

Sommerausgabe

GZ 02Z034711M. Verlagspostamt 8020 Graz. Ausgabe 02/2005. 4. Jg. P.b.b.

**DAS INFORMATIONSMEDIUM DER
INTERESSENGEMEINSCHAFT
ANGESTELLTE ÄRZTE**



**IGÄÄ
Cirkular**

3,3% SIND ZU WENIG!
GEHALTSVERHANDLUNGEN GEHEN WEITER

REFORMMOTOR IGAÄ

„Gleiche Leistung - gleicher Preis“:
IGAÄ Vorschlag für Ärztezentren

VERHANDLUNGSERFOLG

Die MUG - AZG - Vereinbarung der IG Ärzte

www.igspital.at

INTERESSENGEMEINSCHAFT
ANGESTELLTE ÄRZTE



IGAÄ
Obmannstellvertreter
Peter Schmidt

Liebe Kolleginnen und Kollegen !

Es ist hoch an der Zeit, den wohlbekannten und seitens unserer Fraktion von Anfang an massiv vertretenen Grundsatz: „Gleiche Leistung – gleicher Preis“ wieder allen Ärzten und vor allem allen Politikern und Managern im Gesundheitsbereich ins Gedächtnis zu rufen.

Warum? Ganz einfach.

Im Gegensatz zu sich vor allem für den niedergelassenen Bereich verantwortlich fühlenden Ärztekammer-Funktionären, die große Bedenken bezüglich unseres Leitspruches hatten und vergeblich versuchten, die strikte Trennung der Finanzierung zwischen intra- und extramuralem Bereich als einzig gangbaren Weg zu verfolgen, hatte die IGAÄ von Anfang an einen ganz anderen und meiner Meinung nach viel professionelleren Zugang zur „Reformpolitik“ im österreichischen Gesundheitswesen. Seitens der IGAÄ wurde schon immer die Meinung vertreten, es sei völlig egal, wer welchen „Bereich“ im Gesundheitswesen wie und womit finanziert und wer welches Geld wie und durch wen bekommt. **ENTSCHEIDEND ist einzig und allein die leistungsgerechte Abgeltung unserer ärztlichen Dienste am Patienten! Egal wo sie erbracht wird.**

Zukunftweisend ist diese Politik deswegen, weil seit kurzem eine entscheidende Facette der „Gesundheitsreform“ an die Öffentlichkeit tritt. In offiziell nicht abgesprochener Vorgangsweise versuchen die Finanziere des Gesundheitswesens auf Kosten der Ärzteschaft folgende „Einsparungen“ zu erreichen: Man nehme einen oder viele (landesfinanzierte) Krankenhausträger und schließe sie mit (sozialversi-

Gleiche Leistung – gleicher Preis. **UND** DIE NÄHE ZUM PATIENTEN.

cherungsfinanzierten) GKKs zusammen – und zwar so, dass extramurale Leistungen gestrichen und auf Krankenhausträger übertragen werden (zB Kassenvertrag nicht nachbesetzen, keine neuen Verträge, Ignorieren der Ärztekammer-Forderung nach mehr Planstellen). ALLERDINGS zu deutlich schlechteren Konditionen (zB 20% Tarifabschlag). Zu guter Letzt „überzeugte“ man einzelne Primarii, diese Spitalsambulatorien mit dem Hinweis auf mehr „Gehalt“ für sie und die Mitarbeiter (in welcher Form auch immer) zu betreiben. **Diese „Politik“ dient aber ausschließlich dem Ziel, die niedergelassene fachärztliche Versorgung zu unterlaufen.**

Als IGAÄ war unsere Forderung immer: „Gleiche Leistung – gleicher Preis!“

Wir lehnen daher eine Abgeltung „neuer“ ambulanter Leistungen im Spital in dieser Form strikt ab und fordern stattdessen:

- 1.) Die Erlöse müssen den Leistungserbringern gehören – Spitalsbetreiber können ohne Weiteres für ihre Gerätschaften und Räumlichkeiten auch umsatzbezogene Abgeltungen haben.
- 2.) Die Ambulanzen müssen von uns Ärzten eigenverantwortlich nach wirtschaftlichen Kriterien geführt werden (Ärzte-GesmbHs!) und nicht unter Zwang des Angestellten, dessen Arbeitgeber das Entgelt lukriert.
- 3.) Gleiche Leistung – gleicher Preis!

Wenn man diese Forderungen vernünftig zusammenfasst, dann sind ÄRZTEZENTREN die einzig logische Konsequenz.

Spitalsbetreiber wären gut beraten, diese neue Form der Gesundheitsversorgung im Intermediärbereich zu unterstützen. Sie können ohne vermehrten bürokratischen Aufwand für ihre teure, aber oft gesetzlich notwendige Infrastruktur durch Vermietung dieser an die eigenverantwortlich darin arbeitenden Ärzte Einkünfte generieren. Allen Skeptikern unter der Ärzteschaft sei nochmals deutlich gemacht, dass die drohende Entwicklung eines Unterlaufens der extramuralen fachärztlichen Versorgung nur durch rasches, entschlossenes und gemeinsames (gleiche Augenhöhe!) Handeln in Richtung Ärztezentren erfolgversprechend ist. Kritik an der Qualität der patientennahen fachärztlichen Versorgung könnte durch die neue Form der Versorgung leicht wettgemacht werden (Öffnungszeiten, Geräteausstattung...). Für Versuche, eine der beiden Seiten zu übervertreiben oder Gruppen gegeneinander auszuspielen bzw. strukturkonservativ zu verharren, ist die Zeit abgelaufen. Auch bei kurzfristig gut klingenden Lockangeboten an gewisse Ärzteguppen, sich an bestimmten Dumpingspielen zu beteiligen, sei mahnend an teilweise selbst verursachte Entwicklungen wie die der „Sondergebühren“ in der Steiermark verwiesen.

Meiner Meinung nach bleiben die Ärztezentren als einzige vernünftige und zukunftsweisende Richtung über, bei der ALLE indirekt (Spitalsbetreiber, niedergelassene Einzelkämpfer) und direkt (Spitalsärzte, niedergelassene Ärzte) Betroffenen zum Wohle des Patienten (durch mehr Nähe bei gleichzeitig höherer Versorgungsqualität) gewinnen können.

Mit freundlichen Grüßen
Euer Peter Schmidt



IGAÄ

Obmann

Dietmar
Bayer

Die Umstrukturierung der Versorgungslandschaft muss bedarfsorientiert und ressourcenschonend erfolgen!

Die Konzepte der Berater auf der einen Seite und neue Bereichsstrukturen auf der anderen Seite.

Dazu kommt das noch immer ungelöste Problem der Zusammenarbeit zwischen der Grazer Medizin-Universität und der KAGes.

Die Leitlinien der KAGes beinhalten: Die KAGes und alle ihre Mitarbeiter richten ihr Handeln am Wohl des Patienten aus.

JA! WIR STEHEN DAZU.

Wer sollte es besser wissen als wir Ärztinnen und Ärzte. Wenn es den Ärzten gut geht, dann geht es auch den Patienten gut.

Wir spüren die direkten Auswirkungen einer zunehmenden Ökonomisierung am eigenen Leib, haben durch immer mehr Zusatzaufgaben und nicht-ärztliche Verwaltungstätigkeit auch immer weniger Zeit für unsere Patientinnen und Patienten.

Diese vertrauen sich uns jedoch an, in der Hoffnung, dass wir uns maximal Zeit für sie nehmen, ihnen die Zuwendung geben, die sie von uns Ärztinnen und Ärzten erwarten. Die Realität brauche ich Ihnen nicht zu erklären.

WIR müssen es aber den zuständigen Managern mit Nachdruck erklären, der Landespolitik, welche für diesen Umstand jedoch nicht die nötige Sensibilität besitzt. Die objektiven Zahlen aus

der Schlichtungsstelle für behauptete Behandlungsfehler bestätigen die Realität.

Weit mehr als 50% aller Schlichtungsfälle sind aufgrund mangelnder Kommunikation zustande gekommen.

Ein schweres Indiz dafür, dass wir zu wenig Zeit für die Zuwendung zu unseren Patienten haben.

Daneben rollt eine Reformwelle nach der anderen über das steirische Gesundheitssystem, die von uns aufgeworfenen Folgefragen für das Personal und die Patienten werden nicht verstanden, denn sonst würde man einen sanften Reformprozess einläuten.

Einen Reformprozess, der Schritt für Schritt und – wenn nötig – auch reversibel bzw. flexibel stattfindet.

Einen, der auf die Versorgungsnotwendigkeiten eingeht.

Der aktuell beendete 108. Deutsche Ärztekammertag hält dazu fest: „Die Umstrukturierung der Versorgungslandschaft muss bedarfsorientiert und ressourcenschonend erfolgen!“

Politiker neigen offenbar aufgrund leerer Kassen (Frage: Sind sie wirklich leer oder nur ungleich gefüllt?) dazu, den Einsparungsversprechungen von Gesundheitsökonomien anheim zu fallen. Auch hier zeigt sich, dass die Folgefragen nicht bedacht werden.

Schnell wird politischer Druck aufge-

baut, und rasch vorzeigbare Ergebnisse sind die Essenz der Reformkonzepte.

Das behindert aber die erforderlichen Lernprozesse, welche bei der Umsetzung neuer Versorgungsstrukturen und Steuerungselemente im Gesundheitswesen unbedingt ablaufen müssen, um keinen Schaden an Patientinnen und Patienten zu verursachen.

Wir fordern daher, dass Reformkonzepte systematisch evaluiert und am Patientennutzen gemessen werden müssen.

Reformen dürfen keine Eigendynamik entwickeln und zum Selbstzweck entarten.

Die Weiterentwicklung neuer Versorgungsstrukturen muss auf die Versorgungsrelevanz für Patienten hin orientiert sein.

Reines „Schwarz-Weiß-Denken“ (Hier Spital, da Niedergelassener) ist obsolet, lebbar Reformen können nur gemeinsam getragen werden.

Wir haben die Ärztekammer dafür gerüstet.

Ist die steirische Spitallandschaft auch schon dazu bereit?

Ihr
Dietmar Bayer

GEHALTSVERHANDLUNGEN: 3,3% SIND ZU WENIG!



IGAÄ

Herwig
Lindner

Vor dem Hintergrund der in hohem Maße unbefriedigenden Grundgehalts-Situation der Spitalsärztinnen und Spitalsärzte sind wir vor einem Jahr angetreten, um mit der KAGes-Führung über eine Erhöhung des Entgelts zu verhandeln.

WAS WOLLEN WIR?

WIR WOLLEN nicht einfach mehr Geld haben, das ist uns zu wenig.

WIR WOLLEN ein zeitgemäßes Entgelt-schema, das die Lebensverdienstkurve nicht einfach linear ansteigen lässt, sondern die Leistungs- und Hauptver-

antwortungsträger entsprechend betont bewertet.

WIR WOLLEN in der Lebensinkommenskurve in den mittleren Einkommensjahren des Lebens einen Bauch nach oben.

Gerade in diesen Jahren gründen wir Familien, bauen uns ein Eigenheim auf oder wollen unseren Kindern gute Ausbildungen ermöglichen. Auch eine private Altersvorsorge kostet Geld.

WIR WOLLEN einen größeren Abstand zwischen der Assistenzarzt-Entlohnung und der Facharztbezahlung entsprechend der ungleich höheren Verantwortung bekommen.

WIR WOLLEN, dass auch aufwändige Zusatzfunktionen mit oft hohem Zeitaufwand entsprechend finanziell abgegolten werden.

Wir wollen aber auch, dass das KA-AZG eingehalten wird.

Daraus ergibt sich eine kürzere Wochenarbeitszeit für den Einzelnen. Dass vor allem bei den jungen Kolleginnen und Kollegen der Wunsch vorhanden ist, weniger arbeiten zu müs-

sen, wurde durch eine 2003 durchgeführte Umfrage eindrucksvoll bestätigt. Der Wunsch nach Teilzeitbeschäftigung nimmt auch in der Ärzteschaft stetig zu.

Dies ist nur ein Aspekt, der es notwendig macht, auch das Dienstrecht neu zu regeln.

Unser Hauptziel aber ist, für unsere Kolleginnen und Kollegen eine deutliche Anhebung der Grundgehälter zu erreichen. Dabei sind wir durchaus bereit, Einkommensanteile aus dem Mehrleistungsbereich in Form einer partiellen Gegenfinanzierung umzulegen, wo es Sinn macht.

Von Anfang an wurde den Verhandlungspartnern aber klargemacht, dass es einen Abschluss nur dann geben wird, wenn ein gewichtiger Anteil als „neues Geld“ in das Gehaltssystem eingebracht wird.

HISTORIE

Die letzte Dienstrechts- und Besoldungsreform liegt schon weit über zehn Jahre zurück, die EU-Richtlinie 104/93 über die Arbeitszeit und das

KA-AZG werden permanent gebrochen, die Arbeitsbelastung auch während der Nacht steigt, vor allem die jungen Kolleginnen und Kollegen werden immer unzufriedener über die lange Wochenarbeitszeit von bis zu 90 Stunden und manchmal sogar mehr.

Die Ärztinnen und Ärzte in den Spitälern haben in den letzten Jahren alle für sie auch noch so belastenden Entwicklungen mitgetragen.

Nur einige Beispiele seien angeführt: die enorm gestiegene Mehrbelastung durch Verweildauerverkürzung und damit verbundenen höheren Wiederaufnahmeraten, der ungebrochene Zustrom der Patienten in die Spitalsambulanzen, die enorme Leistungsvermehrung durch den Fortschritt der Medizin, durch Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die es früher nicht gab, die Dokumentations- und Administrationsflut.

Dass hier angesichts der Mehrbelastungen für den einzelnen Arzt ein Nachholbedarf im Entgelt besteht, wurde uns von zahlreichen Landespolitikern bestätigt und Unterstützung zugesagt. Selbst die KAGes bestreitet dies schon lange nicht mehr.

Bekanntnisse allein sind zu wenig. Nun sollten Taten folgen.

VERHANDLUNGSFORTGANG

Zehn teilweise sehr konstruktive Verhandlungsrunden mit der KAGes haben mittlerweile stattgefunden. Zuletzt kam aber Sand ins Getriebe, weil die KAGes bezüglich unserer berechtigten Grundgehältsforderung nur unzureichendes Entgegenkommen zeigt.

WIR SIND DER KAGES WEIT ENTGEGENGEKOMMEN.

Wir führen vor dem Hintergrund der EU-Richtlinie und der ständigen KA-AZG-Verletzungen aktiv die Diskussion über flexiblere Dienstzeiten.

Für Deutschland fordert diese die größte deutschsprachige Ärztegewerkschaft, der Marburger Bund, in ihren Streikveranstaltungen aktiv ein. Auf den ersten Blick kann eine Flexibilisierung der Arbeitszeit für manchen bedrohlich erscheinen.

Die meisten Kolleginnen und Kollegen, vor allem aber die Patientinnen und Patienten profitieren von einer flexibleren Arbeitszeiteinteilung, weil die Hauptanwesenheitszeit in das Zeitfenster gelegt werden kann, wo sie vom Patienten gebraucht wird.

Denken Sie nur an den Winter, wo die meisten Ski- und Snowboardunfälle nicht um 9 Uhr morgens passieren, sondern nachmittags.

Von einem klugen, flexiblen Modell kann jeder profitieren: der Patient, weil er rascher behandelt werden kann, der Spitalsträger, weil er Ressourcen wie etwa OP-Kapazitäten oder teure Geräte besser nutzen kann, der Gesundheitslandesrat, weil Wartelisten abgearbeitet werden können und wir Ärzte, weil für uns mit der Flexibilisierung auch eine deutlich kürzere Arbeitszeit nach dem Nachtdienst verbunden ist. Und die KAGes kommt den von der EU verordneten Arbeitszeitgrenzen und damit dem Gesetz einen großen Schritt näher.

Um Ängsten vorzubeugen sei noch eines angemerkt: Es wurde vereinbart, dass die Organisationseinheiten nicht in ein neues Modell gezwungen werden, sondern dass die Abteilungen

selbst prüfen, ob für sie das neue Modell sinnvoll ist oder ob sie lieber im alten System bleiben wollen.

Denn nicht überall macht Flexibilisierung Sinn.

Bedeutende Verschlechterungen für Turnusärzte konnten abgewehrt werden: Hier gab es Bestrebungen, die Gehälter der Turnusärzte zu kürzen, weil sie noch Auszubildende seien. Unserer Argumentation, dass die Turnusärzte durch ihren Einsatz das System Spital maßgeblich miterhalten, konnte sich die KAGes-Führung schlussendlich doch anschließen.

STATUS QUO:

Verhandlungsstand ist, dass die KAGes nur 3,3% Grundgehältssteigerung auf den Tisch legen will.

Und das, liebe Kolleginnen und Kollegen, ist zu wenig! Damit kann man im Gehaltssystem keine zukunftsweisenden Änderungen durchführen.

Wir haben uns zum Ziel gemacht, die Arbeits- und Gehaltsituation der Ärztinnen und Ärzte nachhaltig zu verbessern. Die KAGes täte gut daran, dies zu erkennen und die Ärzte als Hauptleistungsträger zu stärken.

Besinnen wir uns auf unsere Stärke als ein Stand. Parallelverhandlungen einzelner Personen oder Interessensgruppen schaden dem Gesamtinteresse und damit uns allen.

Entgegen anders lautender Meldungen sind die Verhandlungen im Laufen.

Wir jedenfalls werden weiter für unsere Kolleginnen und Kollegen für höhere Grundgehälter und bessere Arbeitsbedingungen kämpfen.

Euer Herwig Lindner

Über die Kunst zu leben und die Kunst zu heilen!

Die Vorurteile über Künstler (**leben ja alle von der Hand in den Mund**) und der Ärzte (**haben ja alle volle Taschen**) beginnen langsam zu driften.

Es stimmt weder das eine noch das andere.

Künstler zeigen in Ihrer jeweiligen Epoche die Krankheiten der Gesellschaft auf, Ärzte versuchen, diese zu heilen! Bei der diesjährigen Verleihung des „Green Panther“ (der steirische Werbeoskar) war die Kampagne der Steirischen Ärztekammer „365x24 – unsere Spitalsärzte“ (Agentur AD-Ventures; Konzept & Text M. Gaisbacher; Art Director/Grafik E. Haring) in der Kategorie Außenwerbung nominiert.

Diese Kampagne läuft bereits österreichweit in verschiedenen Printmedien, da sie auch Anklang in der Bundeskurie fand. Die Ärztekammer für Steiermark hat die Vermischung zwischen Kunst und Ärzteschaft in diesem Sinne mit sehr gutem Erfolg umgesetzt.

Wir werden uns weiterhin um die Künste bemühen.

Die Redaktion

Die Themen der Spitalsärzte wie Arbeitszeit, Ausbildungsdauer und -Kosten sowie hoher Dokumentationsaufwand wurden in sechs Sujets dargestellt und als Citylights sowie als Inserate auf den Titelseiten von „Presse“ und „Standard“ geschaltet.

365 X 24
TAGE IM JAHR STUNDEN

14.02. 16:30 UHR Die Operation dauert nach Komplikationen bereits 7 Stunden. Der Chirurg Oberarzt Dr. Harald Grassl hätte schon längst Dienstschluss. Aber für Spitalsärzte ist ein „Schichtwechsel“ in heiklen Situationen undenkbar.

UNSERE SPITALSÄRZTE
... immer für uns da!

www.365x24.at

365 X 24
TAGE IM JAHR STUNDEN

12.05. 10:30 UHR Das OP Team wartet auf einen Befund. Oberärztin Dr. Karin Schmidt in der Radiologie urteilt nach wenigen Sekunden sicher und exakt. Eine Entscheidung in der 6 Jahre Studium und noch einmal mehr als 6 Jahre Facharztzubereitung am Krankenhaus steht.

UNSERE SPITALSÄRZTE
... immer für uns da!

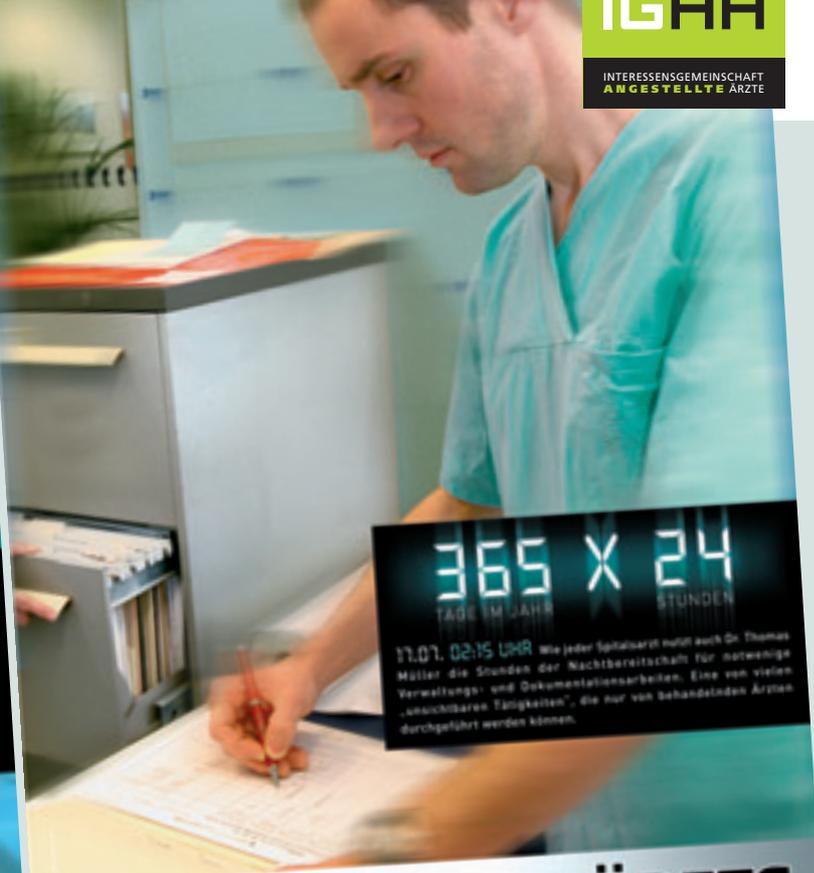


365 X 24
TAGE IM JAHR STUNDEN

24.10. 12:00 UHR Ein Patientengespräch dauert oft länger als die folgende Behandlung. Obwohl das auf keinem Arbeitsbereich aufreht, nimmt sich Oberärztin Dr. Anna Trinkl Zeit dafür. Ein Zeichen der sozialen Kompetenz unserer Spitalärzte.

UNSERE SPITALSÄRZTE
... immer für uns da!

www.365x24.at



365 X 24
TAGE IM JAHR STUNDEN

17.07. 02:15 UHR Wie jeder Spitalarzt nutzt auch Dr. Thomas Möller die Stunden der Nachtbereitschaft für notwendige Verwaltungs- und Dokumentationsarbeiten. Eine von vielen „unsichtbaren Tätigkeiten“, die nur von behandelnden Ärzten durchgeführt werden können.

UNSERE SPITALSÄRZTE
... immer für uns da!

www.365x24.at



365 X 24
TAGE IM JAHR STUNDEN

26.11. 05:42 UHR Kurz vor Ende des Nachtdienstes, Gynäkologin Dr. Birgit Baumgartner begleitet zwei neue Erdenbürger ins Leben. Mindestens einmal pro Woche muss ihre Familie eine Nacht auf sie verzichten, damit z.B. hier eine neue Familie entstehen kann.

UNSERE SPITALSÄRZTE
... immer für uns da!

www.365x24.at



365 X 24
TAGE IM JAHR STUNDEN

10.09. 10:20 UHR Neue Erkenntnisse in Forschung und Technik ermöglichen weitere Behandlungserfolge. Anders als in der Wirtschaft, finanzieren sich aber Spitalärzte, wie hier Univ. Doz. Dr. Gabriele Hallschee-Baumann, die dafür notwendige Fortbildung selbst.

UNSERE SPITALSÄRZTE
... immer für uns da!

www.365x24.at

ÄRZTEZENTREN – KOOPERATIONEN – PRIVATE-PUBLIC-PARTNERSHIP MODELLE, REGIONALISIERUNG ETC.

Liebe Kolleginnen und Kollegen !

Auch wenn in Sachen Gesundheitspolitik/Gesundheitsreform momentan nicht viel Bewegung stattfindet – nicht nur in der Steiermark, sondern auch auf Bundesebene und in ganz Europa (Deutschland, Frankreich, Holland, England etc.) – laufen im Hintergrund auf allen Ebenen der Politik, der Standesvertretungen und der Wirtschaft viele konzeptionelle Überlegungen ab, wie sich die Steiermark (aber auch Europa) den Herausforderungen der Zukunft in Fragen der Gesundheitspolitik und vor allem in Fragen der Finanzierung stellen wird.

Auch wenn diese Unzahl teilweise hochkomplexer Reformvorschläge kaum mehr zu überblicken sind, müssen uns Ärzten ein paar Grundsätze klar sein, an denen nicht gerüttelt werden darf. Zumindest aus Sicht unserer Fraktion.

1. ARZT-PATIENT

Die entscheidende Grundlage einer sinn- und wirkungsvollen Betreuung eines kranken Menschen ist das Vertrauensverhältnis zwischen ihm und seinem Arzt. **Nichts ist so wichtig wie dieser Grundsatz.**

Alle Reformvorschläge, die mehr und mehr Bürokratie zwischen Arzt und Patienten stopfen, sind grundsätzlich kontraproduktiv und verringern die Kommunikation, welche die entscheidende Grundlage eines Vertrauensver-

hältnisses darstellt. **Reformansätze, welche die Nähe zwischen Arzt und Patienten verbessern, sind zu unterstützen.**

Als ein Weg, um das zu erreichen, seien die seitens der INTERESSENSGEMEINSCHAFT ANGESTELLTE ÄRZTE



massiv unterstützen Ärztezentren erwähnt, die eine ideale Symbiose aus hoher Qualität und mehr Patientennähe darstellt!

...nur ist bei diesem Thema etwas mehr intellektuelle Beweglichkeit vieler Beteiligter – auch vieler Ärzte – notwendig.

2. GESUNDHEITSREFORM IST NICHT FINANZIERUNGSREFORM

Ein weit verbreiteter Irrtum muss endlich einmal ausgeräumt werden: Die Qualität unserer Gesundheitsversor-

gung (also das, was zwischen Arzt und Patient geschieht) ist hervorragend und hält jedem internationalen Benchmarking stand. Auch der dauernden Verbesserung der medizinischen Leistungen wird hierzulande breiter Raum gewährt.

Probleme bestehen fast ausschließlich in der Finanzierung der Gesundheitsversorgung – und das in ganz Europa! Reformvorschläge und -schritte für

... ODER: NEUE WEGE FÜR MEHR NÄHE ZUM PATIENTEN!

die Aufrechterhaltung der Kostendeckung gibt es zuhauf: Von der Totalprivatisierung der Spitäler in den zehn neuen EU-Staaten über die Kopfsteuer, regionale Globalbudgets, totale Verstaatlichung bis hin zur Erweiterung der Beitragsgrundlage etc.

um geht, wer - was - wie - wo bezüglich Finanzierung und Mittelverwaltung zu sagen hat. Abgesehen von der Klärung der Frage der Mittelaufbringung ist jedoch entscheidend, dass die Nähe zwischen Arzt und Patient nicht gefährdet wird.

Wenn durch Regionalisierung die Behandlungswege für unsere Patienten kürzer und effektiver werden – bitte gerne! Wenn durch Änderung von Eigentümerstrukturen oder durch Kooperation vieler Anbieter die Verwaltungs- und Bürokratiekosten gesenkt werden können und dafür mehr Geld für den Kernbereich (Arzt-Patient) vorhanden ist – auch gut!

In diesem Sinne und unter strikter Einhaltung dieser Grundsätze plädieren wir für eine vorurteilsfreie Mitgestaltung und Diskussion im laufenden Reformprozess.

Mit freundlichen Grüßen
Peter Schmidt



Als Ärzte sollte es uns vorerst gar nicht so sehr kümmern, welche Art der Finanzierung letztendlich eingesetzt wird, um die notwendigen Kosten zu decken. Für uns muss sichergestellt sein, dass die Kosten gedeckt sind und unsere Leistungen für unsere Patienten abgegolten werden.

Deswegen finden wir es müßig, dauernd ideologischen Grabenkämpfen beizuwohnen, in welchen es nur dar-

Von ärztlicher Seite werden nur neue (Finanzierungs-) Wege Zustimmung finden, welche dieses oben genannte Grundprinzip (intakte Arzt-Patienten-Beziehung) nicht verletzen. Wenn durch die Auslagerung überquellender Großambulanzen in Richtung überschaubarer Einheiten (Ärztzentren, Einzel- oder Gruppenpraxen) die Nähe zum Patienten gefördert wird – nur zu!

DOKUMENTATIONSWAHNSINN!

Die sogenannte westliche Welt erfährt durch ihren großen Wohlstand eine Abkehr von der Bereitschaft des Individuums zur Eigenverantwortlichkeit.

Das Bewusstsein, dass unser Leben tatsächlich lebensgefährlich ist, tritt in den Hintergrund.

Das Bestreben jedes Einzelnen von uns, das Leben in Sorglosigkeit und ohne Schwierigkeiten, also ohne viel Verantwortung für uns selbst und unsere Mitmenschen genießen, ja konsumieren zu können, wird von der Industrie via Werbung noch gefördert.

Widerfährt uns Übles, wollen wir Schuldige zur Verantwortung ziehen dürfen, um das Bewusstsein unserer Eigenverantwortlichkeit nicht bemühen zu müssen.

Vertrauen in den guten Willen unserer Mitmenschen wird zu einer schier biblischen Einstellung.

Resultat: Wir beanspruchen professionelle Hilfe, die uns – auf Basis der Rechtsordnung – einen Sündenbock für unsere Unbillen sucht.

Die Welt gerät immer stärker „in die Fänge der Juristen“.

Auf die Medizin bezogen: Die meisten Schuldsprüche resultieren aus Aufklärungsmängel über behandlingstypische Komplikationen. Für den Juristen ist eben nur das gesehen, was ausreichend am Papier beschrieben – dokumentiert – wurde.

Mit der Entwicklung dieser kollektiven Geisteshaltung, begann für uns ÄrztInnen der Zwang, jede therapeutische Kleinigkeit niederschreiben, jede Beobachtung über den Patienten nicht mündlich weiterzugeben, sondern, weil diese Beobachtung erst Jahre nach der Therapie forensisch von Bedeutung werden kann, schriftlich festzuhalten.

Eine enorme Belastung und vor allem ein zeitlicher Aufwand, der für mich die Hauptursache der medizinischen Kostenexplosion im Krankenhausbereich darstellt, da der Zeitaufwand in Mannstunden pro Tag eine entsprechende Personalvermehrung (=„Kostenexplosion“) nach sich zog.

Es nützt nix: Der Rechtsträger ist gezwungen, diesen Tanz um das juristische goldene Kalb mitzutanzten, solange die „politische Kaste“ selbst einen Spiegel unserer kollektiven psychischen Fehlhaltung darstellt und aus Angst vor den jeweils nächsten Wahlen schlichtweg zu feige ist, uns „einfachen Bürgern“ wieder unser Eigenrisiko am Leben ins Bewusstsein zu rufen.

Aber wir ÄrztInnen sind nicht der Nabel der Welt.

Mit der Emanzipation der Pflege als eigenständigem und der medizinischen Therapie gleichwertigen Gesundheitsberuf kam die pflegerische Eigenverantwortlichkeit mit ins Spiel. Die – in Relation zur Ärzteschaft – weitaus größere Zahl des Pflegepersonals führte entsprechend zu noch größeren Dokumentationslawinen und zu wei-

terem – noch höheren – Verlust an Arbeitsstunden und Personalaufwand in diesem Bereich.

Wenn ich nur an den OP denke:

Der Chirurg diktiert den OP-Bericht – Dokumentation

Der Anästhesist schreibt das Narkoseprotokoll – Dokumentation

Die OP-Pflege schreibt das Pflegeprotokoll – Dokumentation

Die Anästhesie-Pflege schreibt ihr Pflegeprotokoll – Dokumentation

Vier verschiedene Dokumentationen zum gleichen Arbeitsablauf, wobei sich – vor allem in der Dokumentation der Pflegeberufe – zahlreiche Aktivitäten finden, die auch in anderen Dokumentationen der Partnerberufe aufscheinen. Wir dokumentieren oft ein und dieselbe Tätigkeit mehrfach. Nachdem jeder der fachlich missbrauchten Dokumentarii auf eine andere Uhr schaut, um den Zeitpunkt der Tätigkeit festzuhalten, ist es leicht vorstellbar, dass beispielsweise der Zeitpunkt des Beginns eines chirurgischen Eingriffs am gleichen Patienten dreifach unterschiedlich festgehalten wird. Eine Vielzahl von Dokumentationen erhöht somit nicht unbedingt unsere Glaubwürdigkeit vor Gericht.

Nun ist es nicht die Aufgabe des Arztes, die Zwänge der Pflegeberufe zu bejammern, aber über das Ausmaß der Dokumentation meinerseits möge mir Wehklagen erlaubt sein! Ein sehr engagierter und dokumentationsfrustrierter Chirurg ließ sich bereits zu fol-

ÄRZTE SIND ÄRZTE SIND ÄRZTE

gender Bemerkung hinreißen: „Es ist nicht wichtig, dass ein Patient stirbt, es ist wichtig, dass ich – bevor ich mich zu ärztlicher Hilfe hinreißen lasse – akribisch den Zeitpunkt und die Umstände seines Ablebens dokumentiere.“

Er wollte damit auf die Diskrepanz zwischen Personalberechnung für ärztliche Leistungen und den Zeitverlust für den Patienten durch die möglichst unmittelbar parallel zur Therapie laufenden Dokumentation aufzeigen.

Wer von uns kennt nicht die alltägliche Problematik, dass ich mich, anstatt mir den Patienten genau anzusehen, um seinen körperlichen Aspekt für meine Befundung mitzuberücksichtigen, mit tausend Einzelschritten eines (zweifellos auch mit großen Vorteilen verbundenen) Medocs-Programmes beschäftige, damit ich endlich die richtige Maske finde, um dort das richtige Kas-

terl anklicken zu können? Ich werde in meiner ärztlichen Handlung täglich tausendfach durch den Griff zum Kugelschreiber oder die Bedienung eines Computers behindert, mich in menschlicher Zuwendung meinen kranken Mitmenschen so zu widmen, wie diese sich das von einem Arzt erwarten dürfen. Schon durch seine Körpersprache sollte der Arzt das Interesse an ihren Leiden ausdrücken.

Daher führt kein Weg am ärztlichen Dokumentarist vorbei; das müssen MitarbeiterInnen sein, die medizinisches Basiswissen aufweisen, um den ärztlichen Handlungen folgen zu können.

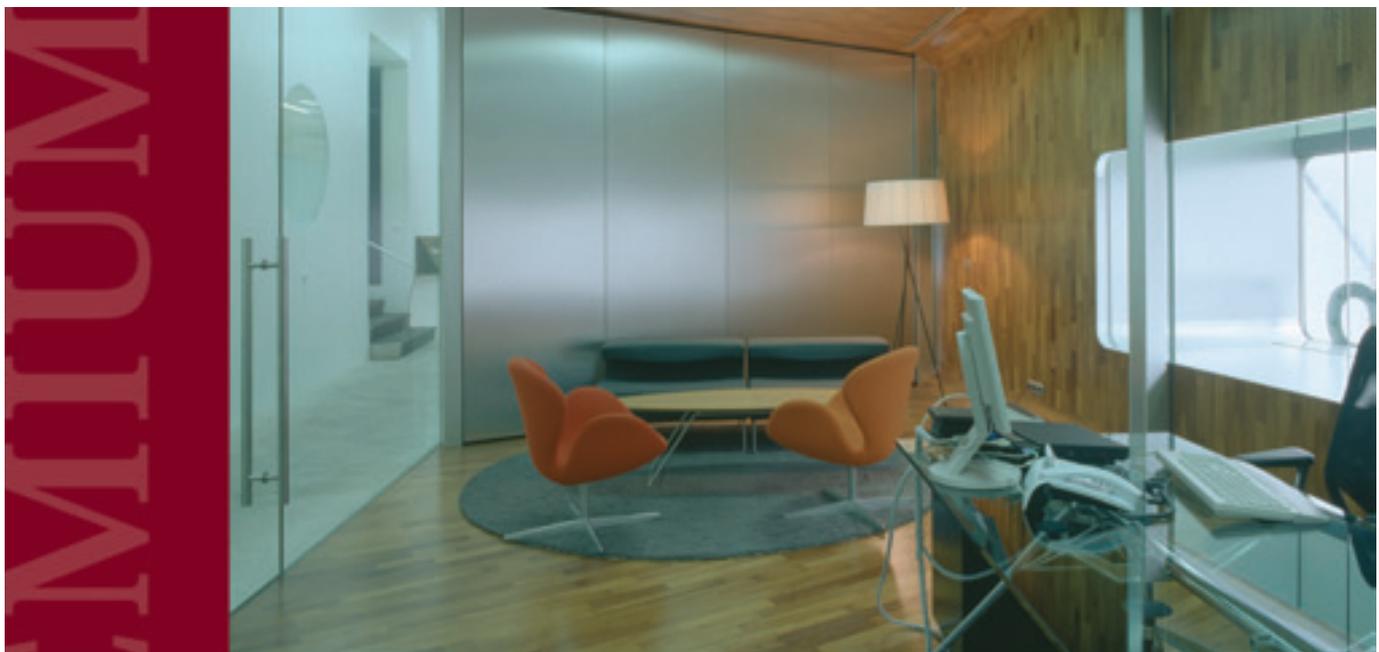
Haben sie das nicht, kommt es durch Unwissen und Fehleinschätzungen dieser therapeutischen Schritte zu unkorrekten Dokumentationen, wie man es durchaus von pflegerischer Seite be-

züglich ärztlicher Handlungen – aber sicherlich auch umgekehrt – in unserem Berufsalltag immer wieder beobachten kann.

Die unterschwellige Angst mancher KollegInnen, die durch wegfallende Dokumentationsleistung entfallenden „Mannstunden“ könnten vom ärztlichen Personal abgezogen werden, würde bedeuten, die für menschlich-ärztliche Patientenzuwendung freierwerdenden Mannstunden abzuziehen. Keinem Rechtsträger wird man diese Geisteshaltung ernsthaft unterstellen dürfen.

Die Götter sind verrückt geworden und haben den Juristen erfunden – wir müssen aber damit leben, weil wir letztlich ... siehe oben ...

Robert Schmied



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

Kompetenz harmoniert mit Können.

A woman with blonde hair, wearing a white shirt and a dark vest, is playing a saxophone on a stage. The scene is lit with a strong blue light, creating a dramatic atmosphere. The saxophone is a tenor saxophone. The woman is looking towards the right of the frame.

Dagmar TRILLER

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

T +43(316)325055-0

F +43(316)325055-4

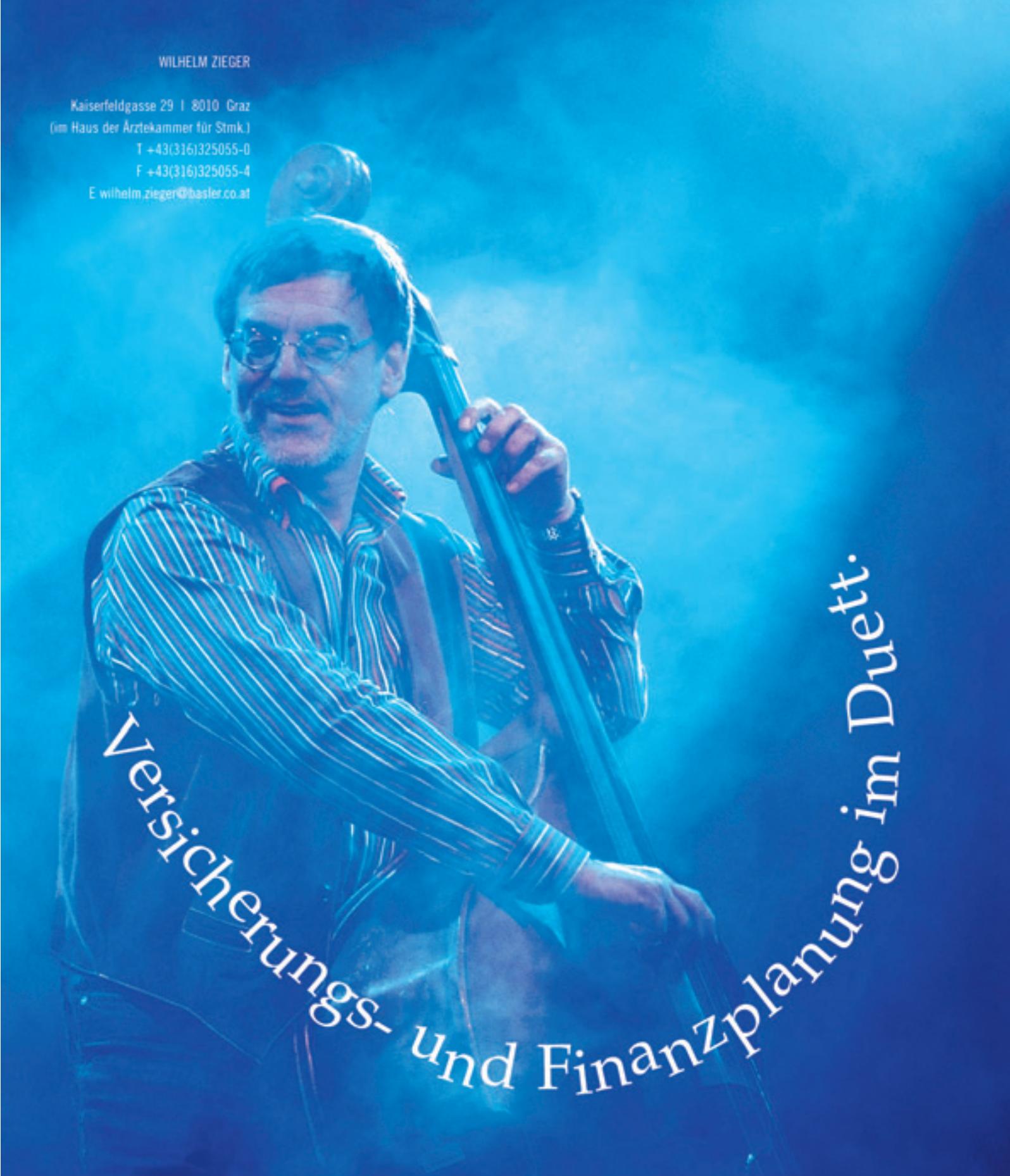
E dagmar.triller@basler.co.at

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



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

„DAS GESUNDHEITSWESEN IN ÖSTERREICH IST NOCH NICHT MISSIONIERT“ ...



IGAÄ

Herwig Lindner

... lautete die Aussage eines hochrangigen Vertreters des mächtigen internationalen Kapitals anlässlich einer Feierlichkeit vor einem Jahr. Das war nach der Verhinderung der Privatisierung der KAGes-Geschäftsführung.

Was hat der Urheber dieses Satzes gemeint?

Vermutlich nichts Gutes.

Es ist ein offenes Geheimnis, dass die Großkapitalgeber in den 90er Jahren das System in Großbritannien missionierten und 15 Jahre später ihr Geld plus Gewinnmarge zurückhaben wollten.

Die Versorgung und die Arbeitsbedingungen wurden dort so schlecht, dass niemand mehr in den Gesundheitsberufen arbeiten wollte. Jetzt fehlen tausende von Ärzten.

Nun kommen neue Geldgeber mit frischem Geld und bauen, gepaart mit Unsummen aus der Staatskassa, das dahinsiechende englische Gesundheitswesen wieder auf.

Etwa vor 10 Jahren begann in Deutschland eine unbeschreibliche Privatisie-

rungswelle, die ihren Höhepunkt noch nicht erreicht hat.

Rhön-Kliniken, Helios, Asklepios sind nur einige der Namen von potenten Privatkonzernen, die in beispiellosen Einkaufstouren dutzende von finanziell schwächelnden öffentlichen Krankenanstalten aufkaufen.

Anfangs noch mit dem Versorgungsauftrag für die Bevölkerung. Es folgen Investitionen, es folgt eine Durchforstung des Leistungsspektrums nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten, nach einigen Jahren kommt so mancher Ökonom zum Schluss, dass die Vorhaltekosten doch zu hoch sind, und so mancher versucht den öffentlichen Versorgungsauftrag zu umschiffen. Es sind halt zufällig alle Betten belegt.

Die Folge ist, dass sich nun die unselektierten Patienten in noch höherer Zahl auf noch weniger wirklich rein öffentliche Spitäler aufteilen.

Dort wird das Budget noch weiter belastet, man ist gezwungen, die Spitäler billig zu halten, indem man Leistungen und Personal ausdünn.

Aber nicht nur das verbleibende öffentliche Spitalswesen wird teurer, sondern auch das privatisierte System wird letztendlich teurer, auch wenn man den Politikern den Sand der Einsparungen in Millionenhöhe durch Hebung von Effizienzschätzen in die Augen gestreut hat.

Das Muster ist immer das gleiche.

Die Verbindungen von Asklepios reichen bis nach Kalifornien, wo sechs

weitere Spitäler betrieben werden. Wer die Mutter und wer das Kind ist, darf sich der geneigte Leser selbst zusammensetzen.

Die an Gesundheitseinrichtungen beteiligten multinationalen Konzerne sind keine humanitären Einrichtungen. Sie müssen gewinnorientiert ausgerichtet sein.

Das deutsche Bundeskartellamt befasste sich intensiv mit den Folgen von Übernahmen bzw. Fusionen von Spitälern. In den letzten Monaten wurde der unstillbare Hunger des Privatisierungsmonsters als sehr gefährlich erkannt: Mehrere Übernahmen wurden schlichtweg verboten oder mit der Auflage der Abstoßung anderer Krankenanstalten versehen.

Mittlerweile macht ein Teil der Spitalsbetreiber nicht einmal mehr davor Halt, Praxen von niedergelassenen Ärzten zu übernehmen.

Dies wird durch zwei Faktoren immens begünstigt.

Zunächst senken die deutschen Kassen die Arzthonorare und bringen dadurch die Ärzte in Bedrängnis und in Abhängigkeit von Banken.

Diese stellen die Verbindung zu Spitalsbetreibern oder Beteiligungsketten her, die in weiterer Folge die Praxisverträge übernehmen. Danach ist der Arzt nur mehr Angestellter in seiner eigenen Praxis. Der weitaus häufigere und einfachere Weg ist es aber, einfach abzuwarten, bis eine Praxis frei wird, diese wegen des Ärztemangels in Deutschland nicht mehr besetzt werden kann und sie dann ein-



Ja!

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

IGAÄ

INTERESSENSGEMEINSCHAFT
ANGESTELLTE ARZTE

Bitte
ausreichend
frankieren.

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

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

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

Eine Beitrittserklärung finden Sie auch unter

www.igspital.at

fach mitsamt dem Kassenvertrag zu übernehmen. Dies führt zur Ausrottung des niedergelassenen freien Kasernenarztes.

Der Neoliberalismus ist die Diktatur des 21. Jahrhunderts.

Nach Nationalsozialismus und Kommunismus beherrscht nun der Neoliberalismus die Welt. Die Ökonomie wird immer totalitärer. Dies beschränkt sich nicht nur auf das Gesundheitswesen. Es wird Freiheit und mehr Wohlstand versprochen, das Gegenteil tritt ein. In Wahrheit geht es um Abzocke und ungerechtfertigte Massenentlassungen.

All das haben andere Länder schon hinter sich, in Deutschland läuft die Maschinerie auf Hochtouren. Es ist zu befürchten, dass die Welle auch auf Österreich überschwappt.

Die Privatisierung der KAGes-Geschäftsführung konnten wir verhindern. Dr. Christian Köck hat sich aus

dem operativen Beratergeschäft zurückgezogen. Aber es werden weitere Versuche, öffentliche Spitäler und andere Einrichtungen in private Hand zu bekommen, mit Sicherheit folgen.

Hier gilt es wachsam zu sein. Wenn private Investoren mit Bündeln von Banknoten vor ihren Nasen wedeln, müssen unsere Landes- und auch Bundespolitiker resistent sein. Auch wenn ökonomische Schönredner von immensen Effizienzpotenzialen durch Privatisierung sprechen, dürfen sie ihnen nicht glauben.

Das öffentliche Gesundheitswesen muss öffentlich bleiben. Nur dann ist es sozial.

Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist die wichtigste und zentrale Aufgabe der öffentlichen Hand.

Nach anfänglichen Einsparungen würde das privatisierte Gesundheitssystem teurer werden, weil sich die Privaten

nur nach einigen Jahren selektiv die lukrativen „Rosinen“ herauspicken und der teure Hochrisikopatient öffentlich bleibt.

Im privaten Bereich wird durch eine Erhöhung des lukrativen Angebotes die Nachfrage steigen, das System für die Krankenversicherer und den Staat teurer werden.

Nicht den Neoliberalismus brauchen wir im öffentlichen Gesundheitswesen – das neosoziale und ethische Denken muss wieder in den Vordergrund gerückt werden.

Wir brauchen Reformen im öffentlichen Gesundheitswesen, darüber besteht kein Zweifel.

Bei diesen muss aber stets der Mensch im Mittelpunkt stehen und nicht das Kapital. Lippenbekenntnisse reichen da nicht aus.

Mit freundlichen Grüßen
H. Lindner



DIE ZUKUNFT DER ANGESTELLTEN ÄRZTE HAT JETZT BEGONNEN!

AUSBILDUNGSNOTSTAND BEI JUNGMEDIZINERN!

VERSAGT HIER DIE GESUNDHEITSPOLITIK..?

Über viele Jahre hinweg machen wir als zuständige Spitalsärztevertreter in der Ärztekammer regelmäßig darauf aufmerksam, dass die Turnusärzte immer weniger Zeit haben am Patienten zu arbeiten, weil sie unter anderem vermehrt patientenferne Tätigkeiten ausüben müssen.

Wir wollen uns nicht länger von der Politik hinhalten lassen.

Daher haben wir – akkordiert mit der Österreichischen Ärztekammer – den Ausbildungsnotstand in der Steiermark ausgerufen.

Die laufende Ausbildungs-evaluation der Ärztekammer zeigt auf, dass 70 Prozent der Turnusärztinnen und Tur-

nusärzte regelmäßig Verwaltungsaufgaben übernehmen, was in dieser Intensität nicht Teil der Ausbildung ist. Mehr als 50 Prozent müssen immer oder häufig periphere Leitungen spülen – laut Tätigkeitsprofil ist das primär die Aufgabe des diplomierten Pflegepersonals.

Diese Zeit fehlt in der Ausbildung am Patienten.

Zusätzlich geben rund 15 Prozent der Ärztinnen und Ärzte an, dass sie zumindest gelegentlich Zytostatika mischen – das ist laut Tätigkeitsprofil und offizieller Rechtsauffassung des Landes und des Gesundheitsministeriums unzulässig.

Derzeit ist die Qualität der Ausbildung unserer jungen Kolleginnen und Kollegen noch nicht gefährdet, da diese durch den Einsatz der auszubildenden Fachärztinnen und Fachärzte noch kompensiert werden kann. Eine einfache Analogie belegt das sich abzeichnende Dilemma: **Die Turnusärzte von heute sind die Behandler von morgen.**

Wie viele davon das Land brauchen wird und wie diese eingesetzt werden, steht vollkommen in den Sternen...

Die Altersstruktur der steirischen Ärztinnen und Ärzte weist einen gefährlich „Bauch“ auf, der in zehn Jahren einen Ärztemangel vermuten lassen kann. Die „aktuelle“ Inskriptionsproblematik an der Medizin Universität Graz lässt ebenfalls nichts Gutes erwarten.

Da braucht man keine besonderen Kenntnisse, um zu erahnen, dass wir in gut zehn Jahren einen absoluten Ärztemangel haben werden.

Die Kombination aus Ausbildungsqualität und fehlender Bedarfsplanung verschärft die Problematik ungemein.

In Österreich werden über den ÖSG 2005 zwar Planungsmodelle für die medizinischen Leistungsangebote auf Basis veralteter (2002) und fragwürdiger Leistungszahlen mit einem Horizont bis 2010 entwickelt, aber wer diese Leistungen an welchen Großgeräten erbringen soll, ist unklar.

Zurück zu den Jungmediziner: Turnusärztinnen und Turnusärzte werden zunehmend als billige Hilfskräfte eingesetzt – die Vorbereitung auf den verantwortungsvollen Beruf der Ärztin bzw. des Arztes, sei es für die Tätigkeit im Krankenhaus, sei es für die Arbeit in der Praxis, gerät ins Hintertreffen.

Es herrscht dringender Handlungsbedarf in der Steiermark seitens der Gesundheitspolitik, Konzepte gehören auf den Tisch und deren Umsetzung umgehend in die Wege geleitet.

Dazu sind folgende Punkte als zentrale Bestandteile zu nennen:

1. Verpflichtende Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten in den Praxen von Allgemeinmedizinern und Fachärzten. Dazu gehört auch eine adäquate Bezahlung der in Ausbildung stehenden Lehrpraktikanten.

2. Erstellung eines kompletten Ausbildungsprogramms für jede Turnusärztin und jeden Turnusarzt vor Ausbildungsbeginn.

3. Umsetzung des Turnusärzter-Tätigkeitsprofils und damit verbunden die

4. Einführung von Ausbildungsoberräten mit ausreichend zeitlichen Kapazitäten für in Ausbildung stehende Jungmediziner

5. Entlastung der Ärzte von patientenfernen Verwaltungsarbeiten und Einführung des Berufsbildes eines medizinischen Dokumentationsassistenten/medizinischen Dokumentaren analog zu Deutschland.

6. Eine Ärztebedarfsstudie mit Planungshorizont 2015, 2020 und 2025

Dies sind unabdingbare Hausaufgaben, welche bisher nicht gemacht wurden.

Ein weiteres Problem stellt die sogenannte Spitalsreform dar.

Durch die Veränderungen in der steirischen LKH-Landschaft - Stichwort: Leistungsreduktionen - werden auch die Ausbildungskapazitäten reduziert. Das heißt: De facto sinkt die Zahl der vollwertigen Ausbildungsstellen für Fachärztinnen und Fachärzte.

Ein weiterer Parameter, der die Schere zwischen Ärztebedarf und -angebot in Zukunft weiter öffnen wird.

Als verantwortliche Spitalsärztervertreter treten wir massiv für die Verbesserung der Ausbildungssituation unserer jungen Kolleginnen und Kollegen ein, da wir die prospektive Verantwortung für unsere zukünftigen Patientinnen und Patienten bereits jetzt wahrnehmen.

Dietmar Bayer



SOMMERNACHT. TANZ!

DAS STEIRISCHE ÄRZTEFEST



Die Ärztekammer
Steiermark

STADTHALLE GRAZ | 17. SEPTEMBER 2005

Information und Kartenbestellung:

Ärztekammer für Steiermark

Tel.: +43 316 8044-0



www.sommernachtanz.at



Basler
Versicherungen

die
ärzte
bank
Nomen est omen.



IGAÄ

Peter
Kapeller

Erinnern Sie sich noch daran, wie es war, als Sie an der Universität Ihre Ausbildungsstelle bekamen? Endlich hatten Sie eine solche ergattert! Voll Enthusiasmus und Engagement begannen Sie mit Ihrer neuen Tätigkeit.

Das Arbeiten mit Patienten, Nächte in den Labors und schließlich die ersten Nachtdienste. Diese steigerten Ihr Gehalt auf ein erträgliches Maß, und es kam Ihnen dabei nie in den Sinn, dass Ihre Tätigkeit dabei eventuell außerhalb gesetzlicher Bestimmungen abläuft. Sie hatten keine Ahnung von Betriebsvereinbarungen oder Arbeitszeitgesetz. Sie konnten aber mit Recht darauf vertrauen, dass Ihr Arbeitgeber, die Universität, wohl nicht nur im medizinischen Bereich Spitzenleistungen vollbringt, sondern dass auch jene, die die Organisation ausübten, professionelle Arbeit leisten, die einer Uni würdig ist.

Nun, ähnlich ging es sicher auch den seit 1.1.2004 neu hinzugekommenen Kolleginnen und Kollegen.

Auch Sie vertrauten darauf, dass die Rahmenbedingungen erfüllt sein würden. Irgendwie jedoch scheint es den Juristen der Medizin Universität (übrigens eigens von der Universität als Ganztagskraft angestellt, um solche Dinge zu bearbeiten) jedoch entgegen zu sein, dass für diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter keine Betriebsvereinbarung getroffen wurde und diese somit den Arbeitszeitregelungen des Privatangestellten-Gesetzes unterliegen. Das bedeutet: maximale Wo-

MUG - AZG VEREINBARUNG - EIN ERFOLG DER IG ANGESTELLTE ÄRZTE

chenarbeitszeit 48 Stunden, Tageshöchst arbeitszeit 13 Stunden. Solche Versehen sind normalerweise kein Problem.

Schließlich gib es in unseren Systemen immer mehrere an einem Formalablauf Beteiligte Institutionen, sodass Versehen auffallen.

So auch hier. Sowohl die Österreichische Ärztekammer als auch jene der Steiermark und der Dienststellen Ausschuss der Universität sowie dessen Nachfolgeinstitution, der Betriebsrat des wissenschaftlichen Personals, halfen mit Ihrem Wissen aus und machten die Universitätsleitung mehrmals schriftlich auf diesen Umstand aufmerksam. Nach mehreren Briefwechseln der Ärztekammer mit der Universität erkannten schließlich auch die Juristen der Universität, dass hier Handlungsbedarf besteht. Jedoch dauerte dieser Prozess viele Monate. Monate, in denen die neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne gesetzliche Absicherung arbeiten mussten.

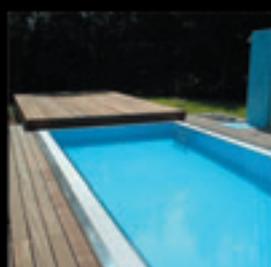
Auf meine Initiative in meiner Eigenschaft als Universitätsreferent der Ärztekammer Steiermark wurde ein Verhandlungsteam gebildet, woraufhin es dann in nur zwei kurzen Treffen möglich war, am 10.05.2005 die Betriebsvereinbarung auch für die wissenschaftlichen Mitarbeiter, welche ab 01.01.2004 eingetreten sind, abzuschließen.

Nun ist jedoch bekanntlich kein Nachteil ohne Vorteil. Im Rahmen dieser Treffen artikulierten Universität, wir – seitens Ärztekammer für Steiermark und Betriebsrat f. wissenschaftliches Personal – ihre gemeinsame Unzufriedenheit darüber, dass ein Abschluss eines Kollektivvertrages für die Universitäten ferner denn je scheint.

Auf unseren Vorschlag hin entschloss man sich seitens der Universität zur Aufnahme von Gesprächen für einen etwaigen Rahmenvertrag als quasi Vorvertrag bis zum Kollektivvertrag, in dem den neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Perspektiven vorgegeben werden können – zum Beispiel in Form von ausformulierten Karrieremodellen.

Universität, Ärztekammer und Betriebsrat sind hier auf gutem Wege, zu einer Zusammenarbeit zu finden, die für unsere Bediensteten das Arbeiten an der Medizin Universität Graz hoffentlich deutlich attraktiver machen wird.

Mit freundlichen Grüßen, Ihr
Peter Kapeller



KROBATH
WASSER-WÄRME-WOHLBEHAGEN

IDEEN FÜR HEIZUNG, BAD & POOL

Ihr kompetenter Partner für Komplettlösungen

Alles aus einer Hand

