlich. Außerdem ist eine Abwanderungswelle der Ärzteschaft mit all ihren negativen Auswirkungen für die Gesundheitsversorgung der Tiroler Bevölkerung zu befürchten. Vorarlberg wird's freuen!

Extramurale Versorgung



Dr. Momen Radi
Obmann der Kurie
niedergelassene Ärzte

Die Katze beißt sich in den sprichwörtlichen Schwanz, wenn die Gesundheitspolitik nicht endlich erkennt, dass ihre deklarierten Hauptziele Abbau der Spitallastigkeit und Entlastung der Krankenhausambu-

lanzen nur durch einen Ausbau des niedergelassenen Bereichs erreicht werden können.

Dabei sollte es schon bis in die letzten Hirnwindungen der politischen Entscheidungsträger gedrungen sein, dass dafür neues Geld notwendig ist. Der Traum der wunderbaren Geldvermehrung zur Finanzierung der Arztpraxen wird sich nicht erfüllen, wenn man auf Transfermittel der Krankenhäuser wartet, die den Patienten in den extramuralen Raum folgen sollten. Einem Nackten könne man nicht die Hose ausziehen, so eine alte Volksweisheit. Sie gilt wohl auch,

wenn ich von den Tiroler Krankenhäusern, die im letzten Jahr mit etwa 100 Millionen Euro defizitär waren, Mittel für den Ausbau von ambulanter Versorgung außerhalb ihres Aufgabebereiches erwarte. Noch dazu, wenn sie ihre teuren Vorhalteleistungen trotz Auslagerung von Patientinnen und Patienten weiter zu erbringen und zu finanzieren haben.

Also geht es nur über zusätzliche Mittel. Aber um diese Finanzspritze wollen sich die Verantwortlichen in Bund, Ländern und Sozialversicherungen drücken. Das haben die Artikel 15 a – Vereinbarungen deutlich gezeigt. 200 Millionen Euro für den Ausbau der Primärversorgung frohlockten in vorweihnachtlicher Zeit unsere Gesundheitspolitiker. Dabei verschwiegen sie geflissentlich die Formulierung des prognostizierten Millionendeals.

Zwar steht in der Bund-Länderevereinbarung tatsächlich, dass Mittel für die Finanzierung sektorenübergreifender Vorhaben zur Stärkung

der ambulanten Versorgung – insbesondere der Ausbau der Primärversorgung – zweckgewidmet werden müssen.

Sie sollen aber auch, so weiter im Vertragstext, dem Aufbau von multiprofessionellen, interdisziplinären Versorgungsangeboten in der ambulanten Fachversorgung dienen. Unter Verweis auf die Zuständigkeit der Sozialversicherungen für diesen Bereich ist ebenfalls festgeschrieben, dass die Kassengelder aus dem Topf der vorhandenen Honorarvolumina zu kommen haben. Das heißt, dort eingespart werden müssen.

Geradezu beruhigend für alle, die diese Einsparungen konsequenterweise mit Leistungsreduktionen in Verbindung bringen, klingt die beschränkte Verbindlichkeit des Paktes.

Heißt es doch im Text zur „Millionenspritze“: „Es wird angestrebt, über die Laufzeit dieser Vereinbarung bis 2020 für diese Zwecke insgesamt 200 Millionen Euro zweckzuwidmen“. Also, wie so vieles in unserer Gesundheitspolitik: ein unverbindliches Wunschenken.



Bedrohung der Freiberuflichkeit – es lohnt sich zu wehren



Dr. Gregor Henkel
Bezirksärztsvertreter

Die Regierung hat bei den Finanzausgleichsverhandlungen relativ leise, „damit es ja keiner merkt“, einige perfide Gesetzesänderungen beschlossen, die den freiberuflich tätigen Arzt wirklich bedrohen.

Die Erhöhung der Ausgaben wird sukzessive von 3,6% auf 3,2 % des BIP gedeckelt.

Eine sachliche Begründung wie Bedarfsschätzungen oder ähnliches findet man nicht, die ganzen Gesundheitsausgaben „sind halt einfach zu teuer“, so die politische Logik. Das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz soll wieder geändert werden, eine Erhöhung der Arbeitszeit auf 60 h soll möglich sein, die europarechtliche Frage ist plötzlich egal, die Länderbudgets müssen entlastet werden.

Angriff auf die Einzelpraxen

Für uns Niedergelassene ist besonders übel, dass multiprofessionelle und integrative Versorgungsformen – wahrscheinlich denkt man dabei an ganztägig geöffnete Wohlfühlloasen mit Kaffeehaus und Kindergarten – gegenüber Einzelleistungserbringern bevorzugt werden sollen. Der Bedarf nach solchen Versorgungsformen wird im Regionalen Strukturplan Gesundheit zwischen Krankenkassen und Ländern ohne wesentlichen Einfluss der Ärztekammern festgelegt, sodass im Prinzip beliebig viele Einzelverträge zwischen den Kassen und irgendwelchen neuen integrativen Versorgern geschlossen werden können und die altgedienten Einzelpraxisinhaber mit Zeitverzögerung ihre Verträge verlieren könnten oder der Konkurrenz weichen müssen. Die gebetsmühlenartig wiederholte Begründung: Einzelpraxen sind nicht vernetzt, arbeiten nicht mit anderen Gesundheitsberufen zusammen und seien deswegen zu teuer, zu ineffizient und außerdem viel zu selten erreichbar. Die Zeit, die

wir täglich mit Networking für Patienten, mit Krankenhäusern, Sozialsprengel, Altenheimen oder Zuweisern verbringen, wird nicht wahrgenommen oder einfach ignoriert. - Soweit, so schlecht.

Zusammenarbeit in der Primärversorgung wird von Ärzten organisiert

Wenn man die bisherigen Primärversorgungseinheiten (PVE), die es schon gibt, allerdings betrachtet, so sind sie nicht „Staats- oder Krankenkassengeschenke“, sondern beruhen fast ausschließlich auf ärztlicher Initiative und Expertise:

In Wien-Mariahilf wurde einfach eine Gruppenpraxis erweitert und so recht geschickt eine Anschubfinanzierung lukriert, in Enns in OÖ ein Zusammenschluss bestehender Einzelpraxen mit anderen Berufen in einer Immobilie im Rahmen des dort geltenden Stellenplans errichtet, weitere PVEs wie in Haslach, Oberösterreich, basieren auch auf bestehenden Praxen. Dazu kommen noch die rein aus der Ärzteschaft entwickelten und organisierten Netzwerke wie Styriamed und Pannoniamed, die auch gut funktionieren. Die geplanten PVEs der Krankenkassen bestehen derzeit nicht einmal auf dem Papier. Allerdings sind in Kärnten derzeit gleich sechs solcher Versorgungswunder „geplant“. – Die dortige GKK muss wirklich viel Geld oder zumindest das dem Land eigene Finanzgeschick gepachtet haben.

Neue Möglichkeiten

Wir Ärzte müssen uns allerdings fragen, ob wir alle unsere Möglichkeiten schon ausreichend nützen? Immerhin sind jetzt schon verschiedenste Zusammenarbeitsformen wie Job Sharing, Vertragsteilung, Übergabepaxis oder auch Gruppenpraxis möglich; damit sind vor allem für jüngere Kolleginnen und Kollegen, die mehr im Team arbeiten wollen, neue Möglichkeiten geschaffen.

Auch die viel gescholtenen Honorardegressionen und Limitierungen werden in den nächsten Jah-

ren zumindest weniger, obwohl Limits natürlich im Prinzip eine Schweinerei sind und jedenfalls abgeschafft gehören. Und das von den Krankenkassen ständig reklamierte Anstellungsverbot von Ärzten bei Ärzten versteht sowieso niemand. Sogar von BM Sabine Oberhauser wurde dieses kontraproduktive Postulat der Kassenvertreter in einem vorweihnachtlichen Morgenjournal in Frage gestellt. Der Berg wird sich doch nicht bewegen wollen?

Ärzte müssen Initiative ergreifen

Es gibt zwei Möglichkeiten: In Agonie zu erstarren und zu warten, bis uns die Politik mit sehr großem finanziellen Aufwand durch aufgeblasene Ambulatorien und Krankenhausambulanzen ersetzt und die Leistungen dann möglicherweise pauschal durch Großkonzerne erbringen lässt oder geschickt unser bestehendes Networking zu institutionalisieren und bestehende Zusammenarbeitsformen viel besser auszunutzen. Neue Umfrageergebnisse bestärken auch unsere Einschätzung der Patientenwünsche: die Patienten wollen vor allem eine Beziehung zu EINEM Arzt und langfristig betreut werden, ohne sich ständig neu erklären zu müssen und sie wollen wohnortnah betreut werden.

Auch wenn ich nicht glaube, dass die TGKK das Land plötzlich mit Ambulanzen überziehen wird, bin ich als Freiberufler eindeutig dafür, bei der zweiten Variante mitzuspielen und selbst unternehmerisch aktiv zu werden. Meiner Meinung nach bestehen hier noch genug Möglichkeiten und Spielraum. Das sollten wir vor allem auch jungen Kolleginnen und Kollegen immer wieder klar und schmackhaft machen. Aufgabe der Standesvertretung ist es die entsprechenden Rahmenbedingungen zu schaffen und diese aufzuzeigen. Der wirtschaftlichen Überlebensfähigkeit der Ärztinnen und Ärzte in ihren Praxen, in welcher Form der Kooperation auch immer, ist dabei besonderes Augenmerk zu widmen.

Das Ungeheuer von Loch Ness der Tiroler Gesundheitspolitik



OMR Dr. Erwin Zanier
Vorsitzender des
Verwaltungsausschusses

Alle Jahre wieder taucht es einmal auf: alle Krankenhäuser Tirols sollen unter eine sogenannte Landesholding.

In Wirklichkeit ist es aber ein Sanierungsversuch für die finanziell gebeutelten Tirol-Kliniken auf Kosten der wirtschaftlich nahezu ausgeglichen geführten BKH Kufstein

und St Johann. Die derzeitige Mitgliedschaft im Einkaufsverbund aller Tiroler Krankenhäuser scheint jedenfalls nicht mehr zu langen.

Dazu würde aber auch gehören, dass man das ganze Management austauscht. Dies aber wird wohl nicht gehen, man müsste dann nämlich die Initiatoren eines solchen Projektes in die Wüste schicken. Beim Bundesheer heißen solche Manöver „Tarnen und Täuschen!“ oder Ablenkungsmanöver von den Problemen wie fehlende Kinderherzchirurgie oder wackelnder Pathologie.

Was würde das für die Gemeinden der Bezirke am Beispiel BKH Kufstein bedeuten: sie müssten sicher keinen Cent weniger bezahlen, sondern wahrscheinlich noch viel mehr. So zahlt die Stadtgemeinde Kufstein 1.388 Mio Euro für

das BKH Kufstein und bereits jetzt 3.290 Mio Euro für die Landeskrankenhäuser. Die Gemeinde Ebbs in das KH Kufstein 344.000 Euro und 815.000 Euro nach Innsbruck. Billiger würde es sicher nie werden. Dafür hätten sie dann aber wenigstens nichts mehr zum Mitbestimmen und so allerdings auch etwas Verantwortung weniger.

Was bedeutet das für die Krankenhausführung und die Patienten: ein einheitliches Gehaltsschema in ganz Tirol, d.h. wer von den Ärzten geht dann noch in die Peripherie, wenn er im Großraum Innsbruck gleich viel verdient. An die 45 % der 198 in Kufstein angestellten Ärztinnen und Ärzte stammen aus dem Großraum Innsbruck. Kufstein ist derzeit nicht nur finanziell für die Ärzteschaft interessant, sondern bietet auch mit 28 Ausbildungsstellen, darunter 12 Ausbildungsstellen für Allgemeinmedizin und 12 Fachabteilungen mit 364 Betten einen attraktiven Arbeitsplatz. Vorbildhaft auch die Bezahlung für das KPJ und das ausgezeichnete Schnittstellenmanagement mit der Niedergelassenen Ärzteschaft, deren Vertreter sich einmal im Quartal mit der kollegialen Führung des KH zusammensetzen.



Foto: fotolia.com © feiregory

Auch der Patient wird in attraktiven Fächern nach Innsbruck fahren müssen, die Kosten- und Zeit intensiven Fächer wird man dann wohl in der Peripherie belassen. Im Jahr 2015 wurden im KH Kufstein 95 000 Patienten ambulant (d.h. incl. Tagesklinik) und 32 000 stationär behandelt. Kurzum eine Landeslösung würde eine deutliche Verschlechterung der wohnortnahen medizinischen Versorgung und ein weiteres Aushungern der Gemeinden bedeuten. Diesen würde dann bei der Finanzplanung des Moloch Tirol Kliniken jegliches Mitbestimmungsrecht entzogen werden.

Abschreckendes Beispiel für die Ärzteschaft, aber auch für die Finanziers ist wohl der Wiener Krankenhausverband.

Bei allem Verständnis für eine Zentralisierung verschiedener medizinischer Leistungsangebote und ihrer Finanzierbarkeit würde eine solche globale Lösung, sowohl für die Gemeinden, ihre Bürger sprich Patienten, als auch für die Ärzteschaft eine Verschlechterung der derzeitigen Situation bedeuten.

+++

Allgemeinmedizin: Im Westen nichts Neues? Hausärztliche Netzwerke



Mr Dr. Doris Schöpf
Obmann Stv. der Kurie
der niedergelassenen Ärzte

Natürlich hatten wir schon immer sehr gut funktionierende Netzwerke innerhalb der Kollegenschaft in Tirol. Sie erleichterten die Arbeit der EinzelkämpferInnen und ermöglichten die annähernd lückenlose Versorgung der Bevölkerung.

Diese Netzwerke waren und sind ein integrierter, selbstverständlicher Bestandteil unserer freiberuflichen Tätigkeit. Wir organisieren alles selbst – immer unter Berücksichtigung der lokalen Gegebenheiten und Erfordernisse.

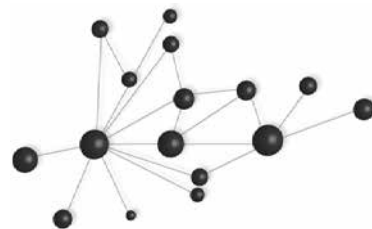
Auf Grund der anstehenden Veränderungen im Gesundheitssystem wird es Zeit, die bestehenden Netzwerke offiziell und publik zu machen. Die Gestaltungsmöglichkeit bleibt in der Hand

von uns niedergelassenen ÄrztInnen, die bürokratische Arbeit übernimmt die Ärztekammer für Tirol, ebenso die Gestaltung einer Homepage. Den Entwurf für das „Ärztetz Tirol“ hat Präsident Dr. Artur Wechselberger ausgearbeitet.

Die Umsetzung liegt in der Hand von uns Niedergelassenen.

Aussehen kann es z. B. folgendermaßen: Die ÄrztInnen organisieren im Rahmen ihrer Dienstbesprechungen:

- Wochenenddienste
- Nachtbereitschaftsdienste (141)
- Urlaubsvertretungen
- Vertretung im Krankheitsfall
- Notarzdienste – wenn von Niedergelassenen erbracht.



Eingebunden werden je nach örtlichen Gegebenheiten auch die Gesundheits- u. Sozialsprengel sowie die Alters- u. Pflegeheime.

Mit diesen Einrichtungen arbeiten wir HausärztInnen besonders eng zusammen und ermöglichen damit unseren PatientInnen sehr häufig ein Leben und dann auch Sterben in der Geborgenheit einer vertrauten Umgebung.

Geplant ist natürlich auch die Einbindung der Fachärzte und Spitäler (speziell Überweisungs- u. Entlassungsmanagement) in das Netzwerk.

Das Neue im Westen:

Altbewährte Netzwerke im neuen offiziellen Kleid, dem

ÄRZTENETZ TIROL

SVA Honorarerhöhungen ab 1. Jänner 2017



MR Dr. Edgar Wutscher
Ko-Stv. der Kurie
niedergelassene Ärzte

Der Honorarabschluss der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte wird für das heurige Jahr insgesamt eine Honorarerhöhung um mindestens 2,2% bringen.

Dabei kommt es zu einer allgemeinen Erhöhung

der Tarife von Grundleistungen, der Allgemeinen Sonderleistungen, des Operationskatalogs und der Koordinierungsgespräche um jeweils 1,75 %. Weiters werden die Therapeutische Aussprache, das EKG und radiologischen Leistungen um jeweils 1 % erhöht.

Erfreulicherweise können ab nächstem Jahr die Kilometer bei Visiten von SVA-Versicherten ebenfalls verrechnet werden (Pos. 9a Doppelkilometer Tag 2.- EUR; Pos 9b Doppelkilometer Nacht 3.- EUR). Die bereits bestehenden Orte mit Pauschalvergütung bleiben unverändert (Innsbruck, Hall, Kufstein, Schwaz, Wörgl, Lienz).

Im Gegenzug hat die SVA durchgesetzt, dass die elektronische Krankmeldung eingeführt wird, die allerdings bei SVA-Versicherten eher selten zum Tragen kommen wird.

Als Ausgleich für die Einschränkungen bzw. Reduktion im Labor konnten Positionen neu eingeführt bzw. erhöht werden:

Pos. 25d und 25e (= neue Positionen für akute und chronische Wundversorgung: Naht- bzw. Klammerentfernung, Wundtoilette). Dabei ist zu beachten, dass bei Wundversorgungen (dringende Notwendigkeit) während der Nacht und im Bereitschaftsdienst sowie bei Kindern unter 6 Jahren 50 % Zuschlag verrechnet werden kann. **Für Internisten** wird das Limit bei der 24 Std. Blutdruckmessung (Pos. 34e) von 3 % auf 15% angehoben.

Für Kinderärzte wichtig: bei der Position Elektrokardiogramm steht die Position ZK (= Zuschlag für Behandlung bei Kindern unter 6 Jahren). Diese Position wurde ebenfalls als Laborausgleich eingeführt und sollte bei der Anrechnung nicht vergessen werden.

Für Kinderärzte, Dermatologie und Pulmologie wurde die Pos. 37a (Allergieaustestung) von 35 auf 42 Punkte erhöht.

HNO-Ärzte haben eine neue Position 19bf = flexible Endoskopie der oberen Atemwege. Dies allerdings limitiert auf 10 % der Fälle im Monat.

Urologen können die Position 19e (= Zystoskopie) wieder neben der Pos. 19i (=Urethroskopie) verrechnen.

Lungenfachärzte haben nun einen eigenen Katalog (Abgrenzung von internen Leistungen) sowie die Bodyplethysmographie.

Für Psychiater wurde der Katalog evaluiert und verschiedene Leistungen angepasst. Dadurch wird es zu einer deutlichen Erhöhung des Fallwertes kommen.

Schon 2016 ist es durch die Veränderung in der Honorarordnung zu einer deutlichen Verbesserung der Honorarsituation gekommen. Bei der überwiegenden Zahl der Ärzte konnte auch merkbarer Honorarausgleich für die Einschränkung des Labors erzielt werden.

+++

Ärztemangel – Realität oder Fiktion?



VP Dr. Stefan Kastner,
Vorsitzender der Ausbildungskommission der ÖÄK

Spätestens seit der Ärztebedarfsstudie 2012 sollte das Thema Ärztemangel allen Verantwortlichen im Gesundheitsbereich vertraut sein. Dennoch wird dieser Mangel immer wieder in Zweifel gezogen, sind wir doch in Österreich mehr Ärzte denn je.

mehr medizinische Betreuung

- Neue Behandlungsmethoden und deren Verbreitung (z.B. Endoprothetik, Onkologie, minimal-invasive Verfahren)
- Zunehmende administrative Belastung

Diese Liste ließe sich wohl noch lange fortsetzen. Sie zeigt aber klar, dass zusätzliche Aufgabengebiete auf der einen Seite und reduzierte Arbeitszeiten auf der anderen Seite den so deutlichen Anstieg der Ärztezahlen rechtfertigt.

Schon im Jahre 2009 wurde in einzelnen Fachbereichen ein Mangel an Fachärzten sowie regional an Allgemeinmedizinern festgestellt und die mögliche Brisanz durch vermehrte Pensionierungen erkannt. Doch es sollte über drei Jahre brauchen bis die Ärztebedarfsstudie 2012 veröffentlicht wurde. Diese Studie hat u.a. folgende Eckpfeiler heutiger Überlegungen angesprochen:

- ✓ Die Einschätzung der tatsächlichen Versorgungswirksamkeit der Wahlärzte ist für die Bedarfsplanung erforderlich (Studien bzw. Daten dazu fehlen aber auch 2017 noch).
- ✓ Der steigende Anteil an Frauen in der Ärzteschaft wird eine wichtige Rolle in der Bedarfsplanung einnehmen.

- ✓ Reduzieren der Administrativbelastung – weniger aktive Dokumentationsarbeit, dafür mehr Zeit für ärztliche Tätigkeiten
- ✓ Erhalt der Arbeitsfähigkeit und Schaffung von Arbeitszeitmodellen für ältere Spitalsärztinnen und -ärzte
- ✓ Niederlassung attraktiver machen
- ✓ Zusammenschluss zu mono- und multidisziplinären Gruppenpraxen erleichtern
- ✓ Abbau des Missverhältnisses zwischen Arbeitsleistung und Gehalt

Viele dieser Erkenntnisse decken sich mit teils jahrelangen Forderungen der Ärztekammer, die aber bisher nicht oder nur in geringem Maße umgesetzt worden sind.

Eine klare Definition in welchen Fächern in welchen Regionen Österreichs ein Mangel entsteht wird, lieferte die Studie kaum, obwohl viele Daten dazu vorhanden gewesen wären. Stattdessen wurden sogar völlig unterschiedliche Fachgruppen (sowohl von der Gruppengröße als auch vom Aufgabengebiet) zusammengefasst um so den Mangel in der kleineren Fachgruppe zu verdecken (beispielsweise Radiologie und Strahlentherapie).

1960 haben 11.232 Ärzte die Österreichische Bevölkerung versorgt, heute sind es schon über 44.000. Diese nahezu Vervierfachung der Ärztezahlen hat aber nicht zu einer ebenso starken Vermehrung der Patientenversorgung führen können. Die Gründe dafür sind bekannt, werden aber in der Diskussion von manchem politischen Gegenspieler vergessen:

- Das Krankenanstaltenarbeitsgesetz erfordert deutlich mehr Ärzte
- Der zunehmende Anteil an Kolleginnen und Kollegen in Karenz und Teilzeitmodellen
- Die Zunahme an Freizeitsportaktivitäten und damit an Unfällen
- Die zunehmende ältere Bevölkerung benötigt

→



Das Thema Verweiblichung der Medizin wird häufig diskutiert und ist bei Absolventinnenzahlen des Medizinstudiums von über 60% seit Jahren ein wesentliches Thema. Frauen gehen häufiger in Karenz und üben ihren Beruf auch häufiger in Teilzeit aus als ihre männliche Kollegen. Diese Tatsache muss in ausreichendem Maße berücksichtigt werden, um den Bedarf an Ärztinnen und Ärztin nicht zu unterschätzen. Dies kann nicht nur durch eine Steigerung der Ärztezahlen, sondern auch durch verbesserte Kinderbetreuung und attraktive Arbeitszeitmodelle erreicht werden.

Wie stark der Anteil der Ärztinnen in der Ärzteschaft in den einzelnen Lebensaltern steigt, zeigt diese Grafik sehr deutlich:

Warum bin ich überzeugt, dass es so wichtig ist, einen Ärztemangel klar zu erkennen und Maßnahmen zu dessen Beseitigung zu treffen?

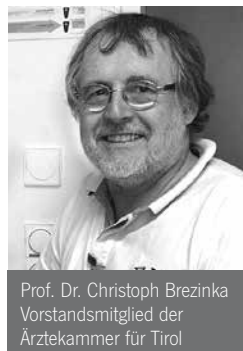
Der Weg zum Beruf Arzt ist bekanntlich ein langer: Nach mindestens 6 Jahren Studium erfolgt eine dreieinhalb- bis sechsjährige Ausbildungszeit zum Arzt für Allgemeinmedizin bzw. Facharzt. Ein erfahrener Arzt wird man sich wohl erst einige Jahre später nennen wollen. Diese lange Ausbildungszeit führt zu einem jahrelangen Delay vieler getroffenen Maßnahmen (beispielsweise Erhöhung der Studienplätze). Ist ein Ärztemangel wirklich versorgungswirksam eingetreten, kann er kaum durch zusätzliche Ausbildungsstätten behoben werden. Es bleibt dann nur die zunehmende Steigerung einer

Zuwanderung von Ärzten aus andern Ländern, wie es Deutschland schon vor Jahren benötigt hat bzw. auch noch heute benötigt. Allerdings gibt es derzeit kein anderes deutschsprachiges Land, für das Österreich ein attraktiver Arbeitsmarkt für Ärzte wäre.

Die Ziele müssen deshalb sein:

- Behebung der Ursachen eines drohenden Ärztemangels
- Genaue zeitnahe Überwachung der Ärztezahlen (nicht nur der Köpfe, sondern inkl. Ausbildungsstand und allfälligem Teilzeitausmaß)
- Klare Definition in welchen Regionen welche Fachrichtung von einem Mangel bedroht sind, um frühzeitig in diesem Bereich ärztlichen Nachwuchs zu fördern.

Niederlage der Klinikerlisten bei den Betriebsratswahlen der Medizinischen Universität Innsbruck



Meine erste Wahlkommission war bei der ÖH Wahl 1979. Danach kamen viele weitere Wahlkommissionen – bei ÖH-Wahlen, Ärztekammerwahlen, Betriebsratswahlen, Mittelbauwahlen, Senatswahlen, Betroffenenvertreterwahlen usw.

Prof. Dr. Christoph Brezinka
Vorstandsmitglied der
Ärztekammer für Tirol

Demokratie ist schön, macht aber viel Arbeit – und bei jeder Wahl gibt es Wahlberechtigte, die von der Komplexität der Abläufe, zwischen a) Meldung bei der Wahlkommission mit Ausweis, b) Stimmzettel ankreuzen in der Wahlkabine und c) Einwerfen des Kuverts in die Urne, schlicht überfordert sind. Immer wieder ist einer dabei, der in der Wahlkabine seinen Personalausweis ins Wahlkuvert steckt und den Stimmzettel in die Jackentasche. Den ruft man dann nach der Auszählung an, damit er (eigentlich immer ein er) nicht bei einer Grenzkontrolle mit dem Stimmzettel an humorlose Beamte gerät. Die Stimme wird als ungültig gezählt.

Die Betriebsratswahl für das wissenschaftliche Personal der medizinischen Universität, die am 16. und 17. November 2016 stattfand, hatte auch für abgebrühte, alte Mitglieder von Wahlkommissi-

onen eine eigentümliche Atmosphäre: Scharen von Wählerinnen und Wählern waren der deutschen Sprache nicht mächtig und mit dem Konzept und Ablauf einer freien und geheimen Wahl nicht vertraut. Manche wollten ihre Stimmzettel gleich vor der Wahlkommission ausfüllen und mussten in die Wahlkabinen komplimentiert werden, dann musste man sie überzeugen, das Kuvert, ohne es noch einmal zu öffnen und zu zeigen, in die Wahlurne zu werfen. Praktischerweise hatten viele von ihnen hilfreiche einheimische Begleiter mit, die ihnen erklärten, wo sie anzukreuzen hatten, dazu gab es noch fragende Rufe aus den Wahlkabinen. *Non omnia quod licet honestum est*, lautet ein alter Aphorismus aus dem römischen Recht.

Während die Theoretiker aus ihren Labors fast geschlossen mit allen Biologen, Statistikern, Physikern, Molekularmedizinern, PhD-Stipendiaten und studentischen Mitarbeitern zur Wahl anrückten, blieben die Ärztinnen und Ärzte der Klinik in ihren OPs, Stationen und Ambulanzen. Da nutzte es wenig, dass sich die Wahlkommission vom MZA, zur Chirurgie und dann vor dem Speisesaal im Kinder-Herzzentrum aufbaute, neben den Wahllokalen im Biozentrum am Innrain und der Anatomie. Die erstmals zur Wahl angetretene Theoretiker-Liste "MUI-Science" schaffte so mit Anhub die absolute Mehrheit, die Professorenliste verlor ihren Sitz im

Betriebsrat, die beiden Klinikerlisten blieben abgeschlagen zurück (Tab 1).

Die Liste MUI-Science hatte ihre fraktionellen Wahlkampfaussendungen gleich auf Englisch abgewickelt, das perfundierte den letzten Winkel des Biozentrums. Die geringe Wahlbeteiligung der Kliniker wurde bei den Tirol-Kliniken und im Rektorat aufmerksam und mit klammheimlicher Freude registriert: so weit konnte es also nicht her sein, mit all den markigen Sprüchen bei den Kaffeautomaten und in den ärztlichen Betriebsversammlungen. Zum Wählen gingen die Ärzte ja dann doch nicht, sondern blieben lieber brav beim Arbeiten ...

Wie schlecht war der abgewählte ärztliche Betriebsrat?

Tritt man bei einer Wahl zu einer Interessenvertretung zur Wiederwahl an und erleidet eine Wahlniederlage, so ist das üblicherweise damit zu erklären, dass man in seiner Amtsführung nichts getan, mit der Betriebsleitung zu freundschaftlich gepackelt und sich zu wenig für die Interessen der eigenen Leute eingesetzt hat.

Dabei liest sich die Bilanz des abgewählten ärztlichen Betriebsrates gar nicht so schlecht: ein ganzjährig geöffneter Betriebskindergarten in den Betriebszeiten der medizinischen Universität, Kos-



tenübernahme der Kinderbetreuung und Rechtsanspruch auf geringfügige Beschäftigung während der Elternkarenz für Mütter und Väter. Dagegen hatte sich das Rektorat der LFU mit Händen und Füßen gewehrt, als vor zwei Jahren ernsthaft und zum Glück ergebnislos über eine Wiederzusammenlegung der beiden Unis verhandelt worden war. An der MUI konnte der Betriebsrat einen Rechtsanspruch auf Qualifizierungsvereinbarung bei Laufbahnstellen mit abschließenden Zielen durchsetzen, das macht die Betroffenen viel weniger von Willkür und Launen ihrer Chefs abhängig - und besteht daher nur an wenigen Unis. Der MUI Betriebsrat führte zahlreiche Prozesse vor dem Arbeitsgericht, um während des PhD erworbene Vordienstzeiten bei der Einstufung anrechnen zu lassen. Jeder dieser Punkte nutzte den Theoretikern genauso wie den Klinikern.

Bei den essentiell ärztlichen Angelegenheiten war es dem Betriebsrat der MUI gelungen, für die dem Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz KAZG unterliegenden Ärztinnen und Ärzte eine Gehaltsanpassung zu erreichen, die eine Schlechterstellung gegenüber den Landesärzten verhinderte. Im Gegensatz zur Med Uni Graz ging dies auch nicht auf Kosten der Stellen in den theoretischen Instituten. Die veraltete und erbärmlich niedrige Rufbereitschaftsregelung konnte durch ein zeitgemäßes Modell ersetzt werden. Seit 2005 organisierte der Betriebsrat der MUI ein Treffen der wissenschaftlichen Betriebsräte aller drei medizinischen Universitäten am geographischen Mittelpunkt Österreichs, in Bad Aussee. Wissenschaftsminister, Wissenschaftssprecher aller Parlamentsparteien, leitende Beamte der Ministerien kamen zu diesen Treffen. Dort wurde die Grundlage für Gesetzesänderungen zugunsten der wissenschaftlichen Mitarbeiter erstritten, etwa dass die Betriebsräte Sitz und Stimme im Universitätsrat



Demokratie ist schön, macht aber viel Arbeit: Wahlurne und Wahlunterlagen werden vom Wahllokal im 2.Stock des Chirurgiegebäudes in das Foyer von Kinderklinik und Speisesaal transportiert. Von links: Christoph Brezinka, Thomas Luger, Wolfgang Freysinger, Nikolas Romani (Wahlleiter).

haben, dass Klinikärzte/innen 30% der Normalarbeitszeit für Forschung und Lehre aufwenden und dass die Möglichkeit geschaffen wurde, für KPJ-Studierende eine Aufwandsentschädigung zu zahlen. „L'engagement est-il absurde?“ diese Frage beschäftigte den Philosophen Albert Camus sein ganzes Leben und er kam nie auf eine Antwort. Dankbarkeit war noch nie eine politische Kategorie, Grund für die Abwahl des ärztlichen Betriebsrates war die schwache Wahlbeteiligung der Kliniker, sie lag bei knapp über 20% – dafür sei an dieser Stelle jedem/r Einzelnen, die wählen ging, gedankt – und natürlich das Talent der Naturwissenschaftler, bisher ungenutzte Wählerreservoirs zur Wahl zu treiben.

Politikwissenschaftliche Wählerstromanalyse
Das Arbeitsverfassungsgesetz in Österreich ist in seinem § 52 sehr generös - auch wer nur den Hauch eines Kurzzeit-/Teilzeitbeschäftigungsverhältnisses hat, hat bei Betriebsratswahlen dasselbe aktive Wahlrecht wie jede/r langjährige Betriebsmitar-

beiter/in in Vollzeitstellung: man muss nur am Stichtag in einem Beschäftigungsverhältnis stehen und über 18 Jahre alt sein. Vergleichen wir einmal das Wahlverhalten an der medizinischen Universität Innsbruck mit dem an der „Stammuni“, der Leopold-Franzens-Universität LFU. Die Betriebsratswahlen fanden schließlich an den beiden selben Tagen statt (Tab 2): die LFU hat mehr als doppelt so viel Mitarbeiter als die MUI, auch ungleich mehr studentische MitarbeiterInnen und PhD MitarbeiterInnen aus unzähligen Ländern.

Kaum einer von denen verirrte sich in Richtung der Wahl, die gerade auf schlappe 15% Wahlbeteiligung kam ... woran das wohl lag ... fehlte an der LFU vielleicht ein Gegner – die Ärzteschaft – gegen den man quer durch die Labors und Seminarräume mobil machen konnte?

Liste 1 - ULV
403 Stimmen | 98,29% | 18 Mandate

Politikwissenschaftlich und individualpsychologisch hochinteressant wäre es, bei den vielen studentischen MitarbeiterInnen der theoretischen Institute der MUI, die zur Betriebsratswahl geschickt worden waren, zu wissen, ob sie auch bei der ÖH-Wahl abgestimmt hatten, der für sie eigentlich zuständigen Körperschaft. Oder fehlte bei der ÖH-Wahl der sanfte Druck von oben?

Eine medizinische Universität ohne Ärzte, eine medizinische Interessenvertretung ohne Ärzte – das mag zwar dem politischen Zeitgeist entsprechen, wonach man die Ärzte aus möglichst allen die Medizin betreffenden Entscheidungsgremien hinausdrängen muss. Es wird an den Ärztinnen und Ärzten liegen, dafür zu sorgen, dass man nicht über sie drüberfährt. Andere werden das nicht für sie tun.

Liste	Stimmen	Prozent	Mandate
MUI-Science	287	52,37%	8
IG Klinikärzte	135	24,63%	4
Gemeinsam	98	17,88%	2
Professoren	28	5,11%	0

Tab.1) Offizielles Endergebnis der Betriebsratswahl des wissenschaftlichen Personals der medizinischen Universität Innsbruck 16./17. November 2016 (1.247 Wahlberechtigte, 557 abgegebene Stimmen (44,67%), 548 gültige Stimmen)

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