

Interimismus. DIE NEUE KRANKHEIT

**DAS INFORMATIONSMEDIUM DER
INTERESSENGEMEINSCHAFT
ANGESTELLTE ÄRZTE**



**IGÄÄ
Cirkular**

LEHRPRAXIS NEU

IGAÄ arbeitet an zukunftsweisendem Konzept für TurnusärztInnen

SONDERGEBÜHRENVERHANDLUNG 2005

Sensationeller Verhandlungserfolg

LEITARTIKEL ÄRZTEZENTREN NEU.

Chance oder Gefahr?



IGAÄ

Obmann

Dietmar
Bayer

EINE NEUE KRANKHEIT IST AUSGEBROCHEN: INTERIMISMUS.

Liebe Kollegin,
Lieber Kollege!

Angefangen hat es mit der interimistischen Besetzung des medizinischen Direktors im vorigen Jahrtausend!

Eine österreichische Regel ist, dass das Provisorium ewig hält.....
Wird auch unsere hochgeschätzten

Im Klartext: Notarzt und Rettungen fahren chirurgische Akutpatienten am LKH Mürzzuschlag vorbei nach Bruck an der Mur, die vom ÖBIG vorgegebene Isochrone von 30 Minuten wird dezent ignoriert und man glaubt allen Ernstes, dass die Chirurgie in Bruck den plötzlichen Leistungsanfall abarbeiten kann.

nen Ausdruck für Derartiges: Gefährliche Pflege... Ja, um Himmels willen:

Das lässt die Politik zu, welche bei der Landtagswahl im Herbst allen Ernstes das Vertrauen der Bevölkerung in Form von Stimmen haben will?? Wo sind unsere Damen und Herren Politiker, wer nimmt die Verantwortung wahr?

Das interimistische Besetzen von Führungspositionen hat nun eine systemische Komponente bekommen und feiert fröhliche Urständ'.

Weitere Beispiele des Interimismus gefällig? Primarii werden nicht mehr nachbesetzt, sondern ein sogenannter

Vorstände das Schicksal ereilen, ohne Vertrag weiterhin interimistisch agieren zu dürfen?

Wozu hat man dann die interimistisch bestellten Vorstände nach der Ära Fankhauser/Martetschläger nicht gleich belassen?

Wichtig scheint jedoch, dass die Politikberater Konzepte liefern, die – wie am Beispiel der Chirurgiereform Mürzzuschlag/Mariazell ersichtlich – allesamt am grünen Schreibtisch geschrieben wurden.

Der Clou dahinter: Man verschiebt künstlich Leistungen (natürlich auch vom Schreibtisch aus) von Mürzzuschlag nach Bruck an der Mur und sagt dann, dass in Mürzzuschlag eine bedarfsorientierte Personalplanung Platz greifen muss, weil dort ja keine Leistungen anfallen.

Die Bettenmessziffern vom ÖBIG werden für die Region Mürzzuschlag/Mariazell ebenfalls nicht eingehalten, Dienstposten werden drastisch eingespart, der Chirurg im Nachtdienst darf mit seinen Händen operieren und muss sich mit seinen Füßen selbst die Hackeln halten, weil die Beidienste nicht besetzt werden.

Die Narkoseärzte haben gar keine Dienste mehr, werden nur mehr tagsüber eingesetzt, weil in der Nacht ja laut Konzept und Berater keine Leistungen anfallen.

Schnickschnack. So einfach geht's. Und wenn die Augenchirurgie auch noch OP-Kapazitäten in Bruck in Anspruch nimmt, dann wird's nimmer mehr lustig.

Aber das kann man vom grünen Tisch aus ja regeln. In der Pflege gibt es ei-

Superprimar darf gleich über mehrere Abteilungen, räumlich weit getrennt, verantwortlich zeichnen. Ärztliche Direktionen sind interimistisch geführt und so weiter.

Anderswo lacht man sich schief über uns. Wir aber finden nix daran, gehört es zum guten Ton, ein Provisorium zu sein oder hat das System? Ein gefährdendes System?

Mit freundlichen kollegialen Grüßen,
ein sehr nachdenklicher

Dietmar Bayer



IGAÄ

Obmannstellvertreter

Peter Schmidt

365
TAGE IM JAHR

X

24
STUNDEN

**... OPTIMALE PATIENTENVERSORGUNG
TROTZ AUFGEREGTEM STILLSTAND
IN DER POLITIK.**

Liebe Kolleginnen und Kollegen !

Wie ihnen sicher aufgefallen ist, entwickelt sich schön langsam wieder ein uns nur allzu bekanntes Szenario in der Politik und daher auch in der Gesundheitspolitik.

ES GEHT NICHTS MEHR.

Nach halbherzigen Reformen auf Bundesebene und vielen Strukturänderungsvorhaben auf Landesebene wurde seitens Landesrat Ertlitz eine große Nachdenkpause bis in den Herbst 2005 verordnet.

Alles selbstverständlich rein parteipolitisch. Auch auf Bundesebene zeichnet sich eine eventuell vorgezogene Neuwahl ab. **Aber wie sieht's für unsere Patienten und uns Ärzte aus?**

Da kann es natürlich keine „Nachdenkpause“ geben. Trotz Grippewelle, trotz steigender medizinischer Herausforderungen und trotz zunehmender Patientenzahlen versorgen wir wie selbstverständlich 365 Tage im Jahr, 24 Stunden am Tag alle unsere Patienten nach bestem Wissen und Gewissen und halten eines der besten Gesundheitssysteme der Welt (in Relation zur Entwicklung) mit immer knapper wer-

denden Mitteln aufrecht.

Anstatt – von der IGAÄ immer wieder geforderten – adäquaten Einnahmesteigerung im Gesundheitswesen durch breitere Berechnungsbasis oder durch die seitens der IGAÄ immer wieder geforderten Mehreinnahmen im Spital durch adäquate Abgeltung der Privatversicherungsleistung und der ambulanten Leistungen im Spital wenigstens näher zu treten, werden statt dessen Berechnungsmodelle, Kodiermodelle, EDV-Modelle, Verwaltungsmodelle, Strukturmodelle, Reformmodelle von Beratungsfirmen fein aufgeschlüsselt nach Phase eins bis x und Zeitraum 2005 bis 2010 oder 2016 oder gar 2020 vorgelegt.

Zahllose Arbeitsgruppen, Unterausschüsse, Verhandlungsgruppen und Konsengruppen erarbeiten zahllose Ergebnisse, die wieder in die Reform von oben genannten Modellvarianten einfließen. Und so weiter und so fort.

Und warum das Ganze ?

Ganz einfach: Die Politik (alle Parteien!!!) hat einfach Angst, der Bevölkerung zwei Wahrheiten zu sagen:

Dass erstens die Gesundheit in der hohen Form, wie wir sie in Österreich betreiben, Geld kostet und dass wir sie

uns nicht mehr leisten können, wenn nur auf die bisherigen Mittel zugegriffen werden kann.

Dass zweitens ALLE Reformen, Modelle und Berechnungen NUR dem Zweck dienen, zu rationalisieren.

Wir seitens der IGAÄ werden der Politik trotz verordneter Nachdenkpause weiterhin den Spiegel vorhalten und die Wahrheiten weiter kundtun.

Und wir Ärzte werden weiterhin 365 Tage pro Jahr x 24 Stunden am Tag unsere Patienten nach bestem Wissen und Gewissen versorgen.

Aber wir werden die Wahlkampfzeit nutzen, um den Parteien klar und deutlich unsere absolut berechtigten Forderungen nach besseren, leistungsgerechten Grundgehältern, Ambulanzentnahmen und Privatversicherungsabgeltungen auf zu zeigen und eine Verbreiterung der Abgeltungen für den Gesundheitssektor zu fordern. Damit nach der Nachdenkpause die Politik versucht 365 Tage x 24 Stunden für die Gesundheit unserer Bevölkerung zu arbeiten.

Mit freundlichen Grüßen,

Peter Schmidt

ÄRZTEZENTRUM

ÄRZTEZENTREN NEU



IGAÄ

Herwig
Lindner

Im Jahr 2005 wurde der Startschuss für eine Groß-Reform des österreichischen Gesundheitswesens gegeben, die Auswirkungen auf alle Ebenen der Gesundheitsversorgung haben wird. Wir Ärzte müssen uns frühzeitig mit den zu erwartenden Veränderungen auseinandersetzen, solange wir noch die Möglichkeit haben, gestalterisch einzugreifen.

Bei tiefergehender Analyse erweist sich manches, was auf den ersten Blick bedrohlich erscheint, als Chance.

Auf Bundesebene ist die Konstituierung einer Bundesgesundheitsagentur vorgesehen, die durch fortwährende und erfolgreiche Interventionen unserer Landesvertretung in einer gegenüber den ursprünglich geplanten Gesundheitsagenturen nun deutlich abgeschwächten Form implementiert wird. Die nun geplante Bundesagentur wird die Aufgaben eines Fonds haben, nämlich die Leistungsangebotsplanung in allen Sektoren, die Erarbeitung von Qualitätsvorgaben in den einzelnen Segmenten, die Ausarbeitung von Dokumentationsrichtlinien, Leistungsvergütungssystemen und Rechnungsabschlüssen und ganz besonders die Entwicklung eines „Nahtstellen“-Managements.

Die letzte der aufgezählten Aufgaben wird im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen als vorrangig angesehen, weil in den zehn Jahren LKF die Reibfläche intramural zu extramural immer mehr zu einer Schnitt-

fläche wurde, wo sich eine Drehtürmedizin erster Güte entwickeln konnte. Die Patienten liegen immer kürzer im Spital, haben damit vor allem bei der zunehmenden Multimorbidität älterer Menschen keine Zeit mehr für eine ausreichende Rekonvaleszenz – und je schneller sie entlassen werden, desto schneller sind sie auch wieder im Spital. Diese Entwicklung belastet nicht nur das Personal auf den Stationen gewaltig, sie führt auch dazu, dass die Ambulanzen aus allen Nähten platzen. Allein in der Steiermark haben die Patientenfrequenzen in den Spitals-Ambulanzen in den letzten fünf Jahren von 570.000 im Jahr 1998 auf 661.000 im Jahr 2003 zugenommen.

Die Kapazitäten sind erschöpft. Fast täglich wird nach einer Entlastung der Spitalsambulanzen gerufen.

Dies auch unter dem Gesichtspunkt, dass das ärztliche Personal nach KAAZG-Erfordernissen oder nach Bet-

ten berechnet wird und die Ambulanzen nur selten in der Personalbedarfsberechnung berücksichtigt werden.

Was also tun? Da der Schnittstellenbereich derzeit sicher einer der größten Problembereiche ist, besteht gerade hier Handlungsbedarf. Vor allem wenn man – wie dies gerade in einigen Spitälern passiert – das Leistungsangebot herunterschraubt, muss zeitgleich zur Bedeckung der auch nicht durch viele schöne Worte wegzudiskutierenden Versorgungsnotwendigkeiten der Bevölkerung eine alternative Struktur aufgebaut werden. Diese alternative Struktur können Ärztezentren NEU/ Medizinische Versorgungszentren sein. Sowohl prähospital als auch posthospital kann dieses Missing Link wesentlich zu einer weiterhin qualitativ hochwertigen Patientenversorgung beitragen.

Damit die Schnittstelle wieder zur Nahtstelle werden kann, hat das Bundesministerium zwischen intramuralem und extramuralem per Gesetz einen Kooperationsbereich geschaffen, welcher als zentrale Aufgabenstellung die Versorgung von Menschen übernehmen soll, deren Leiden nicht so gravierend sind, als dass sie in eine Spitalsambulanz gehören würden, aber auf Grund der Besonderheiten einer Entität auch nicht in der „Einzelkämpfer“-Praxis versorgt werden können, weil etwa die Kosten auf Grund einer hohen Vorhaltekapazität zu hoch wären oder Behandlungsmöglichkeiten derzeit ganz fehlen. Dazu kommen knapp 50% der Patienten außerhalb der Regeldienstzeit in eine Akutaufnahme, wenn die Praxen der niedergelassenen Ärzte geschlossen haben.

Damit das Kind auch leben kann, gibt ihm das Ministerium auch eine Mitgift in Form von 1% aller Ausgaben im Gesundheitswesen für 2005 und 2006 und 2% ab 2007 mit. Dabei ist es erklärtes Ziel des Ministeriums, dass dieser Reformpool nicht zum Stopfen von

Budgetlöchern bereits bestehender Strukturen verwendet wird oder als Dauerfinanzierung in der Abgangsdeckung von Spitälern verschwindet. Darauf werden auch die Kassen achten, weil sie den Reformpool mitzufinanzieren haben.

In Anbetracht des Abbaus von Spitalskapazitäten, der massiven Unterdeckung der Spitalsambulanzen, des immer mehr steigenden Bedarfs an ambulanter Versorgung und der erklärten Absicht des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, den Kooperationsbereich ausbauen zu wollen, sehen wir es als große Chance für uns Ärztinnen und Ärzte, Ärztezentren zu entwickeln, in denen wir auf eigene Rechnung die Patientenversorgung übernehmen. Diese Ärztezentren NEU unterscheiden sich von den bisherigen insofern, als die jetzt bereits bestehenden im Sinne von Logistikgemeinschaften zumeist einen Zusammenschluss von privat tätigen oder Wahlärzten darstellen.

Die neu zu schaffenden Zentren werden einen ganz anderen Versorgungsauftrag haben. Natürlich kann eine gemeinsame Logistik genutzt werden, darüber hinaus sollen sie aber Leistungen übernehmen, die die Spitäler in Zukunft nicht mehr anbieten wollen. Sie sollen aber auch Leistungen übernehmen, die in den bestehenden Praxen aus verschiedensten Gründen nicht angeboten werden können. Sie sollen verlängerte Öffnungszeiten anbieten, um die Spitalsambulanzen außerhalb der Regeldienstzeit, wenn nur noch die Dienstmannschaft im Spital ist, zu entlasten.

Zentrale Forderung von uns Spitalsärzten war und ist, dass wir die Möglichkeit erhalten, an den Ärztezentren NEU gleichberechtigt teilzuhaben. Die Österreichische Ärztekammer jedenfalls hat Kammerjuristen mit der Erarbeitung rechtlicher Grundlagen für neue Zusammenarbeitsformen zwischen angestellten und niedergelasse-

nen Ärzten beauftragt.

Geachtet werden muss dabei darauf, dass einerseits Spitalsärzte nicht benachteiligt werden und andererseits die Praxen der „flächenversorgenden“ niedergelassenen Ärzte nicht gefährdet werden. Dies sollte durch eine bedarfsgerechte Leistungszuordnung zu gewährleisten sein.

Eine kluge Gesundheitsreform betrachtet niemals einen Sektor allein, sondern blickt über die Mauer drüber – oder reißt sie ein. Die Restrukturierung in den Spitalslandschaften der Bundesländer kann nur erfolgreich sein, wenn man den niedergelassenen Sektor mit einbezieht.

Für uns Ärzte ist der Kooperationsbereich in der Gesundheitsreform eine große Chance, weil wir aktiv mit unserem Know-How die Planung und Schaffung einer bedarfsgerechten Struktur für die Patienten direkt übernehmen können. Wir können wesentlich dazu beitragen, dass die Versorgungssicherheit der Bevölkerung gehalten und verbessert wird. Die Menschen werden diese neuen Versorgungsstrukturen in Form von Ärztezentren NEU in den Regionen in Zukunft brauchen, und wir Ärzte haben die Chance in einer Struktur tätig zu sein, die sich auch in unserer eigenen Verantwortung befindet.

Voraussetzung ist aber, dass die neue Zusammenarbeitsform zwischen angestellten und niedergelassenen Ärzten als Ärzte-Ges.m.b.H. im Gesetz niedergeschrieben wird, die sich fest in der Hand der Leistungserbringer befindet, und dass wir keine Angst davor haben, die Ärztezentren NEU selbst aufzubauen, bevor schlaue Gesundheitsökonomien dieses Geschäftsfeld für sich entdecken und die Steiermark mit einer Kette von Ärztezentren überziehen.

Mit freundlichen Grüßen

H. Lindner





IGAÄ

Roland
Weinke

NEUES AUS DEM REFERAT FÜR POSTPROMOTIONELLE MEDIZINER (1. ÖH - TERMIN)

Am 18.01.2005 wurde ein für mich lang gehegter Wunsch nun endlich in die Tat umgesetzt.

In den Räumlichkeiten der ÖH für Mediziner, am Gelände der MUG, fand die erste offizielle Ärztekammer Info-Veranstaltung für Studenten/innen des 3. Abschnittes statt.

Ich habe mir eine Teilnehmeranzahl von ca. 20 Kollegen/innen erwartet, gekommen sind weit über 50, der Raum war zum Bersten voll.

Ein Wunsch und Anliegen war es mir deshalb, weil sich in den letzten Jahren die Umstände in „Studium fertig – was nun?“ doch deutlich geändert haben.

Ein „frischgebackener“ Kollege/in hat nach dem Ende des Studiums eine beträchtliche Wartezeit auf den Turnus / FA-Ausbildungsstelle vor sich. Jedenfalls deutlich länger, als dies Mitte der 80er Jahre gewesen ist. Er/sie befindet sich dann in einer Art Vakuum. Nicht mehr Universitätsstudent- noch nicht ordentliches Ärztekammer-Mitglied.

Diesen, wie schon erwähnt, oft jahrelangen Zustand ohne jegliche Information seitens der Ärztekammer über die Ärztekammer zu unterbrechen, war und wird Sinn und Zweck dieser Veranstaltung sein, um den vielen Fragen und der angeregten Diskussion eine feste Plattform zu geben. Die Ärztekammer vertritt zwar nur Ständemitglieder, es ist aber nur recht und billig, als einer der Ärztekammer-Vertreter die zukünftigen Mitglieder über ihre Ständevertretung zeitgerecht zu informieren.

P.S. Der nächste Termin ist für Juni 05 geplant.
Euer Roland Weinke

Interessensgemeinschaft Angestellte Ärzte **FORDERT DRINGEND** die Reform der Ärzteausbildung durch Forcierung/Finanzierung der **LEHRPRAXEN!**

Nach einer eingehenden Analyse der Situation der Lehrpraxis und Bedarfsabschätzung arbeiten die höchsten IG-Vertreter an der Umsetzung einer tiefgreifenden Erneuerung der Ärzteausbildung durch die Forcierung der Lehrpraxen.

Die Gesundheitsreform der Bundesregierung und die angestrebten strukturellen Änderungen der medizinischen Versorgung machen „zeitgerechte und konsequente Maßnahmen“ notwendig, um junge Ärztinnen und Ärzte auf neue, erweiterte Aufgaben in den Ordinationen vorzubereiten. Für eine lehrpraxenzentrierte Ausbildungsreform, die auf das neue Kompetenzspektrum niedergelassener Ärzte in den kommenden Jahren Rücksicht nimmt, ist eine Aufstockung der bisherigen staatlichen Lehrpraxenförderung von derzeit 900.000 Euro auf zehn Millionen Euro jährlich unbedingt erforderlich. Die Finanzierung einer sechsmonatigen Lehrpraxis pro auszubildendem Arzt soll aus dem Reformpool der jüngst geschaffenen Landesgesundheitsfonds erfolgen. Dieser Pool wurde im Zuge der Gesundheitsreform eingerichtet, um innovative Strukturentwicklungen voranzutreiben. Nach Umsetzung der Gesundheitsreform wird gerade dem Arzt für Allgemeinmedizin eine zentrale Rolle zukommen. Der wohnortnahe Hausarzt, der auch mit den sozialen und fami-

liären Bedingungen vertraut ist, wird den Patienten durch die verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems zu führen haben.

Diese wichtige Funktion verlangt auch eine breitere Ausbildung.

Die Absolvierung einer vorrangig allgemeinmedizinischen, jedoch auch fachärztlichen Lehrpraxis ist für angehende Ärztinnen und Ärzte **unverzichtbar, um sich für die Zukunft hinreichend auf die inhaltlichen, qualitativen, strukturellen und menschlichen Erfordernisse eines Ordinationsbetriebes vorzubereiten.**

Erschreckend ist das politische Desinteresse an einer zeitgemäßen Ärzteausbildung – die Lehrpraxen führen ein Mauerschuldendasein. Die Lehrpraxis-Ausbildung wird in Österreich immer unattraktiver, die Spitalerhalter kommen ihrer Ausbildungsverpflichtung nicht immer bedarfsgerecht nach, die Qualität ist unbefriedigend, unsere TurnusärztInnen werden immer weniger direkt am Patienten ausgebildet, die Politiker schauen tatenlos zu, wie unser Gesundheitssystem in eine gefährliche Ecke schrammt.

Da sich die Anforderungsprofile von Ordination und Krankenhaus in einigen maßgeblichen Inhalten unterscheiden, sind viele Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung mit einer modernen allgemeinmedi-

zinischen Praxisorganisation zu wenig oder gar nicht konfrontiert. Frau Bundesminister Rauch-Kallat lässt sich national und international zwar als Gesundheitsreformerin (Stichwort: Chefärztspflicht Neu und Gesundheitsagentur) feiern, vergisst aber, dass es nicht nur um eine Systemreform geht, sondern dass in diesem neuen System Menschen arbeiten, die dieses System künftig auch mittragen müssen.

So wichtige Fragen wie die effiziente Zusammenarbeit mit Fachärzten oder Spitälern und die vernetzte Gesundheitsbetreuung zur Lösung von Schnittstellen-Problemen werden im derzeitigen Ausbildungssystem wie Stiefkinder behandelt.

Auch ordinationstypische „Theragnostik“ (Diagnose und Therapie), die Abwicklungen mit der Sozialversicherung, die persönlichere und direkte Kommunikation mit Patienten in einer Praxis kommen damit in der Spitalsausbildung bei Weitem zu kurz.

Die Politik ist daher aufgefordert, umgehend Maßnahmen zu einer anforderungsadäquaten Reform der Ärzteausbildung insbesondere durch die **vollherzige Förderung und Revitalisierung von Lehrpraxen** einzuleiten.

Wir arbeiten in der Österreichischen Ärztekammer intensiv an einem Konzept „Lehrpraxis Neu“, welches im Herbst offiziell vorgestellt wird.

Jahrelang war auf dem Gebiet der Lehrpraxis eine Stase – seitdem Vertreter der IG Angestellte Ärzte das Lehrpraxisreferat in Person von Dizzi Bayer führen, geht auch was weiter.

Wir werden laufend berichten.

DIE REDAKTION
 IGAÄ

CHIRURGIEREFORM

Am 14. April, ganze 2 Wochen nach der Gründonnerstagsversammlung im LKH Mürzzuschlag, fand bereits der erste Gipfel zur Chirurgiereform Mürzzuschlag/Mariazell/Bruck a.d. Mur in der Kages-Zentrale statt.

In dieser Verhandlung wurde den Kages-Vorständen ein langer Katalog an Folgefragen vorgelegt wie auch ein konkretes Reformpaket, wie man diese Reform lebbar machen kann.

Die Spitalsärzte aus den genannten Häusern haben das Reformpapier gemeinsam mit der Ärztekammer für Steiermark erarbeitet.

Es konnte in zwei Punkten bereits Konsens erzielt werden: 1. Es wird keine Kündigungen geben. 2. Das Notarztwesen wird weiterhin von der Kages getragen, es wird entgegen konkreten Gerüchten und Behauptungen keine Änderungen geben.

Einen Erfolg hat die Ärztekammer zusätzlich erreicht: Zwei Vertreter der Ärztekammer sind bei den Personalverhandlungen im Zuge der Chirurgiereform einzubinden!

Die IG hat hier wieder federführend bewiesen, dass eine starke Angestelltenvertretung gerade in Zeiten wie diesen direkte Erfolge bewirken kann. Nicht nur für einzelne KollegInnen, sondern auch für ganze Häuser.

Wir nehmen uns kein Blatt vor den Mund und nennen die Dinge beim Namen, auch wenn sie für das Gegenüber unangenehm sind.

STANDESPOLITIK

Wir verzichten darauf, in unserem Medium fraktionspolitisches Kleingeld zu wechseln, sondern berichten über aktuelle standespolitische Entwicklungen.

Wir laden alle nicht in der Koalition befindlichen Fraktionen zur Mitarbeit ein, nur durch eine starke Solidarität aller politischen Kräfte können wir uns wirkungsvoll gegen die auf uns zukommenden Probleme zur Wehr setzen.

Eine Polarisierung innerhalb der Ärzteschaft schwächt diese, daher:

Gemeinsam sind wir stark!

ZUKUNFT GESTALTEN!

Im Jahr 2004 wurde von Dr. Claudia Wilfinger an Studentinnen der Medizin ein Fragebogen mit folgendem Inhalt ausgeteilt: 77 Studentinnen haben anonym den Fragebogen ausgefüllt, der Durchschnitt befand sich im 10. Semester (range 2 – 20). Insgesamt wurden 217 Vorschläge gemacht (die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf die Anzahl der Vorschläge).

Liebe Studentin,
die Medizin wird zunehmend „weiblich“, wir haben immer mehr weibliche Studienanfänger, und in weiterer Zukunft wird es mehr Ärztinnen als Ärzte geben. In der Ärztekammer machen wir uns Gedanken, wie das Krankenhaus der Zukunft speziell für Ärztinnen mit Familie und Kindern aussehen soll. Es sollen Bedingungen geschaffen werden, die den zukünftigen Kolleginnen mit Mehrfachbelastung die Arbeit am Patienten, in Forschung und Lehre erleichtern.

Ich bitte dich daher um Vorschläge (wenn möglich 3 oder mehr), wie du dir ein ärztinnenfreundliches (familien- und kinderfreundliches) Krankenhaus vorstellen könntest, ohne dass die Qualität der Patientenversorgung leidet.

Flexible Arbeitszeiten (Job Sharing, Teilzeit, Arbeitsstundenaufstockung)	68	(31%)
Kinderbetreuung für Kinder aller Altersgruppen (flexibel, leistungsfähig), auch nachts: Schlafmöglichkeiten für Kinder. Babysitterhintergrunddienst für kranke Kinder.....	66	(30%)
Erleichterung der Arbeit für berufstätige Mütter durch mehr ärztliches Personal, geteilte Wochenenddienste, keine Überstunden, geregelte Pausen, Forschungstätigkeit innerhalb der Arbeitszeit.....	29	(13%)
Problemloser Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess nach Karenz (Förderprogramme, Sicherung des Arbeitsplatzes)	19	(9%)
Familienfreundliche Nachtdienstregelung (Heimgehen nach dem Nachtdienst, Reduktion der Nachtdienste bzw. keine Nachtdienste).....	10	(5%)
Psychologische Betreuung, Balint Gruppen	7	(3%)
Arbeitsplatz in der Nähe des Wohnortes	5	(3%)
Kollegiales Verhalten (Rücksichtnahme auf die jeweiligen Lebensumstände)	4	(2%)
Schutz der Schwangeren, d.h. keine „schwangerschaftsgefährdenden“ Tätigkeiten	3	(1%)
Keine Diskriminierung (Mann - Frau, Mutter - Nichtmutter), gesetzliche Gleichstellung	3	(1%)
Getrennte Umkleidemöglichkeiten.....	2	(1%)
Reduktion der „nicht-ärztlichen Tätigkeiten“ auf ein Minimum	1	

Es wurden auch mehr Parkmöglichkeiten, eine Verlängerung der Karenzzeit und bezahlte Übergangsstellen bis zum Turnusbeginn gefordert. Einige der Vorschläge konnten in der Zwischenzeit verwirklicht werden. Wir freuen uns sehr, dass sich seit Beginn dieses Jahres Turnuskolleginnen einen Arbeitsplatz teilen können. Die Nachfrage soll sehr groß sein.

Abschließend möchte ich mich bei allen Studentinnen bedanken, die bereit waren, ihre Ideen niederzuschreiben. Besonders danke ich der Studentin Iris Scharnreiter, die mir bei der Auswertung der Daten geholfen hat. Iris studiert im 11. Semester und erwartet ihr viertes Kind.

Dr. Claudia Wilfinger

MEDOCS - ARZNEIMITTELCODEX

Die IG Angestellte Ärzte hat aufgrund der Besorgnis erregenden Entwicklung bei medocs eine Resolution in die Kurienversammlung der Angestellten Ärzte eingebracht, welche einstimmig beschlossen wurde. Hierin wird die KAGES aufgefordert, das Roll Out von medocs zu stoppen, und die "Hausaufgaben" zu lösen. Mehr dazu in einem Kurienrundschriften. Wir haben in unserer Kurienverantwortung auch den Gesundheitslandesrat Mag. Erlitz darüber in Kenntnis gesetzt.

Medocs in der Form ist für uns Ärztinnen in der Kages nicht handhabbar. Hier hat der Dienstgeber dringend Handlungsbedarf!! Ebenso kam über Antrag von Präs. Bayer eine weitere Resolution einstimmig zur Abstimmung, was die Untätigkeit der KAGES beim neuen Erstattungskodex (Boxensystem) betrifft.

Auch hier läßt uns die KAGES vollkommen im Nebel stehen. Anstatt an der Schnittstellenproblematik zu arbeiten, erschwert die NICHTINFORMATION die Kommunikation mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen.

Wir haben die KAGES aufgefordert, in jede Arzneimittelkommission einen Kassenvertreter aufzunehmen. Beide genannten Punkte sind Symptome dafür, wie man mit den letztverantwortlichen Leistungserbringern in diesem Unternehmen -KAGES- umgeht. **Mitarbeiter motivierend ist das jedenfalls nicht!**

CHIRURGIEREFORM I - BERATERFRAGE

Seitens der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft kam auf unsere Aufforderung, die Sondergebührenfehlrechnung im Zusammenhang mit Medocs zu regeln, bis dato zwar eine langatmige Antwort zurück, aber eine konkrete Lösung ist noch immer ausständig.

Stattdessen ergeht sich die KAGES offenbar entgegen den Weisungen des Eigentümers (= Gesundheitslandesrat Mag. Erlitz) in weiteren Demontagevorschlägen für periphere Spitäler wie Bad Aussee oder Mürzzuschlag und vergißt dabei, dass es letztlich um finanzielle Strukturänderungen im Promillebereich und primär um Patienten geht. Die wahren Probleme bleiben aber ungelöst. Ein lebbares Gesamtkonzept liegt nicht vor, es stellt sich die Frage nach der Effizienz der Berater.....

Letztlich ein Berater, der die MUG berät und gleichzeitig die KAGES? Selbst, neue Geschäftsfelder in der Steiermark erschließt....? Der medizinische Direktor wurde im letzten Jahrtausend interimistisch bestellt, somit sollte man die ärztliche Vertretung in der KAGES-Direktion auch hinterfragen bzw. gleich neu besetzen und eine ärztliche Leitfigur als medizinischen Direktor installieren.

CHIRURGIEREFORM II – MÜRZZUSCHLAG

Im Zuge der Chirugiereform zeigt sich, dass der Vorstand der KAGES sich offenbar über die Vorgaben des Eigentümers hinwegsetzen möchte.

Dies hat eine Spitalsärzteversammlung im LKH Mürzzuschlag am Gründonnerstag ergeben.

Die IG ANGESTELLTE ÄRZTE stellt folgendes klar: „Wir sind für eine durchdachte Reform der sogenannten kleinen Chirugien, wenn jedoch mit diversen ökonomischen und personaltechnischen Tricks versucht wird, künstlich den Bedarf an Operationen auszudünnen, dann bedeutet das eine Gefährdung der Versorgung der Bevölkerung.“

In der Gründonnerstagsversammlung wurde ein Verhandlungsteam aus Ärzten der betroffenen Häuser (Bruck/Mur sowie Mürzzuschlag/Mariazell), der Ärztekammer und dem Betriebsrat gebildet. Es geht unter anderem darum, soziale Katastrophen bei den Ärztinnen und Ärzten (Letztlich allen Mitarbeitern) zu vermeiden, sowie eine lebbare und umsetzbare Reform zustande zu bringen. Es wird nochmals klar gestellt, dass die Ärzteschaft sich nicht gegen eine Reform stellt, jedoch muss sie offen, ehrlich und transparent in die Planung und Umsetzung eingebunden werden. Die Rolle der Politikberater ist in diesem Zusammenhang nochmals zu hinterfragen, das Reformkonzept muß von

den praktisch tätigen Professionisten mitgetragen werden und darf nicht am grünen Tisch geplant werden, sonst ist es zum Scheitern verurteilt.

Ein erster Erfolg aus der Spitalsärzteversammlung ist bereits in der Kleinen Zeitung zu lesen gewesen: Die KAGES will mit der Ärztekammer verhandeln.

Die IGAÄ nimmt Anteil am schmerzlichen Verlust von

DR. MICHAEL HASIBA

Dr. Hasiba war durch seine jahrelange Tätigkeit im Fortbildungsreferat in der Ärztekammer für Steiermark ein landesweit bekannter und beliebter Kollege.

Die Ärztekammer verliert mit Ihm einen wegen seiner Kompetenz und Freundlichkeit sehr geschätzten Kollegen.



Rückenschule
Herz-Kreislauftraining
Abnehmen
Bodyforming
Beauty & Wellness
Kinderbetreuung



INJOY Graz Nord 0316/391836
INJOY Graz Süd 0316/244144

Kompetenz harmoniert mit Können.



Dagmar TRILLER

Kaiserfeldgasse 29 | 8010 Graz
(im Haus der Ärztekammer für Stmk.)

T +43(316)325055-0

F +43(316)325055-4

E dagmar.triller@basler.co.at

www.basler.co.at

In Versicherungsangelegenheiten für Ärzte spielt Herr **Wilhelm Zieger** schon seit 25 Jahren die erste Geige. Und jetzt hat er noch ein zweites Talent entdeckt, neben seinem eigenen: Es heisst Frau Dagmar Triller, hat 15jährige Erfahrung auf der Bühne des Bankwesens und liebt nichts mehr als

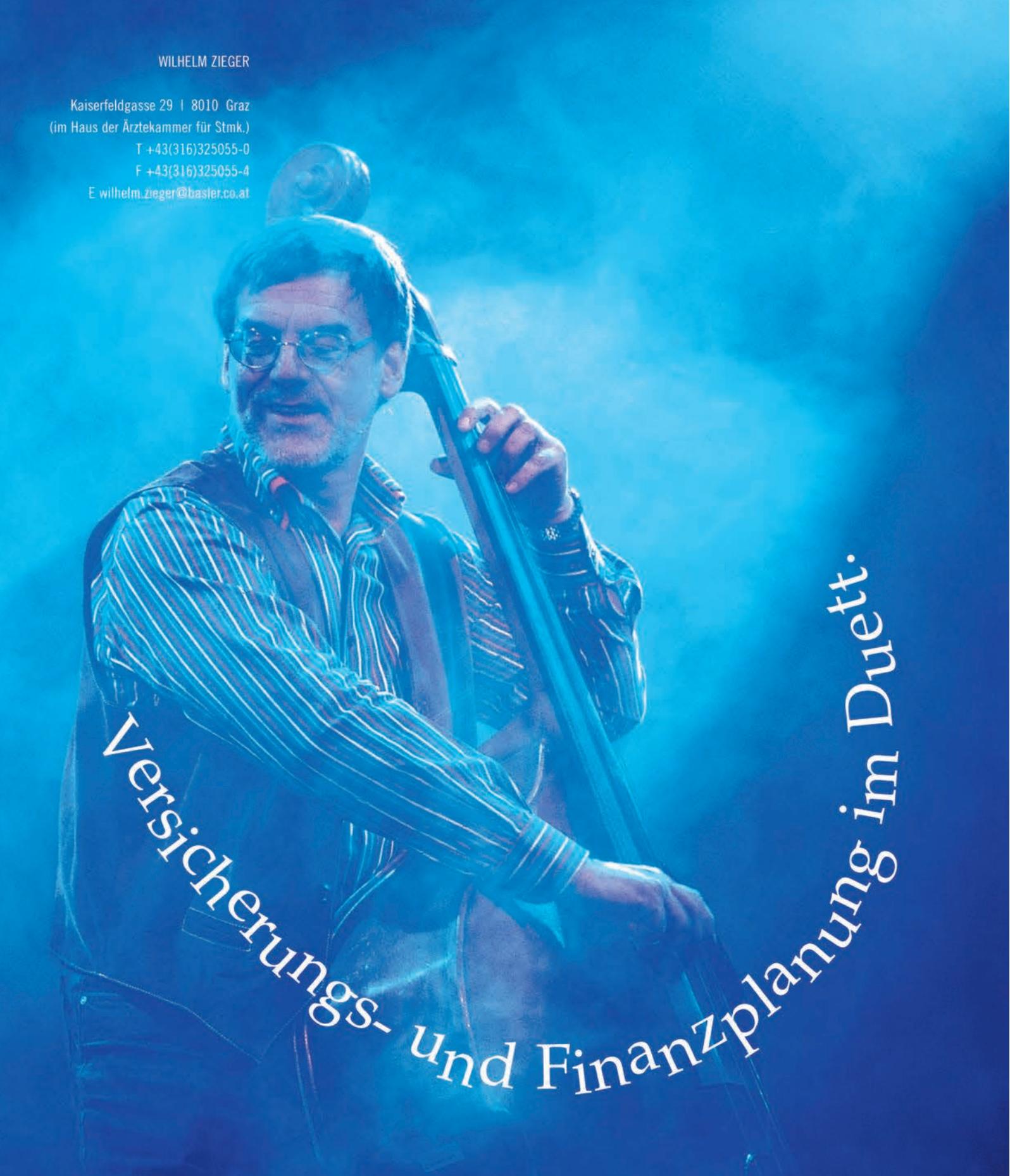
WILHELM ZIEGER

Kaiserfeldgasse 29 | 8010 Graz
(im Haus der Ärztekammer für Stmk.)

T +43(316)325055-0

F +43(316)325055-4

E wilhelm.zieger@basler.co.at

A man with glasses and a beard, wearing a striped shirt and a dark vest, is playing a double bass. He is smiling and looking towards the camera. The background is a soft, blue, hazy light. The text "Versicherungs- und Finanzplanung im Duett." is written in a white, serif font, curving around the man and his instrument.

Versicherungs- und Finanzplanung im Duett.

den Applaus. Für ihre exzellente Darbietung als Finanzexpertin für Ärzte. Schon bald werden neue und bestehende Kunden in höchsten Tönen von ihr schwärmen. Am besten hören Sie ab sofort auf Ihr harmonisches Experten-Duo für Versicherungs- und Finanzplanung: Herr Zieger und Frau Triller.

 **Basler**
Versicherungen
Ärztendienst

SONDERGEBÜHRENVERHANDLUNGEN 2005

Geschichte eines sensationellen Erfolgs

Liebe Kolleginnen!
Liebe Kollegen!

Die Verhandlungen mit den Privatkrankenversicherungen waren immer eine überaus zähe und oft unerquickliche Angelegenheit.

In den vergangenen Jahren wurde den Ärzten nie eine höhere Steigerung der Arzthonorare als 1 oder 1,5 Prozent zugestanden. In diesem Licht war das Ergebnis, welches wir 2004 ausverhandelten, mit einer Steigerung von 2,5% bereits ein Riesenerfolg.

Doch was geschah bei den Verhandlungen für 2005?

Im Gebührenausschuss der Kurie der Angestellten Ärzte wurde als Forderung für 2005 eine Anhebung der Arzthonorare um 5% festgelegt.

Mit dieser Forderung im Gepäck begaben wir uns am 19.11.2004 in die Verhandlung mit PKV und KAGes.

Nach Austausch der Standpunkte wurde von der PKV (=Versicherungsverband Österreichs) das Angebot unterbreitet, die Leistungsabgeltung für alle Arzt-Leistungen um 7% anzuheben mit Ausnahme der §5 Abs.9 – Leistungen (das sind die Sonographien, etc.), der radiologischen und Laborleistungen. Diese sollten eingefroren werden.

Dieses Angebot wurde von uns abgelehnt, es kam zu heftigen Diskussionen, die Sitzung wurde unterbrochen.

In einer nun folgenden Beratung mit der KAGes – die Ärztekammer hat kein direktes Verhandlungsmandat – wurde von Vorstandsdir. E. Hecke klargelegt, dass man unsere Forderung voll unterstützen werde, in weiterer Folge jedoch per Landesverordnung eine höhere Beteiligung an den Arztgebühren erreichen wolle.

Nach der Unterbrechung folgten Gegenangebote und neue Angebote. Schliesslich wurde vom PKV-Chefverhandler Direktor Karl ein deutlich besseres Schluss-Angebot gelegt, wobei die Vertreter der Versicherungen unmissverständlich klar machten, dass für sie eine differenzierte Anhebung *conditio sine qua non* ist.

Mit diesen nun doch wesentlich angenäherten Standpunkten ging man auseinander.

Zahlreiche Interventionen und Telefonate folgten, in vielen Stunden wurden von uns die Systemfolgen berechnet.

In zahlreichen Gesprächen konnten wir die PKV doch von dem vorhandenen Nachholbedarf bei den Sondergebühren in der Steiermark überzeugen und für 2005 einen Abschluss mit einer Anhebung der Arzthonorare nun inklusive §5 Abs. 9-Leistungen um 8% und der radiologischen und Laborleistungen um 1% erreichen.

Alle Leistungsvolumina berücksichtigt, wäre das eine Anhebung über alles von etwa 6,5 % gewesen.

Nun machte sich jedoch Vorstandsdirektor Hecke auf den Weg in das Landhaus zu LR Erlitz und fand mit sei-

nem Wunsch nach einer Verordnung über die Anhebung des Anstaltsanteils von 19 auf 21,5 % Gehör.

Wir protestierten, es folgte eine Verhandlungsrunde bei LR Erlitz, in der fast drei Stunden um Zehntelprozentpunkte gefeilscht wurde. Schließlich gelang es uns, die bereits geplanten 21,5 auf 20,7 Prozent zu reduzieren.

Zusammenfassend ist zu sagen:

Zur Realisierung des Ergebnisses musste zwar eine Anhebung des Anstaltsanteils von 19 auf 20,7% in Kauf genommen werden, aber:

Über alle Leistungen hochgerechnet ergibt sich – bei angenommener gleicher von den Ärztinnen und Ärzten erbrachten Leistungsmenge an Sonderklassepatienten wie 2004 – unter dem Strich eine Anhebung des Sondergebührenaufschlusses von etwa 5%.

Der höhere Anstaltsanteil bereits berücksichtigt.

Man sollte sich an solche Steigerungen aber nicht zu sehr gewöhnen, diese Ergebnisse werden nicht immer möglich sein.

Sie erinnern sich: 5% haben wir verlangt, 5% haben wir heimgebracht!

Hätten wir das vor Beginn der Verhandlungen prognostiziert, hätte man uns für verrückt erklärt...

Ihr Herwig Lindner

ES SIND UNRUHIGE ZEITEN DURCH DIE DIE UNIVERSITÄTEN IN ÖSTERREICH DERZEIT GEHEN.

Der Beinahe-Rücktritt eines der Vize-
rektoren der Medizinischen Univer-
sität Graz wurde nur wenige Tage spä-
ter durch definitive Rücktritte an der
Medizin Universität Innsbruck aus den
Medien verdrängt.

Dort nahmen gleich der Rektor, ein Vi-
zerektor und der Senatsvorsitzende
den Hut.

In Wien scheint die Situation nicht we-
niger angespannt, nur verstand man

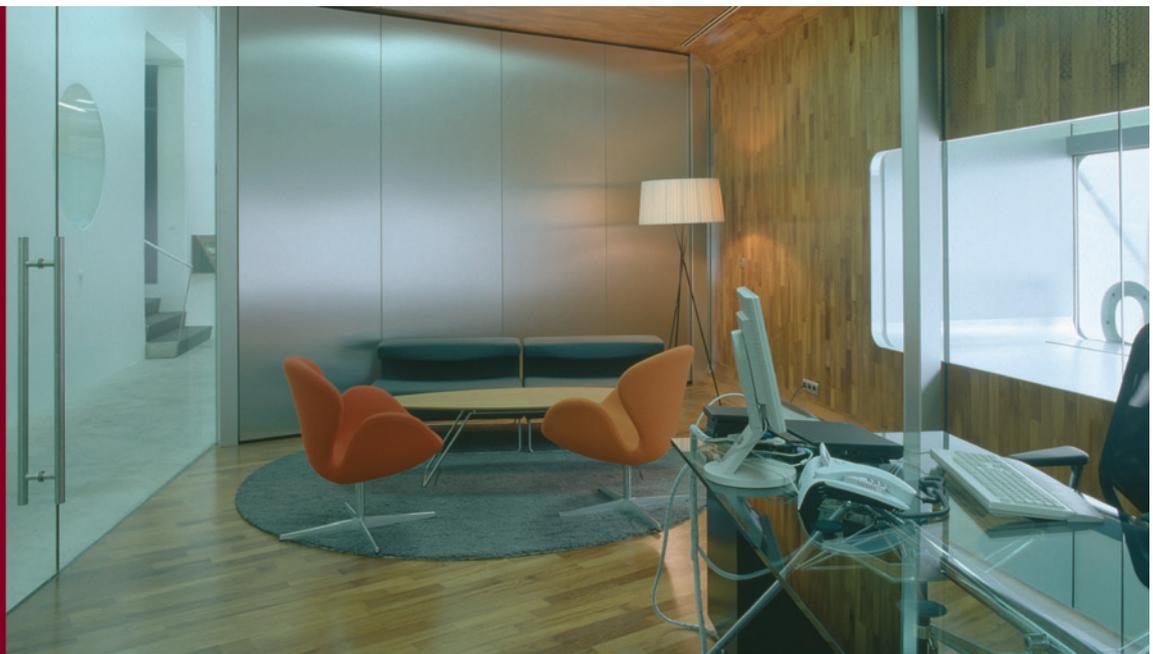
es dort bis dato, die Kontroversen auf
einer höheren Ebene auszutragen und
so die Probleme nicht über Personen
medial zu transportieren.

**Es drängt sich nun die Frage auf, wa-
rum alle Medizin Universitäten ziem-
lich zeitgleich solch negative Aufmerk-
samkeit auf sich zogen?**

Ist es das neue UG? Ist es das geringe
Budget? Oder sind es gar einfach nur
Anfangsschwierigkeiten? Wenn man

profunden Insidern glauben darf,
dann wird derzeit zu schnell zu viel ge-
wollt. **Speed kills also auch an den
Universitäten?** Leicht möglich. Wenn
man heute zwei Jahre zurück schaut,
hätte man damals wohl nicht ge-
glaubt, dass sich in so kurzer Zeit so
viel ändern kann.

**Ich möchte jedoch zwei Punkte her-
ausgreifen, die meiner Meinung nach
zur Unruhe an den Universitäten we-
sentlich beitragen:** ->



PREMIUM.Banking

Unser Angebot speziell für Ärzte
Ganzheitlich.Kompetent.Verantwortungsvoll



So fängt High.Quality an.

MEHR INFORMATIONEN ERHALTEN SIE IM CENTER FÜR ÄRZTE UND FREIE BERUFE, UNTER WWW.HYPOBANK.AT ODER UNTER 0316/8051-5240

->

Zum Einem scheint es derzeit zwei unterschiedliche Auffassungen zu geben, welchen Weg die Universitäten in der Kooperation mit Ihren Partnern, den Krankenhausträgern, einschlagen sollen.

Bei genauerem Hinsehen werden sich jedoch diese Auffassungen vielleicht als gar nicht so unterschiedlich erweisen und man wird einen gemeinsamen Weg finden. Der zweite Punkt jedoch scheint mir wesentlich schwieriger. Die Vorgänge um die Umstrukturierung der Medizin-Universitäten hinterließ einen zutiefst demotivierten Mittelbau. Dort suchen derzeit alle nach Alternativen.

Am schlimmsten jedoch traf es jene, die es über Jahre hinweg trotz mangelnder Unterstützung und Anerkennung an der eigenen Universität schafften, quasi als letztes Bollwerk international konkurrenzfähige Arbeit zu leisten.

Sie erhofften sich von der Führung einer „Universität Neu“ leistungsorientiertes Denken und Handeln und fühlen sich nun einmal mehr im Stich gelassen.

Niemand kümmert sich um diese Forschergruppen, niemand kommt und versucht zu sehen, wie diese jahrelang überlebten, niemand fragt sie nach ihrer Meinung zu einer leistungsorientierten Universität. Unsere Leistungsträger werden einmal mehr vergessen. Aber die vielproklamierte Zusammenarbeit wird ohne Leistungsträger nicht zu bewältigen sein.

Meine Hoffnung bleibt jedoch aufrecht. Man wird sie fragen müssen! Warum? Der Grund heißt Leistungsvereinbarung. Ohne international konkurrenzfähigen Output wird keine Leistungsvereinbarung zu erfüllen sein. Oder noch deutlicher: Kein Output, kein Geld – kein Geld, keine Universität.

„WIENER REKTOR STELLT RUTE INS FENSTER“:

KEIN GELD FÜR ERFOLGLOSE FÄCHER

Die Presse, 12./13. III. 2005

Nur jene Forschungsschwerpunkte zu fördern, die international erfolgreich sind, klingt Erfolg versprechend. Eine Universität, die diesem Prinzip folgt, würde ein optimales Preis-Leistungs-Verhältnis erzielen.

Doch was ist der Maßstab des Erfolges? Ist es die wissenschaftliche Reputation, die sich in Publikation und Preisen niederschlägt? Oder die wirtschaftliche Nutzbarkeit, die der Universität zu üppigen Drittmitteln verhilft? Und falls beides: Wie wird gewichtet?

Selbst wenn man sich auf eine geeichte Erfolgsskala einigen könnte, bleibt noch die Frage der seriösen Prognose. Könnten Paul Ehrlich, Julius Wagner-Jauregg, Alexander Flemming und andere Forscher, deren Erkenntnisse die Grenzen der Medizin wesentlich erweitert haben, in einer derart effizienzorientierten Wissenschaftslandschaft bestehen?

Die Rektoren der Österreichischen Universitäten stehen bedingt durch das UG 2002 unter immensem Kostendruck. Wenn sie diesem Druck aber nicht standhalten können und damit Grundlagenforschung ohne gesicherten kurzfristigen Nutzen unmöglich machen, ist die Daseinsberechtigung der Universitäten grundsätzlich in Frage gestellt.

Um AkademikerInnen rasch und bedarfsorientiert auszubilden, genügen Fachhochschulen vollauf, unmittelbar verwertbare Ergebnisse erzielen mit höherer Wahrscheinlichkeit Forschungseinrichtungen, die unter der direkten Kuratel von Unternehmen stehen.

Bloß: Entwicklungspotenzial hat eine dermaßen eindimensional agierende Wissenschaftswelt nicht. Bahnbrechendes ist ausgeschlossen, wenn niemand mehr die eingefahrenen Geleise verlassen darf. Unter wirtschaftlichem Druck werden gut steuerbare Wissenschaftszombies produziert. Neue Kontinente werden sie nie entdecken.

Eine PISA-Studie für die Universitäten wäre hoch an der Zeit. Vielleicht brächte sie den heilsamen Schock, der einer völligen Ökonomisierung der Universitäten Einhalt gebietet.

Dr. Dietmar Bayer, Präsident der Ärztekammer Steiermark
Dr. Herwig Lindner, Obmann der Angestellten Ärztinnen und Ärzte, Ärztekammer Steiermark



Die Presse



ATX ▼ 2712,51 Wien	Dow Jones ▼ 10.778,05 New York (21.00 MEZ)	DAX ▲ 4369,26 Frankfurt	EURO zu US-\$ ▲ 1,3416 EZB-Fixing	Gold ▲ 443,70 2. Goldfixing London	Ölpreis ▲ 52,68 \$/Barrel (Brent)	Euribor ▲ 2,81000 1 Monat
-----------------------	---	----------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------

Garantiert von Wachstumschancen profitieren:
Capital Invest Osteuropa Garantie 3/2012.
Projekt: www.capitalinvest.at



GEDENKTAG

Der Philipphof, nur virtuell

12. März 1945: Ein schwarzer Tag für Wien. US-Flugzeugstaffeln bombardierten die Innenstadt. Es war der schwerste Bombenangriff auf Wien im 2. Weltkrieg. Aus diesem Anlass werden heute, Samstag, auf dem Helden-, Albertina-, Stephansplatz und auf dem Neuen Markt Lichtinstallationen die Schrecken des Bombenkriegs und die Angst der hilflosen Zivilbevölkerung visuell umsetzen. Auch der „Philipphof“ gegenüber der Albertina wurde an diesem schwarzen Tag völlig zerstört. Jetzt wird er durch Projektion wieder sichtbar gemacht.

Seiten 2 und 3 | © Arge projekt 5plus1



GLOSSE

VON FRANZ SCHELLHORN

Neidvolle Glücke

Kalt ist es geworden in diesem Land. Seit fünf Jahren hat nämlich der „menschenverachtende Neoliberalismus“ die Insel Österreich fest im Griff. Was dem Sozialismus immer zusetzt. So wird gerne kritisiert, dass die „Reiche“ (=Unternehmen) die Steuern profitieren, Zentren der Kommunikation (=Postämter) im großen und ganzen gesperrt werden, Eisenbahner plötzlich weniger als bis 53 arbeiten „müssen“. So ist es nun das freilich sehen. Etwa, wenn eine Gruppe der leidenschaftlichen Gegenwartsökonomisch orientierter Reformen.

Man kann die Sache auch anders beurteilen. Positiver zum Beispiel die deutsche Wirtschaftsexperte und Berater Bert Rürup. So schwärmt der SPD-Mitglied für Österreichs Steuermodell. Die gesenkten Unternehmenssteuern seien keine Geschenke an die Reichen, sondern wachstums- und damit auch wohlfahrtsfördernd (Seite 21). Die linksliberale Süddeutsche Zeitung spricht gar vom „Erfolgsmodell Österreich“.

Nun macht dieses Lob aus Österreich noch kein internationales Vorbild. Österreich wird dadurch auch nicht gleich zur liberalen Marktwirtschaft. Die Besteuerung des Mittelstandes bleibt weiter hoch, der Staat unverschämte aufdringlich. Der neidvolle Blick deutscher Ökonomen und Unternehmer auf den einstigen „Underdog“ Österreich zeigt aber eines: vieles geht hierzulande in die richtige Richtung. Und nicht jede Reform ist gleich eine neoliberale Attacke auf den Wohlfahrtsstaat. Sondern in vielen Fällen schlicht vernünftig.

franz.schellhorn@diepresse.com

Wiener Rektor stellt Rute ins Fenster: Kein Geld für erfolglose Fächer

Statt 1000 Forschungsschwerpunkten soll es nur noch einige wenige geben, in denen dann beachtliche Ergebnisse erzielt werden.

WIEN (red.). Mit einem neuen Entwicklungsplan will die Universität Wien ihre Stellung im europäischen Hochschulraum verbessern: Es sollen nur noch jene konkreten Forschungsschwerpunkte gefördert werden, die im internationalen Vergleich Erfolg versprechend sind. „Es kann nicht sein, dass wir 1000 Forschungsschwerpunkte

haben“, so die Devise von Rektor Georg Winckler. Fächer und Themen, die wenig erfolgreich sind, sollen nicht mehr weitergeführt werden. Derzeit liegt eine Entwurf des Rektorats für den Entwicklungsplan vor, nach einer Stellungnahme durch den Senat liegt der Beschluss dann beim Uni-Rat.

Welche Fächer in Zukunft keine Förderung erhalten sollen, will Winckler noch nicht sagen, „das würde Unruhe bewirken“. Das Rektorat sei derzeit in einer intensiven Diskussion mit den Fakultäten, sagt Winckler im Gespräch mit der „Presse“. Ver-

stärkt werden sicherlich die Europastudien und der Life-Science-Bereich. Unter anderem sollen bei der Neuvergabe von Professuren – dafür ist allein der Rektor zuständig – die Schwerpunktfächer berücksichtigt werden. Er selbst könne sich zwei, drei Fächer vorstellen, auf die die Zurücknahme der Förderung zutreffen würde.

Externe Begutachtung

Bei der Wertung werden drei Kriterien wichtig sein: Erstens das Ergebnis eines internationalen Begutachtungsgremiums, zweitens die Expertise der Wis-

senschaftler und Wissenschaftlerinnen der Uni Wien und drittens in bestimmten Fachbereichen (Wirtschaftswissenschaften, teilweise Sozialwissenschaften) die Zahl der Publikationen. Es soll auch mit den anderen Wiener Universitäten eine Abstimmung der Schwerpunktsetzungen erfolgen.

Georg Winckler ist seit Freitag als Präsident der europäischen Rektorenkonferenz designiert. Sein Nachfolger in der Österreichischen Rektorenkonferenz wird voraussichtlich Wirtschaftsuniversitäts-Rektor Christoph Baidel.

Seite 5

FP-KRISE

Parlamentswahl möglich

In der FPÖ sind die jüngste nationale Lager erregende Turbulenzen nicht ausgedacht. Das macht eine Nationalratswahl Ende Juni denkbar.

WIEN (red.). In den Koalitionsparteien beginnt man über vorgezogene Nationalratswahlen nachzudenken. Sollte sich die FPÖ im April bei ihrem Parteitagspalten, gilt ein Wahltermin im Juni als wahrscheinlich.

Hintergrund dieser Spekulationen: Das zu Wochenbeginn

erregende Turbulenzen nicht ausgedacht. Das macht eine Nationalratswahl Ende Juni denkbar. Alternative: Wiener FP-Parteitagspalten, gilt ein Wahltermin im Juni als wahrscheinlich.

Das wäre „kein Putsch“, sondern innerparteiliche Demokratie, sagt der Publizist und FP-EU-Mandatar Andreas Mölzer im „Presse“-Interview. Er ist aber selbst wegen kritischer Äußerungen vom Parteiausschluss bedroht. Von einer echten Parteisplaltung rät er ab.

Seite 4

ARMUTSBEKÄMPFUNG

„Marshall-Plan“ für Afrika

Eine britische Kommission empfiehlt eine jährliche Verdoppelung der Entwicklungszusammenarbeit.

31. MRZ. EURO.

LONDON/WIEN (ag., kron). Die vom britischen Premier Tony Blair ins Leben gerufene „Kommission für Afrika“ hat am Freitag ihren Bericht „Unser gemeinsames Interesse“ im Internet veröffentlicht. Die Vorschläge des 17-köpfigen Gremiums zur Armutsbekämpfung auf dem Schwarzen Kontinent: Die

Verdoppelung der Entwicklungszusammenarbeit für die Industrieländer bis zum Jahr 2010. Das entspricht 37 Milliarden Euro jährlich, Schuldenerlässe, Kampf gegen Aids, Abbau von Handelsbarrieren. Im Gegenzug wird von den afrikanischen Staaten unter anderem verlangt, die wuchernde Korruption auszumerzen.

Blair will die Hilfe für Afrika zu einem zentralen Thema der derzeitigen G-8-Präsidentschaft Londons und im zweiten Halbjahr auch des britischen EU-Vorsitzes machen.

Seite 7

EMPFEHLUNG

Glasnost Vor zwanzig Jahren wurde der eher unbekannt Michael Gorbatschow neuer Parteichef der KPdSU.

Seite 9



[Foto: Fabry]

Feuilleton „Barock lebt“, heißt es im Lichtenstein Museum. Mit Giuliani.

Seite 35

Open.3

> Business in und mit China

Podiumsdiskussion am 21. März 2005, Donau-Universität Krems, 18:00 Uhr

Information und Anmeldung:
Tel. +43 (0)2732 893 - 2133
www.mba-krems.at

Universität für Weiterbildung

DR. MAIERS STUDIENREISEN



IHRE NEUE REISEBEKANNTSCHAFT?

KATALOG UND SONDERPROGRAMME:
TEL: 01/535 06 15

Mehr Zeit. Mehr Zeitung:
Spectrum, hightech&automotor, Immobilien, Beruf & Karriere, Reisen

Immobilien | Beruf & Karriere | hightech&automotor | Reisen

Spectrum

Deutschland, Italien € 2,50, Belgien € 2,80, SF 560, HK\$ 18, NZ \$75, SK 300, P 420.
„Die Presse“, 1015 Wien, Postings 12x: FF 6, € 5 24 14, Fax: DN 400 (Redaktion), DN 220 (Anzeigen), Abonnement: € 52414 DN 10, Fax: DN 71.
Verlagsbezeichnung: 1010 Wien, P.b.B. Zulassungsnummer: 020321481

10
90153809990666



IGAÄ

Obmannstellvertreter

Peter Schmidt

Einfach zum Nachdenken. ODER VON TILL EULENSPIEGEL ZU DEN SCHILDBÜRGERN

Liebe Kollegen und Kolleginnen !

Die derzeit laufenden ökonomisch getriggerten Umbauversuche in unserem Gesundheitswesen wollen wir seitens der IGAÄ durch FAKTEN (welche zur Zeit nicht gerne gehört werden) etwas hinterfragen und als Information uns Ärzten zu Verfügung stellen.

Es gab bereits vor 500 Jahren Versuche, Fehlbelegungen abzubauen. Man kann dies in den Geschichten über Till Eulenspiegel nachlesen.

„Ein Spitalmeister wäre einen Teil der kranken Menschen gerne losgeworden und hätte ihnen die Gesundheit wohl gegönnt. Deshalb ging er zu Eulenspiegel und sagte ihm Geld zu, wenn er den Kranken hülfe. Eulenspiegel war damit einverstanden.

Da ging Eulenspiegel ins Spital, nahm zwei Knechte mit sich und fragte einen jeglichen Kranken, welches Gebrechen ihn plage.

Darauf sagte er zu jedem Einzelnen: „Wenn ich euch Kranken zur Gesundheit verhelfen und euch auf die Füße bringen soll, kann ich das nur so: Ich muss einen von euch zu Pulver verbrennen und dies den anderen zu trinken geben. Das muss ich tun! Den Kränkesten von euch allen, der nicht gehen kann, werde ich zu Pulver verbrennen, damit ich den anderen damit helfen kann. Um euch alle zu wecken, werde ich den Spitalmeister nehmen, mich in die Tür des Spitals stellen und mit

lauter Stimme rufen: Wer da nicht krank ist, der komme sogleich heraus! Das verschlafe nicht! Denn der letzte muss die Zeche bezahlen.“ So sprach er zu jedem allein. Auf diese Rede gab jeglicher wohl acht. Und am angesagten Tage beeilten sie sich mit ihren kranken und lahmen Beinen, weil keiner der letzte sein wollte.

Als Eulenspiegel nach seiner Ankündigung rief, begannen sie sofort zu laufen, darunter einige, die in zehn Jahren nicht aus dem Bett gekommen waren.

Als das Spital nun ganz leer und die Kranken alle heraus waren, begehrte Eulenspiegel von dem Spitalmeister seinen Lohn und sagte, er müsse eilig in eine andere Gegend reisen. Da gab er ihm das Geld mit großem Dank, und Eulenspiegel ritt hinweg.

Aber nach drei Tagen kamen die Kranken alle wieder und klagten über ihre Krankheit.

Da merkte der Spitalmeister, dass er von Eulenspiegel betrogen war. Aber der war hinweg, und er konnte ihm nichts mehr antun. Also blieben die Kranken wieder wie zuvor im Spital, und das Geld war verloren.

Wie nicht selten das Honorar für Gutachten von Krankenhausmythologen (ist gleich Berater).

Moderne Mythen

Seit Jahren wird von den Krankenhausmythologen in der Öffentlichkeit behauptet, die Verweildauer-Reduzierung, der Bettenabbau, die Verzahnung und der Fehlbelegungsabbau würden zur Ausgabenreduzierung für die Krankenkassen führen.

Ein Rechenbeispiel:

Verweildauer-Reduzierung	- 50%
Bettenabbau	- 20%
Verzahnung	- 10%
Fehlbelegungsabbau	- 20%
Einsparungsergebnis	100%

Tatsächlich sind bisher in jedem Jahr die Ausgaben angestiegen. Bei allem Engagement für eine flexible Strategie und moderne Betriebsführung darf nicht übersehen werden, dass in Krankenhäusern nicht Blech zu Autos verarbeitet wird, sondern schwerkranke Menschen in existentiellen Grenzsituationen gesund gepflegt werden sollen. Dies ist wohl eine der wichtigsten Aufgaben einer menschlichen Gesellschaft.

Martwirtschaft und Gesundheitswesen – geht das zusammen?

Seit den 90er-Jahren wird von neoliberalen Wirtschaftstheologen die Marktwirtschaft verkauft. Das ständig zunehmende Effizienzdenken in unserer Gesellschaft hat nun endgültig auch das Gesundheitswesen erreicht. Menschliche und sozialpolitische



Ja!

IGAÄINTERESSENSGEMEINSCHAFT
ANGESTELLTE ÄRZTEBitte
ausreichend
frankieren.

Wenn auch Sie unsere Vorhaben unterstützen wollen, treten Sie doch einfach der IG bei.

Jedes Mitglied macht uns stärker, die Interessen der angestellten Ärzte in unserer Kammer zu vertreten.

Ich möchte auch Mitglied der Interessensgemeinschaft Angestellte Ärzte werden!

Ich bin Turnus- bzw Assistenzarzt
 Stationsarzt Facharzt

Name

Adresse

PLZ/Ort

Telefon/E-Mail

Ort, Datum Unterschrift

Interessensgemeinschaft
Angestellte Ärzte
c/o Dr. Dietmar Bayer

Josef Huber Gasse 28
8020 Graz

DIE JAHRESMITGLIEDSCHAFT BETRÄGT:

Turnus- und Assistenzärzte: Euro 20,- pro Jahr

Stationsärzte: Euro 30,- pro Jahr

Fachärzte: Euro 40,- pro Jahr

SPENDE OHNE MITGLIEDSCHAFT, Konto: 20141320654, HYPO BANK, BLZ 56000

Nach Eintreffen der Anmeldung erhalten Sie die Beitrittsbestätigung sowie den entsprechenden Erlagschein.

Eine Beitrittserklärung finden Sie auch unter

www.igspital.at

Gesichtspunkte treten dabei immer mehr in den Hintergrund. Der Preis eines möglichen messbaren Qualitätsgewinnes birgt die Gefahr eines zunehmenden Verlustes an Geborgenheit.

Die Messbarkeit bedroht die Humanität.

Die Möglichkeiten des Messens werden durch den technischen Fortschritt ununterbrochen gesteigert. Es werden immer mehr und immer kleinere Mengen gemessen bzw. analysiert. Die Geräte- und Methodenvielfalt steigt ständig. Die Leistungsverdichtung bei den Patienten und beim eingesetzten Personal nimmt zu. Die Amortisation der immer teurer werdenden „Messgeräte“ bekommt tendenziell Vorrang vor der menschlichen Zuwendung. Auch die Ökonomie wird dem Prinzip des Messens unterworfen. Der Mensch wird beim Kult des Messens Nebensa-

che. Die Stunde der Wahrheit bei neuen Entgeltsystemen kommt immer dann, wenn es konkret um die Höhe des Entgelts geht. Für einen Krankenhausträger ist es ziemlich gleichgültig, ob er als Folge eines gedeckelten Budgets oder beim LKF-System als Folge eines sinkenden Punktwertes ins Minus getrieben wird. Auch in den nächsten Jahren werden staatlich finanzierte Alchimisten (ist gleich Gesundheitspolitiker) auf der Suche nach dem „vollkommenen Finanzierungssystem“ unterwegs sein.

Die eigentlichen Gewinner in unserem immer mehr virtuell geprägten Gesundheitssystem sind längst die Berater und Experten geworden.

Ein Beispiel (gültig nur für D?):

Hinter dem Bestreben, durch die Vorgabe von Mindestmengen planbarer

Leistungen die Ergebnisqualität medizinischer Leistung zu steigern, wird das bewusste oder unbewusste Ziel erkennbar, die zunehmend kritisierte Varianz ärztlichen Handelns („Halbgötter in Weiß“) mit Hilfe der Gesundheitsökonomie durch ein maschinenorientiertes Menschenbild auf der Basis statistischer Signifikanzen („der PC als Götze“) zu ersetzen. Der eigentliche Grund für die plötzlich auftretende „Qualitätseuphorie“ in Verbindung mit Mindestmengen ist erfahrungsgemäß nicht primär das öffentlich eingängige Wohl des Patienten (vordergründige Argumentation), sondern die bisher nicht bewiesene „Hoffnungsthese“, dass durch Zentralisierung und Qualifizierung bestimmter Leistungen die Ausgaben der Krankenkassen gesenkt werden können (hintergründige Motivation).

Zitat Prof. Bruckenberg

DIE ZUKUNFT DER ANGESTELLTEN ÄRZTE HAT JETZT BEGONNEN!

Schelm und Mindestmengenregelung.

Mit der Mindestmengenregelung wird ein weiteres Mal eine gesetzliche Regelung mit hohen sachverständigen Vorschusslorbeeren nach dem Prinzip Hoffnung eingeführt (siehe auch die integrierte Versorgung und die hundertprozentige Fallpauschalenregelung), um bei der Umsetzung festzustellen, dass beispielsweise die dafür benötigten verlässlichen Daten und rechtlich verwertbaren Beweise trotz der in den letzten Jahren verwaltungsaufwendigen Datenanhäufung nicht vorhanden sind.

Also wird nach der Einführung der Mindestmengenregelung der sachverständige Ruf nach einer umfänglichen Forschung laut. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt. Die Vorgabe von Mindestmengen planbarer Operationen in Verbindung mit einem rechtlich durchsetzbaren Leistungsausschluss (Planungs- und Berechtigungsmatrix in Österreich) für die betroffenen Krankenhäuser kommt bisher international nur in Einzelfällen zum Einsatz.

In der öffentlichen Diskussion wird von Sachverständigen ständig ein anderer Eindruck hervorgerufen. In den übrigen Mitgliedsstaaten der EU ist eine derart verbindliche Leistungssteue-

rung offensichtlich nicht vorgesehen. Abgesehen davon gelten in den überwiegend staatlich gesteuerten Gesundheitssystemen der EU andere Rechtsgrundlagen.

Wie will man übrigens in Deutschland beispielsweise private oder freigemeinnützige Krankenhausträger zwingen, seltene Operationen – ob mit oder ohne Kosten deckenden Fallpauschalen – zu zentralisieren? Gerichtlich überprüfbare Qualitätskriterien, die einen generellen Leistungsausschluss rechtfertigen würden, liegen bisher nicht vor.

Die derzeitigen Begriffe für Operationen und Prozeduren sind für die Mindestmengenregelung des FPG entweder zu unpräzise oder unpraktikabel.

Die unterstellte lineare Monokausalität zwischen Menge und Letalität ist generell bisher nicht bewiesen. Die nach Diagnosen höchst unterschiedliche tatsächlich feststellbare Tendenz rechtfertigt keinen generellen Leistungsausschluss.

Minimale Differenzen in der Operationsletalität nach Frequenzgruppen (z.B. 0,1 bis 0,3 auf 100 Operationen bei Cholelithiasis und Gonarthrose) dürften sich nur bedingt für einen

rechtlich durchsetzbaren Leistungsausschluss eignen. Bei den bösartigen Neubildungen ist die statistische Signifikanz zwischen Operationsmenge und Operationsletalität zwischen verschiedenen Frequenzgruppen wesentlich stärker ausgeprägt.

Andererseits ist die Operationsletalität in diesem Zusammenhang nur bedingt als wesentliches Qualitätskriterium geeignet, da rd. 80 Prozent der Todesfälle nicht bei dem operationsbedingten Krankenhausaufenthalt, sondern erst bei der Nachbehandlung (Chemotherapie, Strahlentherapie usw.) auftreten.

Es zeichnet sich bereits ab, dass die gesetzliche Vorgabe von Mindestmengen planbarer Operationen und die Diskussion darüber die Zentralisation von Operationen mit hoher Frequenz vor allem aus ökonomischen Gründen deutlich verstärkt, während die Zentralisation von Operationen mit niedriger Frequenz mangels wirtschaftlichen Interesses aber auch aus anderen Gründen sehr schnell an Grenzen stößt.

Bei der vorgesehenen Mindestmengenregelung handelt es sich bei konsequenter Umsetzung um ein bürokratisches Monster.

Je höher die vorgegebene Mindestmenge für die planbaren Operationen, desto größer wäre zudem bei der gegebenen Mengerverteilung die notwendige Veränderung der Angebotsstruktur.

Die dafür kurzfristig notwendigen Investitionsmittel stehen jedoch überhaupt nicht zur Verfügung.

Das Beispiel Brustkrebs

Bei dem Disease-Management-Programm für Brustkrebs werden **150 Operationen pro Krankenhaus bzw. 50 Operationen pro Operateur vorausgesetzt.**

Bei der Operation der bösartigen Neubildung einer Brustdrüse – politisch als chronische Krankheit definiert – handelt es sich zweifelsohne um eine planbare Operation im Sinne der Mindestmengenregelung. Da es rechtlich nicht durchsetzbar sein dürfte, für die Qualitätssicherung innerhalb eines Disease-Management-Programms andere Mindestmengen an planbaren Operationen als verbindlich zu erklären als außerhalb, dürfen bei Zugrundelegung dieses Maßstabes mehr als drei Viertel aller gynäkologischen Abteilungen derartige Operationen ab 2004 nicht mehr erbringen.

Mit 150 Operationen jährlich bei der bösartigen Neubildung einer Brustdrüse wird für eine vergleichsweise häufige Operation eine sehr hohe Mindestmenge pro Krankenhaus vorgegeben.

Nur 1,4 Prozent aller Operationsarten erreichen beispielsweise in Niedersachsen, sicherlich aber auch in den anderen Flächenländern, einen derartigen Wert.

Conclusio:

Eine konsequente Umsetzung dieser durch die Selbstverwaltung vorweggenommenen „Mindestmengenregelung“ für Brustkrebsoperationen auch für die anderen planbaren Operationen noch im Jahr 2003 würde deshalb zwangsläufig zur Schließung zahlreicher Abteilungen bzw. ganzer Krankenhäuser führen, da diese Operationen entsprechend der gesetzlichen Ausschlussregelung in den davon betroffenen Krankenhäusern ab 2004 nicht mehr erbracht werden dürfen.

Eine derartige Entwicklung könnte wiederum nur verhindert werden,

■ **Wenn für die anderen planbaren Operationen, mit welcher Begründung auch immer, wesentlich niedrigere Mindestmengen für die Qualitätssicherung als ausreichend angesehen werden oder die Vorgaben für das Disease-Management-Programm**

Brust nochmals überprüft werden. Wenn die „Übung“ aber andererseits ein wesentliche Voraussetzung für eine niedrige Operationsletalität darstellt, ist es schwer vermittelbar, warum bei anderen planbaren Operationen die angestrebte qualitätssichernde Fertigkeit bereits bei beispielsweise 20 Operationen jährlich erreicht werden kann, obwohl die Operationsletalität vergleichsweise wesentlich höher liegt (z.B. bei Pankreas, Lunge/Bronchien, Ösophagus, usw.).

■ **Wenn von den Ländern der Standpunkt vertreten würde, zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung sei auch eine mindere Qualität von Operationen, die sogar durch einen Sicherstellungszuschlag subventioniert werden sollen, als vertretbar anzusehen.**

Auch diese Haltung dürfte gesundheitspolitisch schwer zu vermitteln sein.

Das Fallpauschalensystem (in Österreich LKF-System) - die Mindestmengenregelung ist eine logische Konsequenz - wird nach Meinung der dafür Verantwortlichen als „lernendes System“ eingesetzt.

Fragt sich nur, wer dabei lernen soll und zu wessen Lasten und Kosten. Andererseits würden derartige Vorstellungen den im Zusammenhang mit der Gesetzgebung in der letzten Zeit öfters verwendeten Begriff des „handwerklichen Fehlers“ erklären. Er wird ja gemeinhin nicht mit einem Meister in Verbindung gebracht.

Prof. Lauterbach im Krankenhausreport 2002: „In Deutschland bedarf es einer umfangreichen Forschung, um Zusammenhänge zwischen Fallzahl und Ergebnisqualität hinsichtlich der Richtung der Kausalität zu untersuchen bzw. den Stellenwert des Qualitätsindikators Mindestmenge im Verhältnis zu den anderen Ergebnis determinierenden Indikatoren zu klären.“

Da diese sachverständige Schlussfolgerung sicherlich zutrifft, wäre es angebracht gewesen, mit einer gesetzlichen Regelung der Mindestmengen im Hinblick auf die damit verbundenen rechtlichen, wirtschaftlichen und existentiellen Auswirkungen für Krankenhäuser und Ärzte zu warten und die zahlreichen offenen Fragen vorher zu klären. Vor allem wäre eine Mindestkenntnis über die derzeitige konkrete Mengenverteilung der Operationen nach Krankenhäusern und Frequenzgruppen in Deutschland hilfreich gewesen. Internationale Studien helfen hierbei nur wenig. Bei einem nachgewiesenen Zusammenhang wäre überdies die Qualitätssicherung über den Markt bzw. das Nachfrageverhalten der Patienten mit Hilfe der gesetzlich vorgesehenen Leistungstransparenz wesentlich sinnvoller, weniger bürokratisch und vor allem im Interesse der Beitrags- und Steuerzahler weniger aufwendig.

Hätte man diese Art der Lösung dem Mindestmengenproblem zugrunde gelegt anstelle der gewählten Verrechtlichung, hätte man den größten Teil der sich jetzt abzeichnenden vorhersehbaren und teilweise nicht lösbareren Schwierigkeiten vermeiden können.

Ergebnis dieser Mindestmengenlösung zur Zeit in Deutschland: Es gibt ein Mindestmengengesetz ohne Angabe von Mindestmengen...

Wobei fliegend von Till Eullenspiegel zu den Schildbürgern gewechselt wurde.

Euer Peter Schmidt

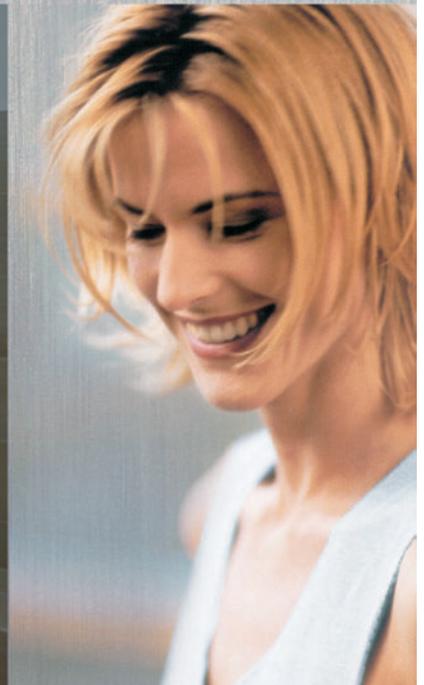




Im Detail zeigt sich, wie groß eine **Idee** ist!



Ansprechende Architektur ist die Summe innovativer Baustoffe, die Materialien der Bauteile sind ästhetisch wie funktional. Auch die Verarbeitung wird höchsten Ansprüchen gerecht. Und jedes Detail fügt sich in die Architektur des Gebäudes ein. Nur so entsteht ein Gesamteindruck, der Ihrem Auge gefällt genauso wie Ihrem Verstand.



www.scheer-partner.at

Infohotline: 03135/ 48 534 -16 od. 15 Mobil: 0664/ 340 94 21 od. 0664/ 414 61 92
 Bemusterung und Verkauf: Grazerstrasse 18 • Zentrale: Pfeilerhofstrasse 28 • A-8071 Hausmannstätten

Wohnen mit Lebensart.



SCHEER & PARTNER GmbH

www.scheer-partner.at