

ARZT IN TIROL

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

Ausgabe 4 | November 2016

www.arztintiro.at



Dr. Artur Wechselberger



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

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

- Wie viel Bürokratie verträgt die Medizin?
- Masterplan fehlt
- Unterinntaler Sportmedizinisches Seminar
- Schwenk auf den richtigen Weg
- Keine Aufweichung des Krankenanstalten-Arbeitsgesetzes
- Nicht gegeneinander ausspielen lassen
- Geschätzter Kunde oder Ladendieb?
- Wertschätzung

Staatsmedizin

Neue Staatsverträge zur Finanzierung, Steuerung und Organisation des Gesundheitswesens paktiert

Auf die Gesundheitsversorgung bezogen unterscheidet man grundsätzlich zwischen staatlich finanzierten Systemen (Beveridge Modell), in denen der Staat die Gesundheitsleistungen bereit stellt und sozialversicherungsfinanzierten Modellen (Bismarck Modell), in denen Krankenkassen über Mitgliedsbeiträge die Finanzierung übernehmen. England oder die nordischen Länder gelten als Beispiele staatlich dominierter, Deutschland und Österreich als versicherungsdominierte Modelle. In den meisten Gesundheitssystemen hat sich allerdings ein Mischsystem entwickelt, mit mehr oder weniger staatlicher Dominanz. Eine Mischung wie wir sie auch in Österreich seit Jahrzehnten kennen und gewöhnt sind.

Liegt die Mitfinanzierung der Krankenkassen im Spitalsbereich deutlich unter 50 %, so müssen sie den niedergelassenen kassenärztlichen Versorgungsbereich zu hundert Prozent tragen. Selbstbehalte und Zahlungen für Privatleistungen ausgenommen. Die sind von den Versicherten selbst entweder durch direkte Zahlungen oder über Privatversicherungen aufzubringen. Eigentlich könnte es den Bürgern egal sein, ob sie die Kosten der Krankenbehandlung über Beiträge zur Krankenversicherung oder über Steuern bezahlen. Das Geld kommt immer aus ihrer Tasche. Wäre da nicht das Privileg der Selbstverwaltung, das den Versicherten über seine Vertretungskörper in den Krankenkassen ein Mitsprache- und Gestaltungsrecht einräumt und damit der Allmacht des Staates entgegensteht. Ebenso ermöglicht ein Bismarck-System, dass Ärztinnen und Ärzte über Verträge mit den Krankenkassen ihre Versorgungsleistungen als freie Unternehmer erbringen.

Veränderungen im Ort der Leistungserbringung verschieben die Kosten zwischen öffentlichen Trägern und Krankenkassen. Kosten, die sich, wenn der Leistungs-Shift groß genug ist, zu

riesigen Summen auswachsen, die Budgets von öffentlicher Hand oder Krankenkassen belasten. Dem Föderalismus geschuldete unterschiedliche Kompetenzzuordnungen verhindern, dass der Staat allein in diese Finanzierungs- und Leistungsströme eingreifen kann. Er braucht dazu die Zustimmung aller Länder, mit denen er deshalb Verträge gem. Art. 15 a B-VG abschließen muss. Auf solchen Verträgen baut das gesamte Spitalsfinanzierungssystem, welches wir als LKF-System kennen, auf. Der Geldfluss hängt vom Finanzausgleich zwischen Bund und Ländern ab und wird derzeit gerade wieder verhandelt.

Auch die Ärzte als Leistungserbringer sind von den Ergebnissen dieser Verhandlungen betroffen. Die Spitalsärzte, weil das Leistungsaufkommen der Ambulanzen ebenso davon abhängt wie die Kassenärzte, wenn Leistungsauslagerung angesagt ist. Denn das in den Bund-Ländervereinbarungen paktierte Prinzip, dass Geld der Leistung zu folgen hat, sollte den Ausbau des niedergelassenen Bereichs zumindest mitfinanzieren.

Aber auch viele andere Parameter haben Einfluss auf die Kostensituation in den beiden Sektoren der Versorgung. Deshalb will man sie auch in den sogenannten Artikel 15a-Verträgen festschreiben. So etwa die regionale Strukturplanung und die Stellenplanung. Oder die Frage, wo eine Leistung erbracht werden, wo der „best point of service“ liegen soll. Oder wie man personelle Engpässe bei den Spitalsärzten lösen könnte und wie man dazu das Krankenanstalten- Arbeitszeitgesetz (KA-AZG) aufweichen müsste oder angestellte Ärzte, die Notarzdienste verrichten aus den Regelungen des KA-AZG herauslösen könnte. Auch eine Flexibilisierung der Ärzteausbildung steht auf der aktuellen Wunschliste der Länder und hat ihren Platz in der Bund-Ländervereinbarung gefunden.

Fortsetzung Seite 2 unten →

Wie viel Bürokratie verträgt die Medizin?



Dr. Susanne Zitterl-Mair
Ärztinnenreferentin

Ob im niedergelassenen oder im Krankenhausbereich. Zunehmend sehen wir Ärzte uns damit konfrontiert, dass immer mehr unserer Tagesarbeitszeit in Tätigkeiten fließt, die mit

der eigentlichen Patientenversorgung nichts zu tun haben. Und wenn ich am Ende eines Tages am Schreibtisch sitze und sehe, dass noch ein Berg an Formalismen zu erledigen ist, frage ich mich, wohin das in Zukunft noch führen wird.

So werden wir niedergelassene Kassenärzte ohnehin durch die EDV von den Krankenkassen permanent geprüft. Wir erhalten Monat für Monat den Nachweis, wie viel an Verschreibungskosten wir verursacht haben und klopfen uns insgeheim erleichtert auf die Schulter, wenn wir unter dem Fachgruppendurchschnitt bzw. unter dem altersstandardisierten Wert liegen. Das genügt allerdings nicht, denn durch einen ominösen „Zufallsgenerator“ wird man noch zusätzlich auserwählt um Einzelnachweise zu erbringen, ob richtig - das heißt, den Richtlinien ökonomischer Verschreibeweise des Hauptverbandes entsprechend - verordnet wurde.

Erschwerend kommt dazu, dass wir in Österreich nicht nur eine Krankenkasse haben. Somit wird man von diesem Generator unter Umständen gleich mehrmals im Jahr auserkoren. Und

wehe man verschreibt ein - zugegeben teures, aber für den Patienten natürlich erforderliches Medikament laut Einschätzung der Krankenkasse zu oft. Dann bekommt man einen Anruf von der Kontrollabteilung mit der Androhung, dass beim nächsten Honorar eine beachtliche Summe abgezogen wird. „Dürfen die denn das?“ fragt man sich dann.

Als dokumentationsgeeichte Ärztin kann man natürlich nachweisen, was im Rahmen der Rezeptur ausdrücklich angemerkt worden war. Dass sich etwa ein Patient wegen eines Studienaufenthaltes in den USA mit einem Medikament für die Dauer des Aufenthaltes versorgen musste. Dennoch erwartet man von mir als Ärztin nachzuweisen, dass nur die aufgeschriebene Menge in der Apotheke abgegeben wurde und nicht vermeintlich mehr. Warum eigentlich? Bin ich auch dafür verantwortlich, was in der Apotheke bezogen wird?

Die Bürokratie geht aber weit über die Medikamentenverordnungen hinaus. Denn beinahe alles muss inzwischen vom Praktiker bestätigt werden: Schulbefreiung, Turnbefreiung, Pflegefreistellung, Medikamentenlisten für das Finanzamt, Bestätigungen für Lebensversicherungen, Reiserücktrittsversicherungen, Unfallversicherungen, Bestätigungen über Impfdaten

und Antikörpertiter oder Bestätigungen über die Berufseignung. Daneben auch Kuranträge, Pflegegeldanträge, Die Liste ließe sich endlos fortsetzen.

Wie schön wäre unsere Arbeit, wenn wir uns ausschließlich dem widmen könnten, wozu wir den Beruf ergriffen haben: der optimalen Versorgung unserer Patienten. Wir alle geben Tag für Tag unser Bestes. Besteht der Ärzteschaft gegenüber wirklich so großes Misstrauen, dass neben den normalen Kontrollen noch weitere Kontrollmechanismen laufen müssen? Ist das Vertrauen in die Patienten und ihre Mündigkeit so gering, dass sie nicht mit ihrer Unterschrift selbst gewisse Dinge bestätigen dürfen?

Das Arztsein muss wieder zurückgeführt werden auf das eigentliche Behandeln. Daher ist es dringend an der Zeit uns, sowohl im niedergelassenen Bereich als auch in den Krankenhäusern, von überbordender Bürokratie zu befreien.



Foto: fotolia.com © alphaspirt

Fortsetzung Staatsmedizin

Auf der anderen Seite haben die Krankenkassen Interesse daran alternative Versorgungsformen zugestanden zu erhalten, die das Versorgungsmonopol der Vertragsärzte aufweichen und die Kassenverträge leichter kündbar machen. Deshalb sollten zukünftig neben den Vertragsärzten auch Ambulatorien oder Ambulanzen der Krankenhäuser in bestimmten Fällen zu gleichberechtigten Leistungsanbietern mit Kassenverträgen werden.

So unter dem Motto: Wenn die Ärzte nicht wollen wie es die Gesundheitspolitik vorgibt, dann werden eben Leistungsanbieter zum Zug kommen, die nicht von einer widerspenstigen Selbstverwaltung Ärztekammer vertreten sind und die es einfacher und billiger geben. Denn das was für uns einen Wert darstellt, die Leistungserbringung durch frei niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, ist im

Auge des Gegenübers oft nur eine schwierige Vertragspartnerschaft, die man gern gegen private Ambulatorien oder kasseneigene Einrichtungen eintauschen würde. Diese Rute im Fenster, die bisher nur den primärversorgenden Hausärzten gegolten hatte, soll in Zukunft auch den fachärztlichen Bereich neu regeln.

Es nimmt nicht Wunder, dass die Krankenkassen, zum Glück erfolglos, bis zuletzt versucht hatten, den Wahlarztkostenrückerersatz zu kippen oder ein Nebenbeschäftigungsverbot für Spitalsärzte zu erwirken. Beides hätte aus ihrer Sicht geholfen den Markt zu bereinigen, die Patienten zu den Kassenärzten oder in die Spitalsambulanzen zu zwingen. Beides hätte zur Kalkulationssicherheit beigetragen. Den pauschalen Honoraren der Krankenhäuser oder den limitierten und gedeckelten

Honorarordnungen der Vertragsärzte sei Dank! Warum das alles mit Staatsmedizin assoziiert werden kann, liegt an einem österreichischen Kuriosum. Verhandelt und entscheidet doch die Sozialversicherung als gleichberechtigter Partner in Zielsteuerung, Finanzierung und Organisation des Gesundheitswesens als eine dem Staat zugeordnete Institution mit, obwohl sie gegenüber den Gebietskörperschaften den freien, nichtstaatlichen Teil der Selbstverwaltung der Versicherten vertreten müsste.

Damit und mit der geplanten Öffnung der kassenärztlichen medizinischen Versorgung für Krankenanstalten vollzieht sich de facto ein deutlicher Ruck unseres Gesundheitssystems weg vom Bismarck Modell hin zum staatlichen Beveridge System. Dem steht letztlich nur mehr ein unabhängiger Vertragspartner, die Ärztekammer, gegenüber.

Im österreichischen Gesundheitssystem findet sich eine Fülle von „Baustellen“ Masterplan fehlt



Dr. Momen Radi
Obmann der Kurie
niedergelassene Ärzte

Das beginnt mit der grundsätzlichen Frage, ob die Österreicherinnen und Österreicher wirklich für 22 Krankenkassen und einen Hauptverband zahlen müssen oder ob diese Mittel nicht besser in Gesundheitsleistungen investiert werden sollten.

Überlastete Krankenhausambulanzen Auslagerung von Leistungen

Eine weitere große Baustelle betrifft die Aufarbeitung der Folgen des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes. Denn leider hat man noch nicht überall verstanden, dass ein konstant hohes Arbeitsaufkommen bei gleichzeitiger Reduktion ärztlicher Arbeitszeit nur dann zu bewältigen ist, wenn man auch die Mitarbeiterzahl aufstockt. Inzwischen suchen die Krankenhäuser ihr Heil in der Verlagerung ambulanter Leistungen in den niedergelassenen Bereich. – Nur das kann nicht funktionieren, solange dort keine ausreichenden Ressourcen vorhanden sind.

Denn wer Spitalsleistungen, vor allem in den Ambulanzen, zurückfährt, erhöht den Zulauf zu den Ordinationen. Ambulanzentlastung durch Verlagerung von Leistungen in den niedergelassenen Bereich ist eine Kernforderung der Ärztekammer. – Allerdings ist dies ohne Investitionen und Reformen nicht umsetzbar. Denn die Zahl der Kassenärzte stagniert seit Jahren. Auch neue Leistungen finden nur zeitversetzt Eingang in die Leistungskataloge der Kassen. Und dies auch nur dann, wenn die Ärzteschaft Mengenlimitierungen und knappst kalkulierten Honoraren zugestimmt hat. Dazu kommt die künstliche Verknappung von Ressourcen durch Honorar-Degressionen. In unserem versorgungshemmenden Regime

werden Leistungen nur bis zu einem definierten Maß („Deckel“) pro Quartal bezahlt. Alle weiteren Leistungen werden – unabhängig vom Bedarf der Patienten – entweder nicht oder in abnehmender (degressiver) Höhe honoriert. Mit dem nächsten Quartal beginnt das Ganze wieder von vorn.

Diskussion um Wahlärztrückersatz und Nebenbeschäftigungsverbot

Dass unser Versorgungssystem überhaupt noch funktioniert, ist zu einem guten Teil den Wahlärzten zu verdanken, deren Zahl in den vergangenen zehn Jahren angestiegen ist. Wenn man den Kolleginnen und Kollegen im Spital nun verbieten möchte, wahlärztlich tätig zu sein, ist das so kontraproduktiv wie die Idee, die Wahlärzte „abzuschaffen“, indem man den Wahlärztkostenrückersatz abschafft.

Ärztemangel

Die Politik leistet sich ein für Ärzte denkbar unattraktives System und das, obwohl auch Österreich massiv von Ärztemigration und Ärztemangel betroffen ist. Ein wesentlicher Teil der Absolventen österreichischer Medizinuniversitäten nimmt nie in Österreich eine ärztliche Tätigkeit auf. Andere, und das sind gar nicht so wenige, die bei uns mit der Ausbildung begonnen haben, verlassen frustriert unser Land in Richtung Deutschland oder Schweiz, wo die Arbeits- und Ausbildungsbedingungen besser sind. Hier muss die Gesundheitspolitik rasch gegensteuern und für bessere Arbeitsbedingungen sorgen, damit möglichst viele Jungmediziner im Land bleiben.

ELGA und e-Medikation

Neben zahlreichen weiteren Kritikpunkten haben wir auch an der elektronischen Gesundheitsakte ELGA und an Mystery Shopping zu kauen. ELGA bietet nach heutigem Wissen noch immer keine



schnelle und zuverlässige Suchfunktion und keine ausreichende Datensicherheit. Und Mystery Shopping mit gefälschter E-Card stellt nicht nur Ärzte unter Generalverdacht, sondern schürt zudem Misstrauen zwischen Patient und Arzt. Und es behindert die Versorgung, weil es zu verstärkter Absicherungsmedizin führt.

Primärversorgung

Für eine Erleichterung der hausärztlichen Tätigkeit ist kein Primärversorgungsgesetz, das zuletzt in 16 Verhandlungsrunden ergebnislos zerpflückt wurde, nötig. Besonders dann nicht, wenn es nur wieder mehr Bürokratie bedeutet und keine Unterstützung der hausärztlichen Arbeit, die in unserem Land flächendeckend Tag und Nacht geleistet wird, verspricht. Mit neuen Formularen, Arzneimittel-Bewilligungssystem (ABS) und bald auch dem Elektronischen Bewilligungssystem (EBS) für nichtmedikamentöse Behandlungen wird schon zu viel Zeit vernichtet, die besser der Versorgung von Patienten zugutekommen sollte. Da brauchen wir nicht noch neue Strukturen mit verpflichtenden Teambesprechungen, Dokumentation, Monitoring und Reporting. Redliche Honorare, die unsere Arbeit und die unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abdecken sowie die Bezahlung unseres über das Medizinische hinausgehenden Aufwandes brächten uns schon ein Stück weiter. Dann fehlte nur noch eine Portion an Gestaltungsfreiheit im Praxisbetrieb. Denn wir wüssten schon, wie die ambulante Patientenversorgung weiterentwickelt werden soll.

33. Unterinntaler Sportmedizinisches Seminar „Sportmedizin in der täglichen Praxis“

Samstag, 19. November 2016 | Rehabilitationszentrum Bad Häring

Information: Dr. Erwin Zanier (dr.e.zanier@kufnet.at)

Honorarverhandlungen: Schwenk auf den richtigen Weg gelungen



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

Verbesserung der Kassenhonorare auch 2017

Ein wichtiges Ziel bei den Kassenverhandlungen war und ist es vorrangig die bestehenden Limitierungen zu reduzieren. Dies entspricht dem Grundsatz, dass für ge-

leistete Arbeit auch ein entsprechendes Entgelt bereit gestellt wird.

So wird es bei der TGKK ab 1.1.2017 einen Wegfall der 3. Punktstaffel geben (dies bedeutete, dass ab 36.000 Punkte der Wert nur mehr 25% der ersten Punktegruppe betrug).

Nunmehr werden bis 36.000 Punkte die vollen Werte erstattet und ab 36.001 Punkt 50 %. Damit wird es zu einer wesentlichen Erhöhung des Honorarvolumens kommen.

Die Fallbegrenzungszahl und der Erstleistungspunkt wurden ja bereits heuer erhöht. Im konkreten Fall bedeutet dies, dass beispielsweise eine Kassenpraxis mit 1000 Patientenkontakten um mehr als 1000.- Euro erwarten kann.

Ebenso wird es bei der Ordination außerhalb der Sprechstunde und Erstkontaktdination sowie bei der ausführlichen therapeutischen Aussprache und beim Heilmittelgespräch (allerdings erst ab 2018) zu einer Limiterhöhung kommen. Alle Punktwerte in der Honorarordnung der TGKK werden generell mit 2017 wieder um 1,5% erhöht.

Wir konnten uns aber auch in die Gesamtverhandlungen mit den kleinen Kassen einbringen. Sowohl bei der Punkterhöhungen als auch bei der Einführung neuer Positionen, wie bei-

spielsweise Positionen für akute und chronische Wundversorgung wurden Verbesserungen erzielt.

Der Rechnungshof hat den Kassen empfohlen das Ordinationslabor nahezu gänzlich abzuschaffen. Gegen die dringende Empfehlung des Rechnungshofes konnte das sog. Akutlabor und Ordinationslabor in kleinem Umfang erhalten bleiben. Wichtig war aber, dass die Laboreinsparungen der Kassen zum größten Teil in medizinische Leistungen umgeschichtet werden. Auch dadurch kann eine durchschnittliche Honorarerhöhung von ca. 11 % in den nächsten 2 Jahren erwartet werden.

Ein nächster Schritt ist die Abschaffung der komplizierten (und großteils nicht erfolgten) Wegegebührenordnung der SVA. Hier ist bald zu erwarten, dass die gefahrenen Kilometer auch bezahlt werden.

Keine Aufweichung des Kranken- anstalten-Arbeitszeitgesetzes Abmachungen sind einzuhalten



Dr. Ludwig Gruber
Obmann der Kurie
angestellte Ärzte

Der Vorschlag der Finanzlandesräte, die Übergangsbestimmungen und Ausnahmeregelungen bei den Arbeitszeiten für die Spitalsärzte über das Jahr 2021 hinaus zu verlängern, stößt beim Kurienobmann der an-

gestellten Ärzte Dr. Ludwig Gruber auf strikte Ablehnung. „Abmachungen sind einzuhalten – wir erwarten von unseren Verhandlungspartnern Handschlagqualität“, untermauert Ludwig Gruber das Nein der angestellten Ärztinnen und Ärzte.

Bekanntlich gab es am 1. Jänner 2015 eine Novelle des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes, die eine stufenweise Absenkung der

durchschnittlichen Wochenarbeitszeiten auf 48 Wochenstunden bis Mitte 2021 vorsieht. „Dieser Gesetzesänderung sind jahrelange Verhandlungen vorausgegangen, um eine für alle Partner tragbare und mit der EU-Arbeitszeitrichtlinie konforme Lösung auszuarbeiten“, ergänzt Kurienobmann Dr. Gruber. „Die Krankenanstalten haben zehn Jahre lang gewusst, dass diese EU-Arbeitszeitrichtlinie umzusetzen ist. Es wäre also genug Zeit gewesen, sich damit auseinander zu setzen und nachhaltige Lösungen auszuarbeiten. Nun bestehende Abmachungen aufzuweichen, ist verantwortungslos und für ein konstruktives Miteinander kontraproduktiv“, so Ludwig Gruber.



Foto: fotolia.com ©

Nicht gegeneinander ausspielen lassen

Konsequente Maßnahmen der Politik gefordert

„Die nicht ausreichende Versorgung im niedergelassenen Bereich sei einer der Hauptgründe für diese unzufriedene Situation“ wird unlängst in der Kronen Zeitung als Erklärung für überfüllte Krankenhausambulanzen gebracht. Ein Aspekt, der sicher eine wesentliche Rolle spielt. Bestimmt aber nicht die weitere Aussage: „Oft sind die Ärzte auf dem Land unter der Woche ab 16 Uhr nicht mehr in ihrer Praxis. Außerdem sind sie an den Feiertagen sowie an den Wochenenden nur selten im Dienst.“



MR Dr. Klaus Schweitzer
Bezirksärztevertreter

Als betroffener Landarzt hat MR Dr. Klaus Schweitzer dazu Stellung genommen:

Beim ersten Fall (91-jähriger Patient aus Hall, der lt. „Krone“ von den Rettungs-

kräften mit 39 Grad hohem Fieber und Schmerzen am frühen Abend in die Notaufnahme des Krankenhauses eingeliefert wurde) bleibt zu hinterfragen, warum sich der Patient nicht zuerst beim diensthabenden niedergelassenen Arzt in Hall gemeldet hat und ob das Fieber nicht tagsüber schon bestanden hat. Am Samstag, Sonntag und Feiertag versieht in Hall 24 Stunden durchgehend eine bestens ausgebildete Ärztin oder Arzt mit langjähriger Erfahrung Dienst in ihren jeweiligen Ordinationsräumlichkeiten. Ein fieberhafter Infekt kann durchaus bei einem niedergelassenen Arzt behandelt werden.

Die kolportierte Aussage der Ärztin im Krankenhaus, „dass es hier zuginge wie im Taubenschlag“, ist bezeichnend für die Überlastung und Anspannung der diensthabenden Ärztinnen und Ärzte. Gesetzlich gekürzte Arbeitszeiten bei zunehmenden Patientenkontakten bei gleichbleibenden Arztstellen bedeutet mehr Arbeit in kürzerer Zeit. Das führt unweigerlich zu enormem Stress.

Nächster Fall: Oberschenkelhalsbruch, der laut Zeitungsbericht in einem anderen Krankenhaus stundenlang auf eine Behandlung warten musste.

Solche Fälle können eben ausnahmslos nur in Operationssälen versorgt werden. Auch wenn es einen selbst trifft, so kann man sich nicht erwarten, dass ein Arzt oder Ärztin im Operationssaal die Arbeit unterbricht, um einen neuen Frischverletzten aufzunehmen. Wartezeiten in medizinischen Einrichtungen sind nicht willkürlich verursacht, sondern leider erzwungener Maßen notwendig.

Die nicht ausreichende Versorgung im niedergelassenen Bereich (mein Metier, denn ich bin seit 26 Jahren in einer Landarztpraxis mit allen Kassen tätig) stimmt zum Teil und ist auf mehrere Gründe zurückzuführen:

Die schlafende uneinsichtige Politik, die Einschränkungen in der Honorierung (Limits), der Generationenwechsel und die mangelnde Ausbildung, um nur die wichtigsten aufzulisten. Schon seit Jahren wurde die Politik vor dem drohenden Jetzt-Zustand gewarnt. In den nächsten 5-10 Jahren kommen mehr als 60% der niedergelassenen Ärzte in das Pensionsalter. Selbst diese Tatsache beunruhigt offensichtlich die politischen Entscheidungsträger nicht.

Täglich notwendige Leistungen werden nur bis zu einem bestimmten Limit bezahlt, wie zB. Labor, EKG und ausführliche Patientengespräche, die aber täglich gefordert werden. Keiner würde es wagen, die Semmeln am Freitag beim Bäcker nicht zu bezahlen, mit der Begründung, der Bäcker habe ohnehin an den Vortagen genug verkauft.

Die neue Generation von Ärztinnen und Ärzten setzt in ihrem Berufsleben andere Schwerpunkte wie früher. Das „24-Stunden-Arztsein“ wird gewechselt in geregelte Arbeitszeit mit Teamwork und Familienzeit mit fixer und vor allem planbarer Freizeit. - Ein Phänomen, das allerdings nicht nur die Ärzteschaft sondern alle Berufsgruppen betrifft. Aus diesem Grund beschäftigt sich die Ärztekammer schon länger mit neuen Zusammenarbeitsformen, die den Vorstellungen der neuen Generation entsprechen. Auch müssen die jungen Mediziner mehr auf die umfassende, interessante und schöne Arbeit am Land vorbereitet werden. Die Ärztekammer

schaffte es gegen lang anhaltende Widerstände, ein halbes Jahr im Turnus zusätzlich im niedergelassenen Bereich festzulegen, damit es den jungen Kolleginnen und Kollegen möglich wird, in der Lehrpraxis die Arbeit im niedergelassenen Bereich kennen zu lernen. Auch die Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin bemüht sich seit Jahren das Fach Allgemeinmedizin in der akademischen Lehre des Medizinstudiums zu etablieren und die Allgemeinmedizin-Ausbildung zu begleiten. Eine Arbeit, die die TGAM und ihre Mitglieder einerseits ehrenamtlich und andererseits oft auch auf eigene Kosten betreiben.

Werden im niedergelassenen Bereich längere Öffnungszeiten gefordert, so folgen daraus mehr Aufwand und mehr Arbeit; beides muss selbstverständlich bezahlt werden. Außerdem bräuchten wir dazu mehr Ärztinnen und Ärzte. Ausbildungsplätze an den Universitäten müssten wieder erhöht werden und die Arbeitsbedingungen nach dem Studium verbessert werden (siehe oben), damit nicht ein Großteil der bei uns ausgebildeten Ärzte ins Ausland abwandert.

Dies sind meine Einschätzungen als lang gedienter Landarzt und Ärztekammerfunktionär, der mit der Ärztekammer versucht eines der weltbesten Gesundheitssysteme für unsere Patienten zu erhalten.

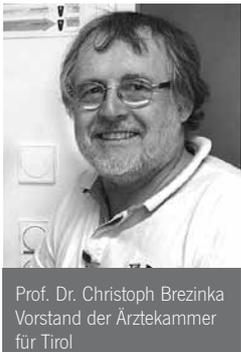


Foto: fotolia.com ©



Geschätzter Kunde oder Ladendieb?

Die Ambivalenz des Spitalsambulanzenpatienten im österreichischen Gesundheitssystem



Prof. Dr. Christoph Brezinka
Vorstand der Ärztekammer
für Tirol

Niemand mag sie, und sie werden immer mehr: die Patienten¹, die zu jeder Tages- und Nachtstunde die Ambulanzen der Spitäler aufsuchen. Kein Wehwechen ist zu trivial, vom Kopf- oder Bauchweh seit Wochen bis zum mindestens ebenso lange dauernden

Jucken an diversen exkretorischen Körperöffnungen, um nicht assertiv sofortige Diagnostik und Therapie, möglichst an der Uniklinik, einzufordern. Wo es Freibier gibt, wird gesoffen und wo es gratis Medizin bis zum Abwinken gibt, wird diese auch konsumiert, solange es geht und solange es irgendwo zwick. Gerade Angehörige von Kulturen, in denen jede medizinische Leistung entweder unerreichbar oder unerschwinglich ist, können von dem Überangebot unserer Spitalsambulanzen nicht genug kriegen. Das Sozialsystem nicht als Netz, an dem alle knüpfen müssen, damit die Schwächsten nicht ins Bodenlose plumpsen, sondern als stabiler Wunderbaum, an dem man nur kräftig genug rütteln muss, dann läßt er seine Früchte schon fallen.

Ambulanzgebühr – 15 Jahre nach dem Bauchfleck von schwarz-blau

Eine der geplanten Reformen, mit denen die schwarz-blaue Regierung Schlüssel vor nunmehr 15 Jahren einen Bauchfleck hinlegte, war die Einführung einer Ambulanzgebühr, die eingehoben werden sollte, wenn man eine Ambulanz eines öffentlichen Spitals aufsuchte. Es wäre nicht Österreich, hätte es nicht gleich eine Latte von Ausnahmebestimmungen gegeben: wer bei seinem Ambulanzbesuch gleich

stationär aufgenommen werden mußte, dem blieb die Gebühr erspart, was zu einem sprunghaften Anstieg von Spitalsaufnahmen mit wunderbaren Heilungen kurz nach Mitternacht führte. Ebenfalls von der Ambulanzgebühr befreit waren alle Rezeptgebührenbefreite, Rundfunkgebührenbefreite, Besitzer von Behindertenparkplätzen, Schwangere und die, die es werden könnten oder einmal waren, Kinder, Frühpensionisten, Herzschrittmacherträger usw.usw. Die Personengruppe, die schließlich die Ambulanzgebühr hätte zahlen müssen, war unter der Masse der davon Befreiten so klein, dass sich gleich Anwälte fanden, die in den Medien empfahlen, jede Zahlungsaufforderung zu beeinspruchen, da der Gleichheitsgrundsatz verletzt sei. Noch bevor ein Cent Ambulanzgebühr eingehoben war, stellten Bundesländer und Krankenkassen bereits den Verteilungsschlüssel der erwarteten Einnahmen in Frage und bedrohten sich gegenseitig mit dem Gang zum Verwaltungsgerichtshof. So wurde die Ambulanzgebühr als ein unrühmliches Kapitel der österreichischen Gesundheitspolitik unter viel Häme, auch der Ärzteschaft, wieder abgeschafft.

Verwaltungen haben ein langes Gedächtnis – und diese Pleite sitzt allen Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen tief in den Knochen. Mit der Wiedereinführung einer Ambulanzgebühr, etwa vergleichbar dem italienischen „ticket sanitario“, ist in Österreich für die nächsten 20 Jahre nicht zu rechnen.

Warten um nicht zu zahlen zahlen um nicht zu warten?

Die Reaktion auf die stetig steigende Inanspruchnahme der Spitalsambulanzen war und ist gekennzeichnet von der Hilflosigkeit, die immer dann aufscheint, wenn das verkorkst-verschachtelte österreichische

Gesundheitssystem an die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit stößt: man versucht es irgendwie Anderen zuzuschieben: das sollten eigentlich doch die niedergelassenen Ärzte irgendwo machen und außerdem gibt es in ein paar Jahrzehnten integrierte Gesundheitsversorgungs-Zentren wo dann ohnehin alle Patienten interdisziplinär auf Augenhöhe von Logopäden, Orthopäden und Hebammen zu vollster Zufriedenheit behandelt werden.

Inzwischen soll aber eines helfen: die Patienten endlos warten lassen, also „the English way“ einschlagen. Auf den britischen Inseln haben sich neben dem vom gnadenlosen Sparen geprägten National Health Service längst private Parallelstrukturen gebildet, was auch das Patientenverhalten beeinflusst: Die im NHS warten um nicht zu zahlen, die bei den privaten Anbietern zahlen, um nicht zu warten, heißt es dort mit trockenem britischem Humor.

Nun gibt es in jedem Fach Diagnosen und Konstellationen, die vom Warten in einer nächtlichen Spitalsambulanz nicht besser werden, sondern eher schlechter: Der Herzinfarkt, das akute Glaukom, die Eileiterschwangerschaft, der Hörsturz, der Apoplex und doch einige mehr, bei denen die Empörung, dass der Patient die verwerfliche Idee hatte, damit zu nachtschlafender Zeit das Spital aufzusuchen, nicht ganz greift. Auch ein Besuch in einer Kassenpraxis drei Tage davor oder drei Tage danach hätte das nun akute Problem wahrscheinlich nicht verhindert oder behoben.

Der Tote in der Ausnüchterungszelle

Der Tote in der Ausnüchterungszelle war bis in die 1960er Jahre ein Alltagsphänomen – der hätte eben vor seinem Sturz mit subduralem Hämatom keinen Glühwein trinken sollen. Eine erhöhte Sensibilität

der Gesellschaft hat dazu geführt, dass das Klientel, das vor 40 Jahren die Ausnüchterungszellen der (inzwischen längst aufgelassenen) lokalen Polizeireviere bevölkert hätte, nun in den Spitalsambulanzen - zwischen dem schwallartigen Erbrechen - Ärzten und Schwestern hinterherstänkern darf. So wie überhaupt jedes gesellschaftliche Problem - von der Jugendaufkultur bis zur Beziehungsgewalt - in den letzten Jahren zu einem medizinischen Problem geworden ist, das in den Ambulanzen öffentlicher Spitäler am Sonntag um 3 Uhr Früh mit Empathie, Sozialkompetenz aber natürlich auch sparsam und kosteneffektiv durch Ärzte und Pflege gelöst werden muß. Und wehe einer der dort Behandelten ist dann in seinem abklingenden Kater gerade fit und eloquent genug, um einen Beschwerdebrief zu schreiben - dass es nicht flott genug ging, irgendwer nicht nett genug war und noch dazu ein Ausländer völlig ungerechtfertigt vor ihm dran kam. Das führt dann unweigerlich zu Rüffel-Rundschreiben „aus gegebenem Anlaß“ und einem kriecherischen Entschuldigungsbrief, den die angeschwärtzten Ärzte und Pflegekräfte verfassen müssen.

Auch die „Verwochenendung“ des Freitags ist so ein gesellschaftliches Phänomen, das sich hauptsächlich auf dem Rücken von Ärzten und Pflege in den Spitätern abspielt. Früher waren es nur die Landesbeamten, die sich ab 9 Uhr Vormittag schon „Mahlzeit“ wünschten und ab Mittwoch Nachmittag „schönes Wochenende“. Nun ist in weiten Teilen der Arbeitswelt der Freitag ein ausgestülpter Samstag geworden, an dem man schön Zeit hat, aber gleichzeitig erwartet, dass alle Anderen arbeitsbereit zur Verfügung stehen. Also will man Arzttermine, wenn man sie nicht kriegt, geht man mit dem Zauberwort „viel Schmerz“ ins Spital. Ein Satellit über Tirol kann jeden Freitag Vormittag genau feststellen, wie sich Flotten von Rettungswagen aus den Bezirksspitalen und Pflegeheimen geordnet konzentrisch Richtung Innsbruck bewegen um dort ihre Patienten zu dekantieren - LKF-mäßig ausgezuzelt und für das ausgedünnte Personal am Herkunftsort am Wochenende zu mühsam.

Allgemeinmedizin als Default für alle

Strukturelle Fehlentwicklungen fangen als nette Vergünstigung an, aber so wie Haarrisse, die immer wieder belastet werden, dann zu Frakturen führen, können nette, kleine, gutgemeinte Fehlentscheidungen Jahre später üble Folgen haben. Der Grundfehler der österreichischen Gesundheitspolitik war es, seit den 1960er Jahren, die Allgemeinmedizin verludern zu lassen. Sie war die „Default“-Laufbahn, auf die jede und jeder nach dem Medizinstudium kam, rein nach den Bedürfnissen der Spitäler an hakenhaltenden und mit Sprizentabletts laufenden Turnusärzten ausgerichtet, nicht an den Bedürfnissen der Bevölkerung, die sie später versorgen sollten. Andere Länder hatten längst strukturierte, hochschulgeleitete Allgemeinmedizinbildungen, vom Family Physician in den USA und Kanada bis zum GP in England und dem Huisarts in den Niederlanden. In Österreich wachten mächtige Kräfte in den medizinischen Fakultäten sehr

genau darüber, dass die Allgemeinmedizin kein Hochschulfach wurde - die sollte ohne jedes akademische Prestige im Eck dümpeln und sich um die Patienten kümmern, die für die richtige, fachärztliche Medizin zu fad, zu alt und zu polymorbid waren.

In Innsbruck hatte vor nicht ganz 20 Jahren eine einstmals wichtige Tiroler Bank sogar eine Stiftungsprofessur Allgemeinmedizin ausgelobt. Widerwillig wurde eine Berufungskommission eingesetzt, die brav eine Dutzend Mal tagte, ihre Hearings abhielt, einen soliden Dreivorschlag vorlegte - und dann... nichts. Nach allen Regeln der Hintertreppen-Kabinettpolitik wurde dieser Lehrstuhl hintertrieben, bis der Akt irgendwann in der Rundablage landete und sich niemand mehr so recht erinnern konnte. Stellen wir uns vor, die steirische Landesbank hätte der Montanuniversität Leoben eine Stiftungsprofessur in Mineralogie und Petrografie geschenkt und die hätten die etablierten Professoren für Erdölogie und Lagerstättenlehre so kunstvoll von den Dienstwegen geschubst, dass hunderttausende für die Uni bestimmte Euro dort nie anlangen konnte. Das hätte einen Skandal gegeben. In Innsbruck gab es in der vergleichbaren Situation zufriedenes Schmunzeln über ein gekonntes Kabinetstück - denn zum Hausarzt will ja eh niemand, der auf sich hält. Dass es in Österreich bis heute eine funktionierende Allgemeinmedizin mit engagierten Hausärzten gibt, ist nicht wegen sondern trotz der Gesundheitspolitik von Ländern, Sozialversicherungen und Bund entstanden.

Wer erinnert sich noch an den Facharztschein?

Sieht man sich die Klebetiketten der Nachtambulanz-Patienten an, so ist der Vermerk „kein Hausarzt“ nahezu Standard. Wenn trotzdem ein Hausarzt angegeben ist, und die behandelnde Ärztin wagt, dem einen Arztbrief zu dem Ambulanzbesuch zu schreiben, kann sie froh sein, wenn nicht gleich die nächste Beschwerde kommt. Viele Patienten genießen es, ihre Hausärzte im Dunkeln darüber zu lassen, was sie medizinisch so alles an Leistungen und Therapien konsumieren - von Hormonbehandlungen bis zu Psychopharmaka - und sind stinksauer, wenn ein Facharzt sie in sowas Unnötigem wie einem Arztbrief an den Hausarzt verpetzt. Und wer stinksauer ist, der muß das auch zum Ausdruck bringen und dafür gibt es dankbare, reichlich mit Personal bestückte Dienststellen, die sich dieser Beschwerden rührend annehmen.

Der österreichische Versicherte bekam bis vor 20 Jahren einen Krankenschein, einen Zahnschein und einen Facharztschein pro Quartal. Das war nicht viel an direktiven Vorgaben, setzte aber doch ein gewisses Primat des Hausarztes fest. Mit der E-card, wo es ein Leichtes gewesen wäre, ein Zuweisungsmuster einzuprogrammieren, wurden alle Tore zur unbegrenzten Beanspruchung der Gesundheitseinrichtungen aufgestoßen. Das medizinische Freibierfass war angezapft, kein Wunder, dass die E-card auf den Schwarzmärkten von Banja Luka bis Kleipida so ein Renner ist. Es waren ausgerechnet die sonst

so aufs Sparen bedachten Sozialversicherungsträger, die sich bei Einführung der E-card für ihre soziale Gesinnung auf die Schulter klopfen, ihren „Klienten“ im Supermarkt Gesundheit keine Beschränkungen durch irgendwelche Hausärzte mehr aufzuerlegen. Ärztliche Vorschläge, doch wenigstens ein Foto des Versicherten auf die E-Card anzubringen, wurden mit betulichen Abwehrbewegungen und mahnenden Worten, dass so ein Ansinnen doch menschenrechtswidrig sei, abgelehnt. Somit wurde in kürzester Zeit in weiten Teilen der Bevölkerung der Blitztermin beim Facharzt nach Selbstdiagnose als Grundrecht wahrgenommen - und wenn die Praxen mit Kassenvertrag damit überfordert waren, dann mußten es eben die Spitalsambulanzen sein.

Die Medizin ist nicht die Summe ihrer Nischen

Wie sollte es in einer idealen Welt aussehen? Der mündige Patient geht nach kritischer Selbstreflexion zum Allgemeinmediziner, der erkennt, dass der Patient was ganz Spezielles haben muß und weist ihn zum niedergelassenen Facharzt zu. Der wiederum weist ihn nach ausführlicher Befassung an die Spezialambulanz des Spitals zu, die ihm nach gründlicher Bildgebung und Untersuchung einen OP-Termin gibt. Nach der Operation verläßt er zufrieden mit ausführlichem Arztbrief an Hausarzt und Facharzt das Spital und alle gemeinsam setzen die Behandlung in geübter feiner Abstimmung und Koordination miteinander fort.

Und plötzlich hat der Ambulanzpatient eine andere Rolle: er ist nicht mehr der Ladendieb, der sich Leistungen erschleichen will und den man unter Aufbietung aller Kräfte abschrecken und von diesem Verhalten demotivieren muß. Er ist der begehrte Kunde, der mit seinem Kommen abrechnungsrelevante Punkte bringt, der die Existenzberechtigung für Spezialisten und Spezialambulanzen liefert und er ist der Lieferant der Flinserln Gewebe, auf die der flüssige Stickstoff in zahlreichen wissenschaftlichen Biobanken wartet.

Nun besteht die Medizin nicht aus der Summe ihrer Subspezialisierungen und Nischenfächer. Und der Patient weiß meist selbst auch nicht, ob ihn seine Symptome zum hypochondrischen Tachinierer oder zum begehrten und hochinteressanten Fall machen. Der Illusion, dass man als Uniklinik eigentlich nur für die ausgesuchten Fälle da ist, jene bei denen die Niedergelassenen und die städtischen Spitäler nicht mehr weiterkönnen, dieser Illusion kann sich in Österreich nur das Wiener AKH hingeben (und das funktioniert dort auch nicht). Schließlich gibt es noch die ärztliche Ausbildung - niemand konnte je erklären, wie diese mit der exklusiven Beschäftigung mit nur ganz speziellen „Uniklinik-würdigen“ Krankheitsbildern funktionieren soll.

Es ist kurz vor zwei Uhr Früh. Mein Piepser geht - die Notfallambulanz: „Unterbauchschmerzen seit 3 Wochen“. Soll ich den Computer in meinem Dienstzimmer abschalten? Nein, vorläufig nur in den Energiesparmodus. Die Nacht ist noch jung.



Wertschätzung Der Lehrer, der Pfarrer und der Dokta ...



OMR Dr. Erwin Zanier
Vorsitzender des
Verwaltungsausschusses

Das waren noch Zeiten als diese Personen neben dem Bürgermeister den Mittelpunkt der örtlichen Wertschätzung darstellten.

Während in den meisten Dörfern diese Hierarchie zum Teil noch besteht,

mutiert der Niedergelassene Arzt in den Städten zum sogenannten „Gesundheitsdienstleister“. So zum Beispiel in einer Aufforderung der Ferienregion „Kufsteinerland“ in der man die „Dienstleister“ Ärztinnen und Ärzte ersuchte eine entsprechende Web-Präsenz zu buchen. Gleich neben vielen anderen „Gesundheitsdienstleistern“ wie z. B. „Humanenergetiker“ Fitnesstrainer, Therapeuten(?) etc. Dies dokumentiert die Wertschätzung die der Touristiker und/oder seine Werbeagentur dem „Freien Beruf Arzt“ entgegenbringt.

Apropos Wertschätzung.

Definition: „Der Sachverhalt, dass Menschen jemandem Achtung, Bewunderung und Respekt entgegenbringen!“

Ein Faktum welches wir Ärztinnen und Ärzte, vor allem aber die jungen Kolleginnen und Kollegen, die sich für die Allgemeinmedizin entschieden haben, immer mehr vermissen. Vor allem in den Städten. Es ist dies vielleicht auch - neben vielen anderen - ein Grund warum sich in Österreich nicht mehr allzu viele, die ihr Studium erfolgreich absolviert haben, für den Beruf Allgemeinmediziner entscheiden.

Die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands erkannte dies schon früh und startete 2012 eine Plakatkampagne mit dem Motto : „Ich bin Hausärztin, ich arbeite für IHR Leben gern“

Die Politik und der Hauptverband der Sozialversicherungen werden sich überlegen müssen, ob ihr derzeitiges „Ärzte-Bashing“ nicht ganz wesentlich für die derzeit so gespannte Lage im österreichischen Gesundheitsbereich verantwortlich ist.

Eine aktuelle Umfrage unter 1000 Menschen ergab, dass 95% den Hausarzt für extrem wichtig erachten und er unbedingt in dieser Form erhalten bleiben sollte. Gezeigt wird diese „Wertschätzung“ den Ärztinnen und Ärzten aber bei weiten nicht in diesem Ausmaß. Die oben genannten Institutionen interessieren solche Umfragen soviel wie „wenn ein Radl in Peking umfällt“

Auch wir Ärztinnen und Ärzte wollen wie jeder andere Mensch mit dem was wir sind, was wir leisten und geleistet haben, gesehen und anerkannt werden und dadurch die entsprechende Wertschätzung erfahren.

+++

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