

ARZT IN TIROL

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

Ausgabe 2 | Februar 2015

www.arztintirolo.at



Am falschen Fuß erwischt



Dr. Arthur Wechselberger



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

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

- Konzept ohne Mittel
- Bevorzugung von Frauenärztinnen
- Apothekengesetznovelle
- Wie sicher ist unsere Pension?
- Reform der Ärzteausbildung
- Vogel-Strauß-Politik rächt sich
- Lektionen in politischer Bildung
- Gesamteuropäische Ärzte-Demo
- Neue Richtlinie für Qualitätszirkel
- Kurz berichtet

Eine mit mehr als zehnjähriger Verspätung umgesetzte Arbeitszeitrichtlinie der EU hat das Potential in sich, die Versorgung in den Spitälern zu lähmen, in ihrer Qualität um Jahre zurück zu werfen und gleichzeitig auch den niedergelassenen Bereich am falschen Fuß zu treffen.

Ein Mangel an Ärzten verhindert gesetzeskonforme Nacht- und Bereitschaftsdienste in den Spitälern. Selbst die Übergangszeit bis 2021 wird nichts nützen, wenn sich nicht genügend Ärztinnen und Ärzte melden, die bereit sind, in dieser Zeit über die 48 Wochenstunden hinaus bis zu durchschnittlich 60 bzw. ab 2018 55 Stunden pro Woche zu arbeiten. Deshalb heißt es in vielen Häusern besonders ambulante Leistungen abzubauen und diese nach außen zu verlegen.

Dabei entspräche diese durch die Reduktion der Arbeitszeit der angestellten Ärztinnen und Ärzte ausgelöste Spitalsentlastung genau den theoretischen Konzepten unseres Systems. – Zumindest der Papierform nach.

Doch hier gilt: Papier und die darauf festgehaltenen Planspiele sind geduldig. – Denn es nützen die besten Konzepte nichts, wenn nicht ausreichend Ressourcen vorhanden sind, um die Verlagerung der Patienten in die Praxen der niedergelassenen Ärzte umzusetzen. Jetzt rächen sich die seit Jahrzehnten niedrig gehaltenen Krankenversicherungsbeiträge für die ambulante Versorgung. Ebenso negativ wirkt sich die als politischen Erfolg gefeierte Konsolidierung der Budgets der Krankenkassen aus, ging sie doch zulasten der Honorare der niedergelassenen Ärzte aber auch neuer Kassenstellen und Kassenleistungen. Der Sparkurs, der die extramurale Versorgung aushungerte, konnte ja nur durch eine an sich systemfremde Leistungsverchiebung in den spitalsambulanten Versorgungsbereich umgesetzt werden. Denn damit wurden die steigenden Kosten im Spitalsbereich über

die Abgangsdeckung der öffentlichen Hand und damit über die Steuereinnahmen ausgeglichen.

Die chronische Unterdeckung im Kassenbereich traf und trifft die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, über den niedrigen Kostenersatz für Leistungen bei Wahlärzten auch diese. Besonders bei den Vertragsärzten stammen viele noch aus einer Generation, die schon bessere Arbeitsbedingungen gesehen hat. Und die nähern sich zusehends dem Pensionsalter.

Plötzlich bemerkt man allerdings, dass die bei deren Pensionierung freiwerdenden Planstellen nur schwer an die Frau oder den Mann zu bringen sind. Junge Ärztinnen und Ärzte sind immer seltener bereit unter den bestehenden Bedingungen ein Unternehmen Kassenarztpraxis zu begründen und zu führen. Ebenso hält sich allerdings auch die Bereitschaft in Grenzen, gegen ein geringes Grundgehalt in Krankenhäusern zu arbeiten und sich die „Butter aufs Brot“ durch Überstunden oder Nachtdienste dazu verdienen zu müssen.

Dies noch dazu im Wissen, dass die neuen Arbeitnehmerschutzbestimmungen des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes diese Zuverdienstmöglichkeit bald kappen werden.

Damit wäre es höchst an der Zeit die Vorschläge der Ärzteschaft nach Attraktivierung der Arbeitsmöglichkeiten in Praxis und Spitälern umzusetzen und nicht tatenlos zuzuschauen wie ein System, dass wesentlich durch das oft selbstlose Engagement der Tiroler Ärztinnen und Ärzte aufgebaut wurde sprichwörtlich „den Bach hinunter geht.“

Primärversorgung „Das Team um den Hausarzt“ Konzept ohne Mittel



Dr. Momen Radi
Kurienobmann

Das Rad neu erfinden wollte die Gesundheitspolitik als sie 2014 herausfand, dass jedes funktionierende Gesundheitssystem der Welt eine breite Basisversorgung brauche. Nur damit könne, so die Strategen im Bund, ein allgemein und direkt zugänglicher, niederschwelliger Erstkontakt und damit eine umfassende Grundversorgung für Menschen mit gesundheitlichen Problemen sichergestellt werden. Ebenso kamen sie nach einem monatelangen Denkprozess zur Erkenntnis, dass diese Basisversorgung durch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner eine ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung anbieten sowie die Koordination des Versorgungsprozesses und die Kooperation der Leistungserbringer übernehmen müsse.

Offensichtlich nach Studium nationaler und internationaler Literatur und nach Expertenhearings fand man heraus, dass in der Primärversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte bei ihrer Arbeit am besten von Sprechstundenhilfen, nach dem neuen MAB-Gesetz Ordinationsassistenten genannt, unterstützt werden und es zudem sinnvoll ist, dass Krankenschwestern in der Hauskrankenpflege eingesetzt werden. Damit stand das Grundgerüst der epochalen Konzeption: „Das Team um den Hausarzt“. Um dieses sollen sich die niedergelassenen Fachärzte und die Zahnärzte aber auch alle anderen Anbieter von Gesundheitsleistungen vom Apotheker, über die Physiotherapeuten, Logopäden bis zu den Gesundheitspsychologen ranken.

Je nach politischer Ausrichtung und ideologischer Färbung hatte man dabei zwei Modelle zur Umsetzung angedacht. Vernetzung und Verstärkung des Bestehenden versus Neukonzeption auf Basis polyklinischer Primärversorgungszentren. Die Zentrumsbefürworter legten dabei sogar das bisherige Hohelied vom österreichischen Gesundheitssystem als eines der weltbesten ad acta, um der Notwendigkeit für bürokratische geführte Zentren, dem Beispiel östlicher und nördlicher Staaten folgend, Rückenwind zu verschaffen. Nur so könne die erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen als organisatorischer Verbund des Primärversorgungsteams die neu definierten Ziele erreichen.

Als Ziele definierten die Konzeptersteller, egal ob sie die Vernetzung bestehender Einrichtungen, den absoluten Neubeginn mit Versorgungszentren oder eine Mischung aus beiden als Credo beten, die breite örtlichen und zeitliche Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe zur Akutbehandlung aber auch zur Behandlung chronisch Kranker. Ebenso soll der zukünftige Fokus auf einer kontinuierlichen Begleitung der Patienten wie auch der qualifizierten Weiterleitung sowie der Mitwirkung am öffentlichen Gesundheitsdienst, der Institutionalisierung der Vernetzungsarbeit sowie eines organisierten

Entlassungsmanagements liegen. Telefon- und Webdienste sowie Erinnerungssysteme sollen das System unterstützen, auch die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung muss verbessert werden.

Dass für alle Mitwirkenden im System Anreize gesetzt und dabei die Arbeitsleistung der Primärversorger besonders berücksichtigt werden sollen, könnte die Ärzte ebenso freuen, wie die Tatsache, dass auch eine Honorierung der Teamarbeit und der Kooperationstätigkeiten sowie der Versorgungskoordination festgeschrieben wurde. Selbst die Möglichkeit der Hausbesuchstätigkeit und die gesundheitsförderlichen Maßnahmen und Präventionsangebote sowie deren Honorierung im Sinne eines Mischsystems aus Pauschalien, Einzelleistungen und Boni wurden im Konzeptpapier erwähnt.

Umsetzung in den Ländern

In der Millionenstadt Wien sollen bis 2016 wenigstens zwei Primärversorgungszentren eingerichtet werden, um die hausärztliche Versorgung zu verbessern.

In Salzburg haben Land und Salzburger Gebietskrankenkasse Konsens gefunden, dass die neuen Primärversorgungs-Modelle in vielen Varianten denkbar seien - vom Gesundheitszentrum bis zu einem Netzwerk mehrerer dislozierter Ärzte in verschiedenen Gemeinden. In den geplanten Primärversorgungszentren sollen mehrere Ärzte mit anderen Gesundheitsberufen gemeinsam arbeiten. Dadurch könnten für die Patienten längere Öffnungszeiten angeboten werden, was die Spitäler automatisch entlasten sollte. Die Kooperation zum Beispiel mit Pflegeberufen, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern oder Physiotherapeuten könnte Ärzte entlasten und für die eigentlich medizinischen Aufgaben freispielen. „Die Vorteile für Ärzte wären vernetztes Arbeiten im Team und klare, abgegrenzte Arbeitszeiten. Die große Herausforderung im kommenden Jahr ist die Entwicklung konkreter Modelle in Salzburg. Das wird kein Einheitsmodell sein können, das für die Stadt genauso passt wie für dörfliche Strukturen. Wir möchten 2015 ge-

meinsam mit den Ärztinnen und Ärzten sowie den Gesundheitsberufen mindestens zwei Pilotprojekte aufbauen. Ziel ist, die hausärztliche Versorgung auszubauen und damit die Spitäler zu entlasten“, sagte dazu Salzburgs GKK-Obmann Andreas Huss.

Dagegen rührt sich in Tirol kaum ein Lüftchen. Land und Gebietskrankenkasse haben sich lediglich zur kostenneutralen Aussage durchgerungen, dass es in unserem Bundesland die Vernetzung bevorzugt werde und es keine solchen Zentren geben solle. Demnach wird alles so bleibe wie bisher. Die Ärztinnen und Ärzte organisieren sich selbst und für die Kostenträger gratis, über die Fortsetzung des gerade einmal für ein weiteres Jahr verlängerten Nachtbereitschaftsdienstes unter der Woche wird zwischen Bund und TGKK beraten. Gleichzeitig hofft man, dass zumindest die bestehenden Vertragsarztstellen bei Vakanz wieder besetzt werden können.

Dem Hausapothekenthema und dem Landarztsterben wird wohl auf Landesebene laute Bedeutung zugemessen, zur Lösung auf Bundesebene kann oder will man allerdings nicht viel beitragen. Dass es zudem noch nicht einmal einen Gruppenpraxisgesamtvertrag oder eine dem Land obliegenden Regelungen zur Bedarfsprüfung von Gruppenpraxen gibt, fügt sich voll und ganz ins Bild der regionalen Umsetzungsflaute in Sachen Primärversorgung. Wie auch immer! Ob Dynamik mimend oder in gewohnter Lethargie verharrend. Rühren wird sich ohnedies nichts. Denn wie heißt schon der alte Spruch: „Ohne Geld keine Musik!“ Und dieses Geld ist nirgendwo in Sicht. Nachdem die Krankenhäuser offensichtlich die letzten Cents zusammenkratzen müssen, um den Betrieb aufrecht erhalten zu können, wird wohl nichts werden mit dem „Geld folgt Leistung“ als Grundsatz für die Verlagerung von Leistungen in die Arztpraxen. Und auch die dort tätigen Ärzte werden bald „das Handtuch werfen“. Fehlende Mittel, unzeitgemäße Organisationsformen, Arbeitsüberlastung bei mageren Honoraren und dazu bürokratischer Druck und permanente Verunglimpfung als Kostenverursacher sind dazu angetan auch den Engagiertesten die Motivation zu rauben.



Foto: fotolia © oneblink1

Bevorzugung von Frauenärztinnen bei Kassenverträgen zulässig

Verfassungsgerichtshof hat keine Einwände, so lange Mangel an weiblichen Frauenärzten besteht

Auslöser der Änderung der Reihungskriterien zugunsten einer Vertragsvergabe für Bewerberinnen war Kärnten. Dort hat es 2009 nur eine Vertragsärztin für Gynäkologie gegeben.

Durch die Änderung der „Verordnung über die Kriterien für die Reihung der ärztlichen Bewerberinnen und Bewerber um Einzelverträge mit den Krankenversicherungsträgern“ vom 23.07.2009 wollte Gesundheitsminister Alois Stöger den Frauenanteil im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe erhöhen.

Die konkrete Maßnahme:

Ärztinnen im Bewerbungsverfahren um eine Facharztstelle werden mit einem 10-Prozentpunkte-Bonus bewertet, d. h. gegenüber ihren männlichen Kollegen positiv diskriminiert. Diese Maßnahme sollte mittelfristig, so zumindest die optimistische Annahme des damaligen Gesundheitsministers, zu einer flächendeckenden Versorgung an Gynäkologinnen mit Kassenvertrag führen.

Gegen diese Diskriminierung hatte ein Salzburger Arzt Beschwerde erhoben. Er klagte die Salzburger Ärztekammer, weil er bei der Reihung für die Vergabe von Kassenverträgen gegenüber Ärztinnen benachteiligt wurde. Die Kammer begründete ihre Vergabentscheidung mit der Reihungskriterien-Verordnung des Gesundheitsministeriums. Demnach zählt beim Sonderfach „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ neben fachlicher Eignung, Zusatzqualifikation oder Berufserfahrung auch „die durch das weibliche Geschlecht zusätzlich vermittelbare besondere Vertrauenswürdigkeit“. Das Landesgericht Salzburg beantragte daraufhin, die betreffende Bestimmung aus gleichheitsrechtlichen Gründen aufzuheben.

Nun hat der Verfassungsgerichtshof entschieden und die Klage abgewiesen: Die Bevorzugung von

Frauenärztinnen gegenüber ihren männlichen Kollegen bei der Vergabe von Kassenverträgen ist zulässig. Präsident Gerhart Holzinger begründete dies mit dem Mangel an weiblichen Kassen-Gynäkologen: Es gebe so lange keine Bedenken gegen die Bevorzugung von Frauen, „wie der Mangel an weiblichen Frauenärzten gegeben ist“.

Die Verfassungsrichter gehen davon aus, dass es bei den Patientinnen einen starken Wunsch nach weiblichen Frauenärzten gibt. Das legen für Holzinger vor allem die zahlreichen Wahlarztrechnungen nahe: Demnach entfiel 2013 etwa ein Drittel der gesamten Wahlarztrechnungen auf den Bereich der Gynäkologie. Von diesen 40.000 Rechnungen wurden wiederum 62,5 Prozent von weiblichen Ärzten ausgestellt. Unter den Kassen-Gynäkologen betrug der Frauenanteil 2014 dagegen nur 23,2 Prozent.

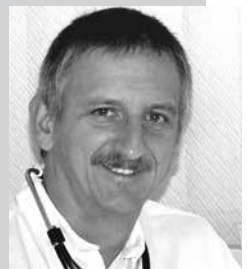
Diese Statistik hatte die Regierung bei einer öffentlichen Verhandlung im Dezember 2014 vorgebracht, um die Bevorzugung von Frauen bei

der Vergabe von Kassenverträgen zu verteidigen. Holzinger zeigte sich von den Zahlen am Mittwoch „beeindruckt“: „Es ist eindeutig, dass es objektiv einen hohen Bedarf an weiblichen Vertragsärzten für Gynäkologie gibt.“ Daher gebe es gegen die Bevorzugung von Gynäkologinnen keine Bedenken, so lange dieser Mangel herrsche. Ab welchem Frauenanteil der Mangel behoben wäre, wollte Holzinger nicht quantifizieren.

Nach den Zahlen in Tirol haben sich die Hoffnungen der Gesundheitspolitik aus dem Jahr 2009 nicht erfüllt. Der Andrang von Gynäkologinnen um Kassenstellen ist gering. Von 9 Bewerbern um die in den letzten drei Jahren ausgeschriebenen Kassenstellen waren nur zwei weiblich. Einer der beiden Bewerberinnen wurde ein Kassenvertrag zugesprochen. Derzeit betreiben 41 Frauenärztinnen gegenüber 31 Frauenärzten in Tirol Wahlarztpraxen. Der Grund keinen Kassenvertrag anzustreben ist letztlich in den Vertragsbedingungen der Krankenkassen zu finden, die es für Frauen oft schwierig machen, Beruf und Familie zu vereinbaren.

Apothekengesetznovelle zum Schutz der ärztlichen Hausapotheken

Seit Monaten arbeitet eine Gruppe engagierter Hausapotheker in der Österreichischen Ärztekammer, um die vom Nationalrat schon 2013 in Aussicht gestellt Novelle des Apothekengesetzes vorzubereiten. Der Tiroler Hausapothekenreferent Dr. Klaus Schweitzer ist nicht nur Mitglied dieser internen Arbeitsgruppe. Als einer der ÖÄK-Vertreter ist er auch direkter Verhandler mit Vertretern der Österreichischen Apothekerkammer. Sein Ziel in den Verhandlungen ist es der Politik einen Vorschlag zu unterbreiten, der die bestehenden Hausapotheken absichert und Neugründungen zulässt. „Der Erhalt der ärztlichen Hausapotheken bedeutet auch die Sicherung der ärztlichen Versorgung auf dem Lande“, erklärt Klaus Schweitzer sein Verhandlungsziel, das damit weit über die reine Frage der Medikamentenabgabe Auswirkungen haben wird.



Dr. Klaus Schweitzer

„Wie sicher ist unsere Pension?“

„Hält der Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer, was uns Kollege Zanier verspricht?“



Erwin Zanier
Vorsitzender des
Verwaltungsausschusses

Mit dieser kritischen Frage verabschiedete sich der langjährige „Chefredakteur“ des Tiroler Ärztejournal der Aktionsgemeinschaft Tiroler Ärzte Ludwig Spötl in den wohlverdienten „journalistischen“ Ruhe-

stand, für den ich ihm alles Gute wünsche.

Der Kritik vom abtretenden Chefredakteur unseres Konkurrenten an meinen Aussagen zum Thema Wohlfahrtsfonds und Sicherheit der Pensionen möchte ich durch einige Fakten über die Situation des Fonds und der Arbeit des Verwaltungsausschusses begegnen.

„Nichts in dieser Welt ist sicher außer dem Tod und den Steuern“ wusste schon Benjamin Franklin zu zitieren.

Grundlage für alle Entscheidungen des Verwaltungsausschusses betreffend der Sicherung der Pensionen ist in erster Linie die laufende versicherungsmathematische Beurteilung unseres Versorgungswerkes. Im Jahre 2012 wurden durch zwei, voneinander unabhängigen, Versicherungsmathematiker – Direktor Holzer, dem Doyen der österreichischen Versicherungsmathematiker und Frau DI Riegler, entsprechende Gutachten erstellt. Im Frühjahr 2015 werden diese Gutachten wiederum aktualisiert. Zwischenzeitlich erfolgte eine kontinuierliche Beratung und Absprache mit beiden Aktuarien.

Eine wesentliche Vorgabe der Versicherungsmathematiker ist, dass die langfristige Wertsicherung der Renten nur in Höhe von ca. 60% der Beitragserhöhungen vorgenommen werden soll, wobei der Unterschied zwischen Beitrags- und Leistungserhöhung mindestens 1 % betragen soll. Dem wurde durch eine Valorisierung der Renten unter der Inflationsrate mit 1% (=Beitrag der Pensionisten zur Sicherung) und eine Beitragserhöhung um 2,1% (= Beitrag der Aktiven zur Sicherung) für das Jahr 2015 entsprochen. Aussage unseres Finanzreferenten Dr. Größwang zum erzielten Verhandlungsergebnis: „von den Jungen gerade noch akzeptiert und von den Alten nicht gesteigert.“

Ein zweiter Wunsch für eine optimale Bedeckung wäre ein Veranlagungsergebnis auf einem Niveau

von über 5% zu halten. Dies ist zwar in den Jahren 2013 und 2014 mehr als nur gelungen, wird aber auf Dauer bei der zurzeit schwachen Wirtschaftsentwicklung und der Zinspolitik der EZB wohl kaum zu erreichen sein. Man wird somit den Rechenzins zumindest um 1% nach unten korrigieren müssen, langfristig eventuell auch noch etwas tiefer.

Ein weiterer Aspekt den es zu beachten und einzurechnen gilt, ist die steigende Lebenserwartung. So zeigt sich in einer auf ÄKT Verhältniszahlen aktualisierten Statistik, dass die Lebenserwartung zum 65. Lebensjahr im Jahr 2010 bei 17,4 und hochgerechnet bis 2014 bei bereits 18 Jahren steht. Auch die ursprünglich angenommenen Neueintritte in das System sind in den letzten Jahren leider rückläufig.

Das Leistungsaufkommen nähert sich immer stärker den Beitragseinnahmen an, sodass für die Jahre nach 2018 die Aufbringung von Liquidität eine zentrale Herausforderung für die Verantwortlichen sein wird. Ein Faktum, das wir schon seit einiger Zeit kritisch beobachten.

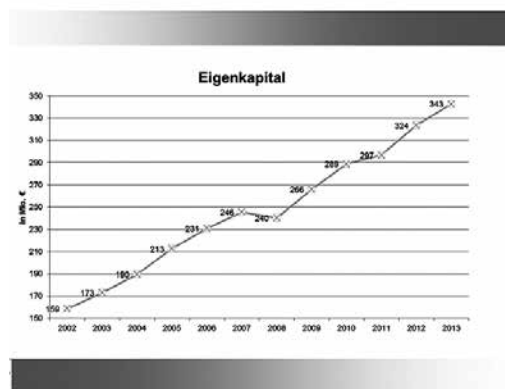
Es ist dies eine große Herausforderung, mit der sich das Team des Verwaltungsausschusses, Finanzreferent Franz Größwang, Präsident Artur Wechselberger und „Kollege Erwin Zanier“, bereits jetzt intensiv befassen.

Im Gegensatz zu anderen Länderkammern haben wir schon vor Jahren begonnen unsere „Hausaufgaben“, Dank eines hervorragenden Mitarbeiterstabes in unserer Verwaltung, sowie einer hoch professionellen Begleitung durch die bereits genannten Versicherungsmathematiker und unter Mitwirkung des renommierten deutschen Investmentconsulters FERI als Finanzberater, zu erledigen.

„Misstrauen ist ein Zeichen der Schwäche“ (Mahatma Gandhi)

Um den vorangeführten Herausforderungen aber entsprechend nachhaltig und wirksam begegnen zu können, braucht es die Akzeptanz und die Solidarität des gesamten Standes!

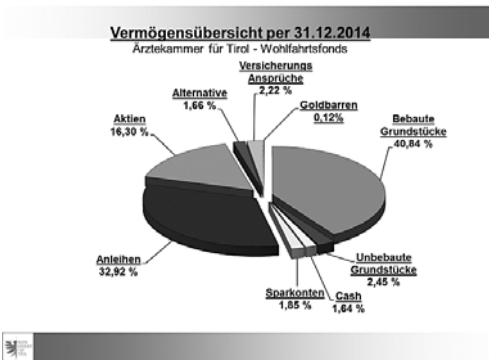
Zu den in der Kolumne des scheidenden Chefredakteures geäußerten Vorwürfen eines „Maulkorberlasses“ betreffend der Tätigkeit des Verwaltungsausschusses und der Tatsache, dass



kein Mitglied der Aktionsgemeinschaft im Ausschuss vertreten ist, noch kurz folgende Fakten: bei der Wahl der VA-Mitglieder in der konstituierenden Vollversammlung stellte die Aktionsgemeinschaft, trotz wiederholter Frage des Präsidenten, keinen Antrag hinsichtlich einer Besetzung. Es wäre ein Mitglied aus den Reihen der Aktionsgemeinschaft im Verwaltungsausschuss möglich gewesen.

Zum Thema „**fehlende Kontrolle (Maulkorberlass)**“ sei noch angemerkt, dass nach bisheriger Gepflogenheit die Rechnungsprüfer aus den Reihen der Opposition bestellt werden. So auch in dieser Periode.

In den letzten Kammerperioden stand mit OMR Dr. Wolfgang Druml ein absoluter Experte, der jede einzelne Entscheidung des VA prüfte, an der Spitze der Rechnungsprüfer. Mit seinem Nachfolger MR Dr. Bernhard Auer und nun auch mit MR Dr. Ernst Zangerl stehen langjährige Mitglieder des Verwaltungsausschusses und profunde Kenner unseres Versorgungswerkes als Prüfer zur Verfügung.



Reform der Ärzteausbildung

Aktueller Stand



Dr. Stefan Kastner,
Vorsitzender der Ausbildungs-
kommission der ÖÄK

Die Verabschiedung der Ärztegesetz-Novelle im Oktober letzten Jahres war der Startschuss für die größte Reform der Ärzteausbildung seit 1994. Neben den Rahmenbedingungen wurde vor allem ein straffer Zeitplan für die nachfolgenden notwendigen Verordnungen festgelegt.

Alle Ärzte, die ab dem 1. Juni 2015 ihre postpromotionelle Ausbildung beginnen, müssen ihre Ausbildung mit einer neunmonatigen Ausbildung (6 Monate konservative Fächer, 3 Monate operative Fächer) beginnen. In weiterer Folge teilen sich dann die Ausbildungswege in eine auf 42 Monate verlängerte Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder in die weiterhin sechsjährige Facharzt Ausbildung.

Arzt für Allgemeinmedizin neu

Im Anschluss an die Basisausbildung folgen 27 Monate Spitalsturnus (siehe Tab. 1). Den Abschluss der Ausbildung wird eine sechsmonatige verpflichtende Lehrpraxis bilden. Eine schrittweise Ausdehnung auf 12 Monate Lehrpraxis ist ebenso geplant. Die Finanzierung aus der öffentlichen Hand ist ein zentraler Punkt, über den zwar Konsens herrscht, aber eine definitive Regelung fehlt leider noch.

Facharzt Ausbildung

Der Weg in die Facharzt Ausbildung beginnt, wie erwähnt, mit 9 Monaten Basisausbildung. Daran wird eine Sonderfach-Grundausbildung schließen, die je nach Sonderfach zwischen 15 Monaten und 36 Monaten dauern wird. Den letzten Abschnitt der Ausbildung bildet die Sonderfach-Schwerpunktausbildung, die die Ausbildungszeit auf 72 Monate ergänzt. Bis auf wenige Ausnahmen wird die Schwerpunktausbildung in Form von Modulen (drei aus sechs Modulen) zu absolvieren sein und so schon während der Facharzt Ausbildung eine Schwerpunktbildung ermöglichen.

Die Innere Medizin stellt hier eine Ausnahme dar. Neben dem Facharzt für Innere Medizin, der wie bisher die gesamte Breite des Faches abbilden wird, wird es Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunktbildung geben, denen eine Spezi-

alisierung schon im Rahmen der sechsjährigen Facharzt Ausbildung ermöglicht werden wird und damit die entsprechenden Additivfacharzt Ausbildungen ablösen wird (beispielsweise „Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie“).

Übergangsbestimmungen

Soweit aus den bisherigen Verhandlungen der ÖÄK mit dem BMG zur Ärzte Ausbildungsordnung (ÄAO) erkennbar ist, werden die Übergangsbestimmungen aller Voraussicht nach ermöglichen, dass man zum einen mit dem Turnus oder entsprechenden anderen Vorzeiten keine „Basisausbildung“ für die neue Ärzteausbildung absolvieren muss. Zum zweiten wird es vermutlich für alle, die bis zum 31.5.2015 eine postpromotionelle Ausbildung begonnen haben, möglich sein, eine Ausbildung nach der bisherigen Ärzte Ausbildungsordnung (ÄAO 2006) zu machen oder in die neue Ärzte Ausbildungsordnung (ÄAO 2015) zu wechseln.

Neue Ausbildungsstätten

Die grundlegende Reform der Ausbildung führt – auch aus Sicht des Gesetzgebers – zu stark veränderten Anforderungen an die einzelnen Ausbildungsstätten. Mit Ausnahme der Basisausbildung müssen alle Ausbildungsstätten neu ansuchen, um auch nach den neuen Bestimmungen Ärzte ausbilden zu dürfen. Nur für die Ausbildung von Ärzten, die vor dem 1. Juni 2015 mit der postpromotionellen Ausbildung begonnen haben, behalten die bisherigen Ausbildungsstättengenehmigungen ihre Gültigkeit.

Die Abteilungsleiter und Träger haben aber ab 1. Juni 2015 nur wenige Monate Zeit, um neue

Genehmigungen einzuholen, damit sie Ärzte, die mit Juni 2015 schon in die neue Basisausbildung eingestiegen sind, auch ab 1.3.2016 weiter ausbilden zu können.

Noch in diesen Tagen soll die Novelle zur Ärzte Ausbildungsordnung (ÄAO) in Begutachtung gehen. Mit Ende März werden die neu gestalteten und an das Modulsystem angepassten Rasterzeugnisse in Begutachtung gehen, um dann mit Juni 2015 in Kraft zu treten.

Curriculum Arzt für Allgemeinmedizin neu

9 Monate Basisausbildung
27 Monate Spitalsturnus:
9 Monate Innere Medizin
3 Monate Kinder- und Jugendheilkunde
3 Monate Frauenheilkunde- und Geburtshilfe
3 Orthopädie und Traumatologie
3 Monate Neurologie
3 Monate Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin
3 Monate aus einem der folgenden Fächer:
Haut- und Geschlechtskrankheiten
HNO
Augenheilkunde und Optometrie
Urologie
Anästhesiologie und Intensivmedizin
6 Monate Lehrpraxis



Foto: fotolia © Andres Rodriguez

Vogel-Strauß-Politik rächt sich



Dr. Arthur Wechselberger

Seit Jahrzehnten wird die Ärzteschaft nicht müde, auf Verletzungen des Arbeitszeitgesetzes, die Notwendigkeit der Entlastung der Ambulanzen und auf den drohenden Ärztemangel hinzuweisen.

Ebenso lange ist der Systemfehler evident, der die Spitalsärzte zwingt, gegen ein geringes Grund-

gehalt zu arbeiten und sich die „Butter aufs Brot“ durch Überstunden oder Nachtdienste dazu verdienen zu müssen. Nun drohen die neuen Arbeitnehmerschutzbestimmungen des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes nicht nur diese Zuverdienstmöglichkeit zu kappen, sondern zudem auch die Einhaltung der gesetzlichen Zeitvorgaben noch mehr zu erschweren.

Die Arbeitsverdichtung in der Regelarbeitszeit, die berechnete Forderung nach leistungsge-rechten Gehältern aber auch die Konkurrenz-situation zwischen den Krankenhäusern im

In- und im Ausland erfordern frischen Wind in den Gehaltsdiskussionen.

Nach lethargisch verstrichenen Wochen des Zu-wartens und des Versuchs des Durchtauchens der Krankenhausträger ist es nun höchste Zeit, Gehaltsvereinbarungen zu treffen, die die Versorgung in gewohnter Qualität sicherstellen. Dazu müssen Gehälter wie in vergleichbaren Ländern gezahlt werden und auch die Arbeitsbe-dingungen den in- und ausländischen Vorbildern angeglichen werden.

...

Lektionen in politischer Bildung



Dr. Christoph Brezinka

Politische Bildung soll es ab der 5.Schulstufe als eigenes Schulfach geben.

Wenn das bis zum Herbst eingeführt wird, dann stehen jene, die in den Genuss dieses Unterrichts gekommen sind, unge-fähr ab dem Jahr 2030 am Anfang der Berufs-laufbahn, wenn sie sich

z.B.entschließen, Medizin zu studieren. Allerdings brauchen wir den heute Zehnjährigen um diese zusätzliche Ausbildungsmöglichkeit nicht allzu neidig sein – denn wir bekommen den Unterricht in politischer Bildung von unseren Dienstgebern täglich gratis geliefert. Besonders dann, wenn der Dienstgeber der Bund ist und die Verantwortlichen im Wissenschaftsministerium sind.

Lektion 1) Unis, an denen sachlich und konstruktiv Betriebsvereinbarungen aushandelt werden, kann man getrost ignorieren, Zuwendung, vor allem in Form von Geld, bekommen Uni-Stand-orte an denen ordentlich gestampft und gebrüllt wird. Nur so ist es erklärbar, dass den ÄrztInnen des AKH und der Med Uni Graz vom Ministerium eifertig Zulagen außerhalb aller Kollektivverträge und des Beamtenbesoldungsrechts zugesichert werden, während die medizinische Universität Innsbruck und ihre Ärzte nicht einmal erwähnt wird.

Lektion 2) Unis, die sich dem Willen des Ex-Ministers nicht fügen, stehen auf der schwarzen Liste – das institutionelle Gedächtnis reicht bis Metternich zurück. Minister Töchterle wollte un-

bedingt, dass die Med Uni Innsbruck von der Leopold-Franzens Universität inhaliert wird. Die LFU hätte das Biozentrum am Innrain mit all seinen Impact Faktoren für das Shanghaier Uni-Listing zur Gänze bekommen und hätte die Kliniken der Tilak geschenkt. Das brauchte man politisch als Vorbild für die medizinische Fakultät Linz – der Bund finanziert ein paar Molekularbiologen mit ihren Zellkulturen und Nacktmäusen, das Land übernimmt alle Kliniken und darf dafür auf jeden Briefkopf und jedes Türschild „Universitäts ...“ draufschreiben und bekommt auch noch jedes Jahr zig Millionen unter dem Titel des klinischen Mehraufwandes.

Aus der Sicht der Landeshauptleute und des Ministers eine perfekte win-win Situation. Deshalb waren und sind sie so stinksauer, weil die Betroffenen an der medizinischen Universität Innsbruck –Rektorat, Senat, Unirat und Kurien – nicht mitspielten und dadurch das Linzer Projekt zum verkrampten und belächelten Alleingang machten. Alt-Minister Töchterle unterrichtet längst wieder Latein, aber die ehemaligen k.u.k. Institutionen sind nachträ-gerisch: es bekam in den letzten Jahren keine Uni so wenig Geld – durchaus im Vergleich zu den anderen Unis proportional gerechnet – wie die medizinische Universität Innsbruck. Und während man für die Anliegen des AKH und der Med Uni Graz am Minoritenplatz sehr hellhörig ist, wird Innsbruck geflissentlich ignoriert – die waren ja schließlich schlimm!

3) Wer auf Einhaltung europäischer Normen besteht, kriegt strafweise weniger Geld.

Das betrifft nicht nur die sattsam diskutierten Bestimmungen des an die EU-Arbeitszeitrichtlinie ange-passsten Krankenanstaltenarbeitszeitgesetzes,

sondern auch Vordienstzeiten bei Beamten. Da hatten Beamte sich erfrecht, auf Anrechnung von Vordienstzeiten zu klagen und bekamen beim EU-Gerichtshof Recht. Darauf beschloss der Nationalrat am 21. Jänner 2015 unter Bruch aller sozialpartnerschaftlichen Konventionen in einer Nacht und Nebel-Aktion (das Gesetz wurde vom Bundeskanzleramt an einem langen Sitzungstag um 23 Uhr eingebracht) alle Bundesbediensteten pauschal in die nächstniedrige Gehaltsstufe der selben Dienstklasse überzuleiten was in der Lebensverdienstsumme einiges ausmacht.

Die Richter und Staatsanwälte hatten dies unglaublich schnell heraus und führten bereits zwei Tage später, am 23.Jänner 2015, einen bundesweiten Verhandlungs-Streik durch. Zu diesem Zeitpunkt hatten die Vertreter aller anderen Bundesbediensteten, auch der Hochschullehrer, noch nicht einmal die E-mails gelesen, in denen sie über diese Veränderungen informiert wurden. Erst durch den Richterstreik wurde dieser nächtliche Handstreich im Parlament einem größeren Publikum bekannt. Die Richter bekamen von der Bundesregierung auch gleich zugesichert, dass man es bei ihnen nachrechnen und nachbessern werde und es keinesfalls zu einer Schlechterbezah-lung kommen würde. Aber eben nur die Richter...

Das Jahr ist erst so kurz, aber wir haben schon jede Menge Lektionen in politischer Bildung in didaktisch höchst einprägsamer Form geliefert bekommen! Wir werden uns bemühen, gute Schüler zu sein und das Gelernte zügig und um-fassend im praktischen Leben anzuwenden – das ist ja schließlich das Ziel einer jeden Bildung, vor allem der politischen ...

Dezember 2008:

Gesamteuropäische Ärzte-Demo gegen Aufweichung der europäischen Arbeitszeitdirektive vor dem Europaparlament in Strassburg

Fast hätte es die europäische Arbeitszeitdirektive nicht gegeben, beziehungsweise sie wäre so abgeschwächt worden, dass europäische Ärztinnen und Ärzte für die nächsten weiteren 50 Jahre Endlos-Dienste hätten schieben können.

Die britischen Konservativen und der spanische Partido Popular hatte eine Initiative eingebracht, die Zeit, die Spitalsärzte in Arbeitsbereitschaft im Krankenhaus zubringen, aber nicht nachweislich arbeiten, einfach nicht als Arbeitszeit zu rechnen.

Das hatte im Herbst 2008 gute Chancen im Europaparlament eine Mehrheit zu bekommen. Am Tag der entscheidenden Sitzung des Sozial-Ausschusses des Europaparlaments hatte die Dachorganisation der europäischen Ärzteorganisationen zu einer Spitalsärzte-Demonstration vor dem Europaparlament in Strassburg aufgerufen. Ärztedelegationen von Portugal bis Polen kamen, alle mit weißen Mänteln oder grünen OP-Gewändern sowie mehr oder minder expliziten

Transparenten und Tafeln. Die Polen hatten sich Schilder umgehängt mit dem französischen Text „ich, Krystyna, Kinderchirurgin, arbeite mehr als 290 Stunden im Monat“ und so weiter, quer durch die Fachgebiete.

Weit kam der Demonstrationzug nicht, an der Brücke vor dem Parlamentsgebäude hatte die französische Polizei Sperrzäune errichtet, da standen wir im nassen Gras und froren im Nieselregen. Erfolg hatte der Zug aber doch, der Antrag auf Aufweichung der Arbeitszeitdirektive für Spitalsärzte fand im Europaparlament doch keine Mehrheit. Die Plakate und Fahnen konnten eingerollt und für die Heimfahrt verstaubt werden. Wenn man sich manche Meldungen im Winter der Unzufriedenheit 2014/2015 anhört, wäre es vielleicht besser gewesen, wenn alle Spitalsärzte gemeinsam – Bulgaren, Belgier, Italiener, Österreicher und Spanier – für den Antrag der britischen Konservativen demonstriert hätten, damit alle weiter endlos im Spital arbeiten können, wie unsere Altvorderen.



Tiroler Mitglieder der österreichischen Delegation

Es war genau genommen nicht die „depperte EU“, die den arbeitseifrigen Ärzten mit leistungsfeindlichen Arbeitszeitbeschränkungen in den Rücken gefallen ist, wenn es nach der EU gegangen wäre, hätten die Spitalsärzte ruhig weiter buckeln dürfen. Tatsächlich kam die Unterstützung der EU Arbeitszeitdirektive in der derzeitigen Form von den Spitalsärzteorganisationen aller Mitgliedstaaten. Auch aus den Mitgliedstaaten, die dann sechs Jahre, von 2008 bis 2014 brauchten, um sie endlich in ein Gesetz einzuarbeiten ...

Christoph Brezinka

Neue Richtlinie für Qualitätszirkel



Qualitätszirkel sind ein wertvolles Instrument der Qualitätssicherung.

Sie analysieren Themen des eigenen Arbeitsbereiches unter Anleitung eines geschulten Moderators. Dabei versteht man unter Qualitätszirkeln Kleingruppen von 5-12 Personen mit gemein-

samer Erfahrungsgrundlage, die sich regelmäßig, freiwillig, kollegial, themenzentriert, ziel- und erfahrungsbezogen treffen, um sich strukturiert die Sicherung und Verbesserung der Qualität ihrer Arbeit zum Ziel zu machen. Die Teilnahme an Qualitätszirkeln wird von der Ärztekammer auch mit DFP-Punkten belohnt.

Um einen einheitlichen Qualitätsstandard in der Qualitätszirkelarbeit sicher zu stellen, hat das Fortbildungsreferat Richtlinien aufgestellt und dem Vorstand der Ärztekammer zum Beschluss vorgelegt.

Ein Qualitätszirkel kann von jedem Arzt und jeder Ärztin gegründet werden, welche über ein Moderatorentaining zur Führung ärztlicher Qualitätszirkel verfügen. Für die Leitung eines Qualitätszirkels zahlt die Ärztekammer ein Honorar von € 175,- pro Sitzung.

Eine Approbation für Qualitätszirkel erfolgt immer für das laufende Kalenderjahr. Nicht approbierte Qualitätszirkel können nicht als Qualitätszirkel im Sinne dieser Richtlinie anerkannt werden und erhalten damit auch keine DFP-Punkte.

1. Der Qualitätszirkel muss für das Diplomfortbildungsprogramm der Österreichischen Ärztekammer approbiert sein.
2. In der Regel werden nur die jährlich im Vorhinein approbierten Termine honoriert. Sollten zusätzliche Termine erforderlich sein, sind diese zeitgerecht zur Approbation vorzulegen.
3. In der Regel sollen 5 bis maximal 12 Teilnehmer bei einem Qualitätszirkel anwesend sein.
4. Der Qualitätszirkel darf nicht von Firmen gesponsert werden. Die Inhalte sind unabhängig von wirtschaftlichen Interessen Dritter zu halten.

5. Die Moderation obliegt ausschließlich dem namhaft gemachten Moderator, dem das von der Ärztekammer beschlossene Honorar zusteht. Zusätzlich anfallende Kosten (wie z.B.: Fahrtkosten, Gastreferenten) werden nicht entschädigt.
6. Vom Moderator sind den Teilnehmern Teilnahmebestätigungen auszuhändigen. Die online Punktbuchungen für das DFP erfolgen über die Ärztekammer.
7. Die Eintragung der DFP-Punkte erfolgt, sobald der Ärztekammer ein Kurzprotokoll über und eine Teilnehmerliste des jeweiligen Qualitätszirkels vorliegt.

Kurz berichtet

Sterbehilfe: Österreichische Ärztekammer einstimmig dagegen

Die Österreichische Ärztekammer hat sich im Dezember in ihrer Vollversammlung einstimmig gegen die aktive Sterbehilfe in Österreich ausgesprochen. Ebenso einstimmig hat das höchste Ärztegremium den Ausbau der Palliativmedizin befürwortet. Es sei nicht die Aufgabe der Ärzteschaft, den Tod kranker Menschen auf Wunsch gezielt herbeizuführen, heißt es in der Begründung der Entschließung des österreichischen Ärzteparlaments. Leben zu beenden, widerspreche dem ärztlichen Berufsethos und dürfe nicht Bestandteil ärztlichen Handelns sein. Vielmehr sei es die Pflicht jedes Arztes, Leben zu erhalten und Sterbende palliativmedizinisch zu begleiten.

Fortpflanzungsmedizin:

Entwurf für Ärztekammer „ausgewogen“

Ärztekammerpräsident Artur Wechselberger bezeichnete die mittlerweile vom Nationalrat beschlossene Novelle zum Fortpflanzungsmedizinengesetz als eine ausgewogene, sinnvolle Anpassung, die auch ethisch vertretbar sei.

Die neue Gesetzeslage sieht etwa die Möglichkeit von Samenspenden für lesbische Paare, Eizellenspenden sowie in bestimmten Fällen von Präimplantationsdiagnostik vor. Für den Ärztekammer-Präsidenten handelt es sich dabei um eine angemessene Anpassung an die medizinischen Möglichkeiten und die Bedürfnisse der Menschen, die auch die Vorgaben des Verfassungsgerichtshofes sowie des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte berücksichtigt.

Breites Aufgaben- und Einsatzgebiet für ArbeitsmedizinerInnen

Statistik Austria erhob das Gesundheitsrisiko im Berufsleben: Sieben von zehn Erwerbstätigen (73,3 Prozent) gaben körperliche Risikofaktoren an, vier von zehn (40,3 Prozent) beschwerten sich über zumindest ein psychisches Risiko. Jeweils gut ein Viertel der Arbeitskräfte muss mit schweren Lasten hantieren, schwierige Arbeitshaltungen einnehmen und/oder ist Unfallgefahren ausgesetzt. Unter dem Einfluss von Lärm, Staub und Hitze arbeitete mehr als ein Fünftel. Rund 15 Prozent waren bei der Ausübung ihres Berufs Kälte ausgesetzt, etwa zwölf Prozent mussten mit chemischen Stoffen umgehen.

Als häufigste psychische Belastung wurde von

gut 38 Prozent großer Zeitdruck bzw. Überbeanspruchung angegeben. Belästigung oder Mobbing wurden von 3,4 Prozent genannt. Besonders viele von psychischen Belastungen Betroffene gibt es im Gesundheitswesen (51,2 Prozent).

Generell beklagte beinahe ein Drittel der Arbeitnehmer durch die Arbeit hervorgerufene Rückenprobleme, etwa ein Fünftel berichtete über Beschwerden mit dem Nacken, den Schultern, Armen oder Händen, bei 16,3 Prozent waren die Hüften, Beine oder Füße betroffen. Etwas weniger oft wurden Stress (5,7 Prozent), Depressionen oder Angstzustände (4,9 Prozent), Lungen- oder Atemprobleme (4,4 Prozent) sowie Herzprobleme (4,4 Prozent) angegeben.

4,2 Prozent bzw. 186.600 Erwerbstätige hatten im Jahr vor der Befragung mindestens einen Arbeitsunfall. Sieben von zehn Opfern waren Männer, die häufigste Ursache war die falsche Handhabung von Maschinen und Werkzeugen. Zeitdruck bzw. hohes Arbeitstempo wurde an zweiter Stelle genannt.

Mutter-Kind-Pass wird reformiert

Das seit 40 Jahren bestehende Mutter-Kind-Pass-Programm wird modernisiert. Im Mittelpunkt soll neben mehr Qualität und einem attraktiveren Angebot die verstärkte Nutzung zur Frühförderung von Kindern stehen, sagten Gesundheitsministerin Sabine Oberhauser und Familienministerin Sophie Karmasin bei einer Auftaktveranstaltung zur Reform in Wien.

Der Mutter-Kind-Pass ist seit 40 Jahren ein Vorzeigemodell im Bereich gesundheitspolitischer Familienleistungen und wurde im Laufe seines Bestehens mehrfach modifiziert und an neue Anforderungen angepasst“, erläuterte Karmasin. Der Erfolg liege auch an der Innovationsfähigkeit des Programms. Das Programm für Schwangere, Babys und Kinder wird aus dem Familienlastenausgleichsfonds des Familienministeriums, vom Gesundheitsministerium und von den Krankenversicherungsträgern finanziert. Zwei Drittel werden aus dem Familienlastenausgleichsfonds gedeckt, mit Ausgaben in der Höhe von rund 39 Millionen Euro im Jahr 2014. Die jährlichen Gesamtkosten betragen derzeit etwa 55 Millionen Euro.

Das ursprüngliche Ziel, durch ein medizinisches Vorsorgeprogramm die Säuglings- und Müttersterblichkeit massiv zu senken, gilt heute als erreicht. „Stark veränderte Lebensrealitäten, ein höheres Alter von Schwangeren, häufigere Mehrlings-

schwangerschaften, das Vorherrschen von Klein- und Kleinstfamilien oder vermehrte psychische Belastungen stellen neue Anforderungen an die Vorsorge für Schwangere und Kleinkinder“, sagte Oberhauser. Rund 99,5 Prozent der Eltern nutzen das Angebot des Mutter-Kind-Passes. „Nun muss es uns gelingen, auch noch den Rest ins Boot zu holen“, meinte Karmasin. „Anreize“ zur Teilnahme waren in der Einführungsphase die Geburtenbeihilfe, später der Mutter-Kind-Pass-Bonus, heute ist sie Voraussetzung für die Auszahlung des Kinderbetreuungsgeldes in voller Höhe.

McDonald neuer Hauptverbandschef

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat einen neuen Vorsitzenden. Der Verbandsvorstand hat im Oktober 2014 wie erwartet den bisherigen geschäftsführenden Obmann der SVA Mag. Peter McDonald einstimmig zum Nachfolger von Hans Jörg Schelling gewählt, der nach einer Regierungsumbildung das Finanzministerium leitet.

Peter McDonald ist Direktor des Wirtschaftsbundes und war bisher stellvertretender Obmann der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft. Im Hauptverband ist McDonald bereits seit 2011 als stellvertretender Vorsitzender der Trägerkonferenz aktiv. Der Tiroler Mag. Martin Schaffenrath ist weiterhin stellvertretender Vorsitzender des Hauptverbandes und damit Vertreter von Peter McDonald.

Deutscher Ärztepräsident lehnt

Gesetzesentwurf zur Suizid-Beihilfe ab

Die deutsche Ärzteschaft lehnt den Vorstoß mehrerer Bundestagsabgeordneter zur Suizid-Beihilfe durch Ärzte entschieden ab. „Dieser Vorschlag mündet in die Freigabe einer aktiven Sterbehilfe“, sagte Ärztepräsident Frank Ulrich Montgomery.

Montgomery verwies darauf, dass der Deutsche Ärztetag 2011 mit Dreiviertel-Mehrheit beschlossen habe, dass Beihilfe zum Suizid keine ärztliche Aufgabe sei. Daher sei die aktive Sterbehilfe über das Berufsrecht verboten worden. Dieser Entscheidung sei eine vierjährige Debatte unter den Medizinern vorausgegangen.

Parlamentarier um Bundestagsvizepräsident Peter Hintze (CDU) und die stellvertretende SPD-Fraktionsvorsitzende Carola Reimann hatten ein Positionspapier vorgelegt, in dem eine Regelung zur Suizid-Beihilfe im Bürgerlichen Gesetzbuch vorgeschlagen wird.

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