

IGNÄ

INTERESSENGEMEINSCHAFT
NIEDERGELASSENE
ÄRZTE

Laut[sprecher]:

WahlSache **System am Ende!**

Mehr Patient

mehr Arzt

weniger System

**Kurswechsel
jetzt!**
29.3. IGNÄ 

Find us on
facebook
www.facebook.com/IGPRAXIS



Editorial



IGNÄ
Dietmar Bayer

Motoren, die nicht gewartet werden, bringen bald nicht mehr die nötigen Spitzenleistungen.

Der Ärztekammerwahlkampf zieht ins Land, immer wieder einmal wird die Ärzteschaft als Kostenverursacher abgestempelt. Was Politiker und Gesundheitsökonomien noch immer nicht begriffen haben, ist der Umstand, dass wir Ärzte diejenigen (und zwar die einzigen) sind, welche die Motoren im System darstellen.

Wir stellen diejenigen Motoren im Gesundheitswesen dar, welche mit ihrer Leistung Menschen wieder gesund machen und im volkswirtschaftlichen Sinne Folgekosten minimieren.

Aber: Motoren, die nicht gewartet werden, bringen bald nicht mehr die von ihnen erwarteten Spitzenleistungen. Nicht gewartete Motoren fallen mitunter auch aus... soll heißen: **Wir Ärzte sind nicht mehr unendlich belastbar.** Und das sage ich abseits des eben ins Land ziehenden Ärztekammerwahlkampfes. Dies, werte Gesundheitsökonomien und Politiker, ist eine innerärztliche Angelegenheit. Auch in Zeiten des Wahlkampfes sind wir nach außen hin stets handlungsfähig.

Die Entscheidung wer nun Präsident wird ist nur ein Teilaspekt für unseren Erfolg in der Zukunft. Noch wichtiger ist es, dass die Ärzteschaft sich als Entität begreift, sich ihrer Stärke bewusst wird und den Planern am grünen Tisch klarmacht, dass sie kein Kostenverursacher ist, sondern eine uralte Gilde hochspezialisierter Experten. Menschen, denen die Kunst eigen ist, andere Menschen zu heilen. Das ist es, was unsere Passion, Profession, ja unsere Berufung ist. Es ist etwas Einzigartiges. Wir lassen uns daher nicht zur Marionette der derzeit Mächtigen degradieren, unser Eid hält und überdauert die Systeme. Es wäre letztlich auch für Politiker klug zu erkennen, dass man sich nicht selbst operieren kann.

Aber das Herunterfahren der Systeme zielt ja genau darauf-

hin ab. Wer hilft denn dem nicht im Ballungszentrum akut Erkrankten, wenn die Spitäler qualitativ nihilisiert werden und bei den niedergelassenen KollegInnen die Landflucht zur grassierenden Seuche wird? Wer hat das zu verantworten?

Aus meiner Sicht ganz klar: Die Planer am grünen Tisch, die Zahlenkolonnenkommandanten.

Holt sie raus aus der sie umgebenden Hinterzimmeranonymität, nennt sie bei ihren Namen, zeigt sie der Öffentlichkeit, damit sie jeder kennt; Sie sollen jenen armen Menschen dann in die Augen schauen müssen, die der sogenannten statistischen Rationierung zum Opfer gefallen sind!

In der Zwischenzeit erdulden wir mithilfe der Ärztekammer weiter die Reduktion unserer Honorare,

meint Euer Dietmar Bayer

Sie können sich mit Ihrer Stimme für die IG Niedergelassene Ärzte bei dieser Ärztekammerwahl für eine proaktive und wieder schlagkräftige Ärztervertretung in der Ärztekammer entscheiden.

Ich stehe als ehemaliger Präsident der Ärztekammer (2003-2007) mit unseren Kandidatinnen und Kandidaten der IGNÄ für eine starke Ärztekammer.



Der Wohlfahrtsfond – verstaubt und adynam?

Wenn man als mündiger Bürger einen Teil seines Ersparnen in eine Anlageform, sagen wir einen Fond, investieren will, dann hat der Staat dafür gesorgt, dass man auch weiß, wem man sein Geld wie anvertraut.

Im Falle des Fonds bekommen Sie einen Fondsprospekt, welcher Ihnen neben einem Überblick über das Finanzprodukt selbst zusätzliche Detailinformationen zu den einzelnen Anlagen des Fonds im Speziellen gibt. Sie erhalten auch eine Einschätzung des Risikos und eine Performance Chart. Zu jeder Zeit können Sie sich einen Aus- und Überblick darüber verschaffen, was mit der investierten Summe passiert. Sie werden über die sogenannte Management Fee aufgeklärt, ebenso wie über etwaige Spesen.

Hand aufs Herz: Würden Sie die Katze im Sack kaufen? Ich glaube, dass Sie wohl eher Abstand nehmen würden von gewagten Investments, bei denen Sie nicht genau wissen, was mit dem Geld passiert.

Bekommen Sie auch genaue Informationen über den Wohlfahrtsfonds in Bezug auf die einzelnen Investments? Hmm... ?

Wenn uns schon eine Verpflichtung zum Einzahlen auferlegt ist, dann sollten wir auch über die nötigen Detailinformationen verfügen, was mit unserem Geld passiert. **Mir zum Beispiel reicht die derzeitige Information der Kammer nicht, welche unter dem Titel „Das wurde aus Ihren Einzahlungen in den Wohlfahrtsfonds“ jährlich einmal versandt wird.**

Ich will wissen, welche Häuser im Besitz des Wohlfahrtsfonds sind. **Ich will informiert werden**, welches Hotel im Eigentum der Kammer ist. **Ich will wissen**, welche Häuser wir mit fast einem Drittel unseres Wohlfahrtsfondsvermögens in Berlin (Berolina-Projekt) gekauft haben. Warum wurden mehr als 2,5 Mio Euro in eine Immobilienfirma gesteckt, welche im Haus der Ärztekammer untergebracht ist? **Wollte man nicht wissen**, ob es eine Ausschreibung gab, bevor die Kammer sich entschloss eine Summe von über 80 Millionen Euro in Berliner Häuserzeilen zu investieren. Warum hat man nicht Immobilienfonds gekauft, von denen man sich zu jeder Zeit trennen kann? Ein Ausstieg aus dem sogenannten Bero-

lina-Projekt erscheint ja beinahe unmöglich. Warum Berlin und nicht Österreich...?

Also: Wir wollen sehen, Karten auf den Tisch!

Wir sollten uns in der Debatte um die Sinnhaftigkeit des Wohlfahrtsfonds neuen Modellen gegenüber öffnen und die Frage stellen:

- **Werden die Bedürfnisse der jüngeren Generationen im Wohlfahrtsfonds abgedeckt?**
- **Wollen wir wirklich das breite Versicherungsmodell in dieser Form aufrecht erhalten?**
- **Was ist der Bedarf eines Wahlarztes, der im Spital auch noch angestellt ist?**
- **Sind die Interessen dieser Kollegen im Wohlfahrtsfond auch wirklich abgedeckt?**

Diese und weitere Fragen muss sich diese Kammerführung stellen lassen. Wir leisten uns in Österreich neun verschiedene Gebietskrankenkassen mit neun unterschiedlichen Tarifmodellen. Dieselbe Leistung wird in jedem Bundesland anderes abgegolten.

Wir haben neun verschiedene Wohlfahrtsfondsmodelle. Die Migration von einem Bundesland ins andere zieht oft komplexe Finanztransaktionen nach sich, weil neun unterschiedliche versicherungsmathematische Ansätze zur Anwendung kommen. Auf der Strecke bleibt der einzelne Arzt.

So kann es nicht sein. Hier haben wir nicht nur Diskussionsbedarf, sondern als IG NIEDERGELASSENE ÄRZTE fordern wir konkrete Lösungsvorschläge von unseren Kammerpolitikern.

Wir wollen Licht in das Dunkel bringen, in diesem Sinne: FIAT LUX!

Ihr Dietmar Bayer

The Kurswechsel jetzt!



IGNÄ Karlheinz Kornhäusl IGNÄ Kathrin Sieder IGNÄ Nikolaus Hanfstingl

Wovon junge Ärzte träumen und wofür sie kämpfen

Die Zahl der §2 Kassenärzte stagniert seit 2001, die Zahl aller Kassenärzte ist rückläufig, wie selbst die österreichischen Ärztekammer zeigt. Gleichzeitig ist immer öfter davon die Rede, dass in den nächsten Jahren geradezu eine Flut an Pensionierungen auf uns zukommt.

Immer wieder ist zu hören, dass es schwieriger wird, junge Ärzte aufs Land zu locken. Doch was wurde in den letzten Jahren seitens unserer (niedergelassenen!) Ständevertreter unternommen, um diesem Trend entgegenzuwirken? NICHTS!

Der Beruf des Allgemeinmediziners muss wieder attraktiver gemacht werden! Aber nicht das Berufsbild an sich ist zu ändern, sondern die Bedingungen! Praxisübergabe/nahme, Reihungskriterien und Reihungsliste sowie die Einführung von zukunftsorientierten Jobsharing-Modellen sind nur einige der wesentlichen Punkte.

Die aktuellen Reihungskriterien in der Steiermark sind längst überholt.

Derzeit zählen nicht die allgemeinmedizinische Qualifikation und Berufserfahrung des Bewerbers, sondern wie lange er auf zum Teil überqualifizierten Facharztstellen ausgeharrt hat. Die meisten Punkte bringt nach wie vor ein gewisser biologischer Alterungsprozess, der oftmals leider auch einhergeht mit dem Verlust des Interesses an der Allgemeinmedizin.

Weiters ist nicht verständlich, warum bei uns die Reihungsliste nicht auf der Ärztekammerhomepage offengelegt wird, wie es in anderen Bundesländern durchaus üblich ist. Diese „Offenlegungspolitik“ scheint aber in der steirischen Ärztekammer durchaus ein gängiges Modell zu sein. Dies zeigte unlängst auch die Zeitschrift „der Kassenarzt“ in ihrem Artikel zum Thema „Ärztekammerkosten im Bundesländervergleich“, in dem die steirische Ärztekammer als einzige ihre Kosten nicht offengelegt hat...

Die Deckelung des Bepunktungssystems ist nicht zeitgemäß.

Junge Ärztinnen und Ärzte, die den Mut aufbringen sich als Wahlärzte niederzulassen und/oder hauptberuflich einer Vertretungstätigkeit nachgehen, müssen und wollen durch

den Erwerb von Spezialdiplomen ihre Ordination und Person attraktiver für Patienten und Kollegen machen. Es kann nicht sein, dass ein Bewerber, der nur das ÖAK Fortbildungsdiplom vorzuweisen hat, die gleiche Punktezahl erhält wie ein Bewerber, der Spotmediziner mit Akupunkturdiplom und Notarztdiplom ist.

Auch die Deckelung auf Vertretungstätigkeit ist mittlerweile obsolet. Ganz im Gegenteil, sie muss in Zukunft sogar höher bewertet werden! Gleichzeitig ist es wichtig Vertretungstätigkeit im Sinne der Kollegialität fair zu entlohnen.

- **Wir stehen für eine Offenlegung der Reihungsliste**
- **Wir sind für eine Aufhebung der Deckelung auf Zusatzausbildungen, Spezialdiplome und Vertretungstätigkeit**
- **Wir fordern eine adäquate und höhere Bepunktung auf rein fachspezifische (allgemeinmedizinische) Tätigkeiten im Rahmen von Wahlärztztätigkeit und Vertretungstätigkeit**

Nachfolgepraxis. Ein frommer Wunsch für beide Seiten.

Kann ein Arzt noch mit 60 oder 65 Jahren die gleiche Patientenfrequenz bewältigen wie vor 30 Jahren? Kann er die gleiche Anzahl an Nachtdiensten und Wochenenddiensten erledigen? **Er MUSS! Weil ein gutes Nachfolgemodell noch nicht etabliert ist...**

Zur Zeit ist es der Kasse offenbar lieber, eine gut gehende Praxis für Monate zu schließen, weil sich kein geeigneter Nachfolger finden lässt oder der Kassenarzt krankheitsbedingt vorzeitig schließen musste. Oft liegt es aber auch an einer fehlenden Koordination zwischen Stellenausschreibung und Rücklegung des Kassenvertrages. Die Patientenversorgung bricht ab und der Standort wird zum Brachland für den Nachfolger. Ein gutes Modell sieht vor, dass sich der Praxisinhaber

ber seinen Nachfolger auswählt und in einer gemeinsamen Übergangsphase die Praxis übergeben wird. Das stellt die beste Versorgung für den Patienten sicher. Der Nachfolger kann langsam seine Patienten und das Versorgungsgebiet kennenlernen, umgekehrt können die Patienten so sichergehen, dass sie weiterhin in ihrem Sinn betreut werden und ihre Daten in guten Händen sind. Gleichzeitig kann sich der Praxisinhaber langsam zurückziehen und mit gutem Gewissen seine Ordination übergeben. Es kann nicht sein, dass – wie derzeit usus – dem Praxisinhaber sein Nachfolger quasi aufoktroiert wird.

- **Wir wollen eine Änderung des Nachfolgepraxismodells im Sinne des Patienten und des Arztes**

Die Medizin wird weiblich! Flexible Jobsharing-Modelle müssen her!

Ein Satz, der immer wieder zu lesen ist. Aber haben sich Ärztekammerführung und Politik darauf vorbereitet? NEIN! Das Anforderungsprofil eines niedergelassenen Arztes ist gänzlich frauenfeindlich! Wie wollen die oben genannten in den nächsten Jahren die fast 250 freiwerdenden Stellen besetzen ohne Frauen? Nur durch flexible Jobsharing-Modelle wird es möglich sein, den Spagat zwischen Familie und Beruf zu schaffen und seine Patienten kontinuierlich gut zu betreuen. Sowohl durch regelmäßige Vertretungen als auch durch Anstellung von Allgemeinmedizinerinnen bei Allgemeinmedizinerinnen könnte das zu lösen sein.

Es muss die Möglichkeit geschaffen werden, eine junge Kassenärztin mit Familie zumindest kurzfristig zu entlasten, indem sie durch eine Dauervertretung oder Anstellung eines anderen Arztes mehr Zeit für ihre Kinder hat. Gleichzeitig wird dadurch anderen jungen Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit gegeben Praxiserfahrung zu sammeln und auch in der Reihungsliste weiter nach vorne zu rutschen. Ein weiterer großer Vorteil ist natürlich die gute und kontinuierliche Betreuung der Patienten.

Teamwork statt lonely player!

Eine zeitgemäße extramurale Versorgung, die von der Bevölkerung ja gewünscht wird, sieht aber auch weitere Formen der ärztlichen Zusammenarbeit vor. Schon in den 90er Jahren wurden die ersten Gruppenpraxismodelle für eine zukunftsorientierte Medizin diskutiert. Seit rund 10 Jahren sind diese rechtlich verankert. Die gesetzliche Grundlage gleicht aber eher einer Totgeburt als einem Erfolg. Die Zahlen der in Österreich gemeldeten Gruppenpraxen und GmbHs zeigen es deutlich. Immer wieder werden Schlagworte laut wie spitals-

vorgelagerte Ärztezentren zur Entlastung der Ambulanzen. Diese leidige Diskussion müsste schon seit Jahren nicht mehr geführt werden, wenn unsere Standesvertretung im Sinne der Ärzte verhandelt hätte und lebbare Gruppenpraxismodelle entwickelt hätte. Wozu sollten sich zwei Kassenärzte derzeit zusammenschließen? Um weniger zu verdienen? Um den Kassen Geld zu ersparen, indem sie ihre Leistungen nicht mehr in Rechnung stellen?

Durch längere Öffnungszeiten und größeres Angebot wird auch von zwei Ärzten mehr Leistung erbracht. Diese muss entsprechend entlohnt werden. Es kann nicht sein, dass die Kassen auch hier einen Deckel darauflegen. Bei unseren deutschen Nachbarn ticken die Uhren mittlerweile anders. Sie scheinen das Problem erkannt zu haben: Dort erhalten Gruppen- und Gemeinschaftspraxen sogar einen zehnpromzentigen Leistungszuschlag, wodurch solche Formen der Zusammenarbeit durchaus attraktiv gemacht werden.

Gemeinschaftspraxen und Ärztezentren müssen von Ärzten geführt werden und können keine vorgelagerten Spitalsambulanzen sein! Weder der Bund noch einzelne Spitalsträger dürfen Besitzer solcher Gruppenpraxen werden! Der Beruf des niedergelassenen Arztes muss selbstbestimmt bleiben und Praxen müssen nach wirtschaftlichen Standpunkten geführt werden dürfen.

- **Wir wollen flexible Jobsharingmodelle**
- **Wir fordern zeitgemäße Gruppenpraxen ohne Deckelung des Leistungszuwachses**
- **Wir stehen dafür ein, dass die Führung von Praxen in den Händen von Ärztinnen und Ärzten bleibt und nicht von der öffentlichen Hand oder Großkonzernen übernommen wird**

Liebe Kolleginnen und Kollegen, was wäre eine Medizin ohne uns Ärzte? Es wird Zeit, dass wir die Zukunft der Medizin wieder selbst in die Hand nehmen. Und diese Zukunft beginnt jetzt...

Kurswechsel jetzt!

Deshalb am 29.3.2012 IGNÄ

Interessengemeinschaft niedergelassener Ärzte

Dr. Kathrin Sieder

Dr. Nikolaus Hanfstingl

Dr. Karlheinz Kornhäusl

**Kurswechsel
jetzt!
29.3.IGNÄ**



IGNÄ
Pedram Afschar

Umstrukturierung

Umstrukturierungen im Gesundheitswesen erlauben und erzwingen neue Denk- und Verhaltensweisen. Die klassische stationäre Behandlung von frisch operierten Patienten bis zur Operationsklasse IV ist im internationalen Vergleich ein finanzieller Luxus und rechnet sich weder für Krankenkassen noch den Spitalserhalter, egal ob im öffentlichen oder privaten Sektor.

Die Zukunft liegt in kleinen dezentralen ambulanten Einheiten, in denen auf dem modernsten Stand der operativen Technik die Eingriffe durchgeführt, die Patienten kurze Zeit nachbetreut und dann in die häusliche Pflege entlassen werden, gesichert durch ein ambulantes Bereitschaftsnetz für Not- und/oder Zwischenfälle.

Als Grundlage darf dabei die Problematik der Kosten im Gesundheitswesen herangezogen werden. Die Finanzierung der Krankenanstalten erfolgt derzeit zu einem geringen Teil aus den Krankenkassenbudgets, zu einem größeren Teil aus dem Sonderbudget der öffentlichen Hand. Dies entspricht zwar weitgehend der gewachsenen Tradition in Österreich, doch nicht den internationalen Standards.

Laut Vorgaben der WHO sollten bis zu 80% der operativen Eingriffe, der Operationsklassen I – IV, nicht stationär, sondern tagesklinisch durchgeführt werden, mit dem Ziel die Kapazitäten der Spitäler für die Operationsklassen V – VIII freizuhalten und Wartezeiten auf Operationstermine zu vermindern. In Österreich erfolgen derzeit ca. 5% der angesprochenen Operationen tagesklinisch, der Rest wird im Rahmen

eines stationären Aufenthaltes durchgeführt, mit der Konsequenz von hohen Kosten und geringer betriebswirtschaftlicher Effizienz. Der Spitalserhalter muss Personal und Räume zu hohen Kosten vorrätig halten, die entstehenden Kosten werden durch den Spitalserhalter, vornehmlich die Länder, abgefangen.

Tagesklinische Eingriffe entlasten sowohl die Spitäler als auch die Krankenkassen; und private Einrichtungen schaffen dafür die Voraussetzungen. Die dringend erforderliche Entlastung der kostenintensiven, chronisch überfüllten ambulanten und stationären Bereiche der Spitäler erfordert ein Schließen der Betreuungslücke zwischen niedergelassenen Ärzten und Spitalern durch Etablierung von Ärztezentren.

Um der drohenden Kostenexplosion im Gesundheitswesen wirksam zu begegnen, werden weltweit u.a. der größte Teil chirurgischer Eingriffe in tagesklinischen Zentren durchgeführt. In diesen Zentren soll den etablierten medizinischen Fachdisziplinen die Möglichkeit geboten werden, ihre Patienten selbst an Ort und Stelle umfassend tagesklinisch betreuen zu können. Darüber hinaus soll mit den Tageskliniken

Laut[sprecher]:

ein wichtiger Impuls gesetzt werden, in der Steiermark die Anzahl tagesklinischer Eingriffe weiter zu erhöhen, sich damit internationalen Standards weiter anzunähern und damit unserem Gesundheitswesen ein beträchtliches weiteres Einsparungspotential zu verschaffen. Diese Zentren, wie immer man sie auch nennen will, sollen durch steirische Ärzte entwickelt, realisiert und betrieben werden! Die jeweiligen ärztlichen „Betriebe“ (Institute und dgl.) sollen dabei im Eigentum der Ärzteschaft stehen!

Neue Versorgungsstrukturen braucht das Land !

Um dezentrale tagesklinische Einheiten im privaten Sektor entstehen lassen zu können, braucht es gesetzeskonforme Firmenstrukturen um adäquate zeitkonforme Behandlungsstrategien durchführen zu können. Der Gesetzgeber hat hierfür die „neuen Ärzte GmbHs“ vorgesehen, wobei die Gesetzesgrundlage aus unserer Sicht ganz offensichtlich misslungen ist. Nicht umsonst gibt es bis dato nur eine Ärzte GmbH in Österreich !

Es macht keinen Sinn, nur die kassenärztliche Zusammenarbeit genehmigungsfrei zu stellen, um damit die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag pauschaliert abdecken zu können und der Versicherung damit Geld zu sparen. Viel wichtiger wäre es, Kassenärzte und Wahlärzte genehmigungsfrei zusammenarbeiten zu lassen, um die Behandlungsstrategien für die Patientinnen zu erweitern. In diesem Zusammenhang sei auch erwähnt, dass es selbstverständlich auch notwendig wäre, Operationen in diesem Kontext auch verrechnungstechnisch extramural durchführen zu können. Diese Veränderungen beschreiben im Grunde die Verbesserung der Schnittstelle intramural/extramural.

Wie hinlänglich bekannt, gibt es in Österreich zu viele Spitalsbetten. Der Hauptfaktor der Gesundheitskosten fällt auf die Spitäler. Derzeit gibt es de facto keine strukturelle Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen und angestellten Ärzten. Die Antwort auf diese Probleme, wäre eine Art dritte Säule im Gesundheitssystem in Form von Ärztezentren, betrieben und entwickelt von Ärzten für Ärzte in Form von Ärzte GmbHs, wobei die Zusammenarbeit zwischen angestellten und niedergelassenen Ärzten ohne Kompromisse vom Gesetzgeber ermöglicht wird.

Die Vorteile liegen auf der Hand: Für angestellte Ärzte würde das Operationsverbot fallen, sie könnten ihre Patientinnen auch extramural in der Freizeit versorgen, für nieder-

gelassene Ärzte wäre es möglich, auch Patientinnen mit höherklassigen Operationen im Ärztezentrum und /oder Spital zu behandeln. Der Spitalträger könnte niederklassige Operationsgruppen nach extramural outsourcen und sich damit teurere Spitalsnchtigungen ersparen.

Alles in allem für alle Partner eine win-win Situation.

Ein weiterer Faktor sei nicht außer Acht gelassen: Die Wochenend-Versorgung der Patientinnen erfolgt derzeit fast ausschließlich an den öffentlichen Kliniken im Land. Eine Überlastung der Spitalsambulanzen ist daher die Folge. Mit der Etablierung kleiner extramuraler Versorgungseinheiten, betrieben durch Ärztenetzwerke im niedergelassenen Bereich, könnte auch hier eine erhebliche Reduktion der Belastung der Spitäler resultieren.

Zusammenfassend, liebe Kolleginnen und Kollegen, muss daher gesagt werden: Es liegt in unserer Hand, wie wir unsere Zukunft gestalten.

Unser aller Ärztekammer muss wegkommen von einer reinen Blockiererkammer, die alles Sinnvolle im Keim erstickt, und notwendige Strukturänderungen nicht zulässt.

Wir müssen unsere Zukunft gemeinsam in die richtige Richtung lenken.

**Dafür stehen wir von der IGNÄ!
Euer Pedram Afschar**



IGNÄ
Christoph Schweighofer

Hausärzte sind die effizientesten Gesundheitsmanager

Zu geringer Widerstand der Ärzteschaft gegenüber politischen Entscheidungen der letzten Jahre haben unseren Berufsstand in der Öffentlichkeit fast zur Bedeutungslosigkeit verkommen lassen! Im Gesundheitsbereich sind wir zum Spielball der Politik geworden, unsere Stimme wird kaum noch wahrgenommen.

Wir von der IGNÄ wollen erreichen, dass „Arzt sein wieder Spass macht“ und dass der althergebrachte Beruf des Hausarztes durch ein zeitgemäßes „Tuning“ wieder mehr an Bedeutung gewinnt. Zu unseren Prinzipien gehört eine respektvolle Zusammenarbeit mit anderen Fraktionen, ohne uns gegenseitig aufzureiben, mit dem Ziel, dass die gesamte Ärzteschaft gegenüber der Öffentlichkeit wieder ge- und entschlossen auftritt.

„Hausärzte sind die effizientesten Gesundheitsmanager“, so ein Zitat des bekannten Gesundheitsökonom E. Pichlbauer, der weiters meint: „Öftere Behandlung zu Hause würde nicht nur unglaubliche Qualität für den Patienten bringen, sondern auch zu Einsparungen von 10-15% im System führen!“

Statt diese Resource zu nutzen und den „Allgemeinmediziner“ in seiner Position zu stärken, versucht man ihm das (Über-)Leben schwer zu machen.

Honorarabschlüsse unter der Inflationsrate, ein Honorarsystem, in dem Quantität vor Qualität steht, ein überholter Leistungskatalog, mangelnde Kompetenzzuerkennung, die rücksichtslose Schließung von Hausapotheken, „Zeiträuber“ in Form von immer mehr Dokumentationspflichten (z.B. EKO, Qualitätssicherungsverordnung, Hygieneverordnung, Weggebührenaussweis usw.) haben den Beruf des Arztes für Allgemeinmedizin völlig unattraktiv gemacht.

Es grenzt an ein Wunder, dass sich trotzdem noch KollegInnen finden, die sich als „Praktischer Arzt“ niederlassen möchten und bereit sind, jahrelange Wartezeiten auf eine Kassenplanstelle in Kauf zu nehmen. Während dieser Zeit muss man durch Vertretungstätigkeiten, Übernahme von Nachtdiensten, Erwerben von zusätzlichen Qualifikationen Punkte sammeln und dann wird vielleicht die lang ersehnte Stelle doch an einen Facharzt aus dem Spitalsbereich, der dem Leistungsdruck im Klinikalltag nicht mehr standgehalten hat und in die Niederlassung flüchtet (weil durch Fachausbildung

als Allgemeinmediziner höher qualifiziert) vergeben. Die Unsicherheit, ob man überhaupt und wenn, wo und wann, eine Planstelle bekommt, machen eine Lebensplanung unmöglich. Es muss daher zu einer Neuregelung bei der Vergabe von Planstellen und Nachfolgepraxen kommen. Praxismodelle im Bereich Jobsharing und neue Zusammenarbeitsformen von Ärzten (z.B. Ärztezentren, die unbedingt in der Hand der niedergelassenen Ärzteschaft bleiben müssen und nicht von irgendwelchen Investoren oder KAGES betrieben werden dürfen) sollen speziell Frauen die Möglichkeit bieten, den Arztberuf mit Familie und Kindern in Einklang zu bringen.

Damit „Arzt sein wieder Spass macht“, engagieren wir uns für:

- 1.) ein neues Honorarsystem ohne Deckelung und Degression, in dem auch der Faktor Zeit Berücksichtigung findet und die Honorierung zeitgemäß ist (nie wieder unterinflationäre Abschlüsse!)
- 2.) einen modernen, völlig überarbeiteten Leistungskatalog, der keine unehonorierten Leistungen (Beispiel SVA: MGZ und EMGZ) enthält
- 3.) die Entbürokratisierung unserer Arbeit durch radikale Reduktion von Dokumentationspflichten
- 4.) Erhaltung der noch bestehenden Hausapotheken sowie das Dispensierrecht für alle Ärzte
- 5.) Neuregelung bei der Vergabe von Planstellen und Nachfolgepraxen (inkl. Standortevaluierung)
- 6.) Praxismodelle im Bereich Jobsharing und neue Zusammenarbeitsformen von Ärzten (z.B. Ärztezentren)

Christoph Schweighofer, Allgemeinmediziner
office@igpraxis.at

Mehr Patient

mehr Arzt

weniger System

Laut[sprecher]:

ehrlich sein!

... ehrlich s



**Kurswechsel
jetzt!**

29.3.IGNÄ



der unterschied
zum alltäglichen



Raiffeisen-Landesbank
Steiermark



private banking

vertrauen und sicherheit

- Kompetenz, Diskretion und Exklusivität
- Traditionelles Netzwerk mit internationaler Ausrichtung
- individuelle Betreuung auf höchstem Niveau
- Solider Vermögensaufbau dank wirtschaftlichem Weitblick

Ihr Private Banking Team ist für Sie erreichbar unter
Tel.: +43 (0) 316 / 8036-4395 oder
www.raiffeisen-privatebanking-graz.at



SVA-Gesundheitsversicherung Vorsorgebonus

*Wer auf seine Gesundheit achtet, wird belohnt!
Aber wer entlohnt den Arzt?*

„Vorbeugen ist besser als heilen“, sagt ein altes Sprichwort. Erstmals wird gesunde Lebensweise von einer Sozialversicherung honoriert. Patienten, die aktiv zur Erhaltung ihrer Gesundheit beitragen und alle Ziele eines neuen Programms erfüllen, zahlen künftig nur den halben Selbstbehalt – also 10 statt 20 Prozent für alle ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen.

Zur Erlangung dieser Vergünstigung müssen die Versicherten ein Gespräch unter dem Titel „Meine Gesundheitsziele“ mit Ihrem Arzt führen, in dem der IST-Zustand zu erheben ist bzw. bestimmte Ziele vereinbart werden. Nach 6 Monaten ist in einem weiteren Gespräch zu evaluieren, ob der Patient alle Teilziele erreicht hat, wenn ja, kann er um die Reduktion des Selbstbehalts bei der SVA ansuchen.

Grundsätzlich wäre diese Maßnahme zu begrüßen, wenn sie nicht auf unsere Kosten durchgeführt würde und wir für die dadurch entgangenen Selbstbehalte aufkommen müssten!

Der erfahrene Arzt weiß, dass sich Patientengespräche durch hartnäckiges Feilschen um Therapieziele meist ins „Endlose“ ziehen und in den seltensten Fällen in 5 Minuten abgeschlossen sind; auch wenn die „Leistung“ MGZ (meine Gesundheitsziele) im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung erbracht werden soll, bedeutet das einen gewaltigen zusätzlichen Aufwand. Ein Evaluierungsgespräch (EMGZ) nach etwa 6 Monaten soll gar im Rahmen einer normalen Konsultation ohne zusätzliche Abgeltung geführt werden. Es gibt zwar kein Honorar, die beiden Leistungen müssen aber in der Abrechnung aufscheinen. In einem Rundschreiben der Ärztekammer für Steiermark vom Februar 2012 an die niedergelassene Ärzteschaft heißt es, „es könnten dafür am Tag der Vorsorgeuntersuchung auch kurative Leistungen unter Angabe einer

entsprechenden Diagnose verrechnet werden bzw. seien auch neue Leistungen in den Honorarkatalog aufgenommen worden, wie das Heilmittelgespräch, honoriert mit 9 Euro und gedeckelt mit 7% der Fälle/Jahr (Anm.: die GKK gewährt einen hausärztlichen Koordinationszuschlag in der Höhe von 11,66 Euro, Deckelung 6%) sowie Sonderleistungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie; weiters „müsste der Abschluss mit der SVA ab 1.1.2012 als Gesamtpaket gesehen werden“.

Es ist für mich völlig unverständlich, wie die Ärztekammer sich so über den Tisch ziehen lassen und diesem sogenannten Gesamtpaket zustimmen konnte!

Es ist strikt abzulehnen, dass die Kassen neue Leistungen für ihre Versicherten anbieten, diese aber nicht honorieren wollen!

Dieser Vorstoß der SVA ist sicher nur der Anfang und es ist zu erwarten, dass auch BVA und VAEB diesem Beispiel folgen werden. Wenn vielleicht auch einmal Selbstbehalte für \$2 Versicherte eingeführt werden, kann man sich vorstellen, wie die Vorgangsweise dort aussehen wird. Leistung muss honoriert werden! Deshalb ist die Ärztekammer dringend gefordert MGZ (meine Gesundheitsziele) neu auszuverhandeln!

Dr. Christoph Schweighofer
office@igpraxis.at

P.S.: Vielleicht auch nicht uninteressant: Wieso bekamen die Kärntner Kollegen ihre Investitionen für die elektronische Krankmeldung (und das bereits 2011) mit 1200 Euro (Ärzte für Allgemeinmedizin) bzw. 600 Euro (Fachärzte) abgegolten, wogegen in der Steiermark nur 350 Euro gewährt werden?

Warum die IG-Ä ELGA ablehnt!

1. Investitionskosten in dreistelliger Millionenhöhe sowie Betriebskosten von ca. 35 Millionen Euro pro Jahr werden durch die Bindung dieses Kapitals zu einer weiteren Schwächung des Gesundheitssystems führen.
2. Bei den internationalen Kosten-Nutzen-Analysen in der 5- und 10-Jahres-Periode liegt der Nutzen immer auf Seiten der Verwaltung bzw. des Staates.
3. Für die Implementierung in die Praxissoftware, deren Wartung, Einschulungen sowie die laufenden Betriebskosten werden wir großteils selbst aufkommen müssen.
4. Durch ELGA ist eine extreme Mehrbelastung für den

Allgemeinmediziner, bei dem alle Daten zusammenlaufen und der diese koordinieren muss, zu erwarten; über eine entsprechende Abgeltung des Arbeitsaufwands ist bisher nichts bekannt.

5. Befunde können in ELGA aufgenommen werden, noch bevor der Patient diese kennt bzw. die Möglichkeit hat diese „auszublenden“; ein Löschen „unerwünschter Befunde“ ist für den Patienten unmöglich.

6. Ein absoluter Schutz für die Patientendaten kann von niemandem gewährleistet werden, wie uns „Anonymus“ beinahe täglich beweist.

Laut[sprecher]:

Der elektronische Gesundheitsakt. Was ist aus Sicht der Ärzteschaft sinnvoll?

Dass eine elektronische Gesundheitsakte erfolgreich und zum Nutzen aller Teilnehmer ins Gesundheitssystem implementiert werden kann ist kein Geheimnis. Dazu reicht ein Blick nach Dänemark.

Begonnen hat das ganz unspektakulär mit dem Aufbau einer Informationsplattform für interessierte Bürger.

Erst nach und nach hat sich das zugehörige Netzwerk zu einem Gesundheitsnetzwerk entwickelt.

Die Zauberworte, die dies ermöglichen, lauten:

- **Freiwilligkeit**
- **Geschützte Daten in einem geschützten Netzwerk**

In Österreich wollen die Verantwortlichen offenbar mit dem Kopf durch die Wand und schaffen es, mit dieser Strategie die zentralen Leistungsträger, nämlich uns Ärzte, gegen das System ELGA aufzubringen. Um den Widerstand klein zu halten wird gleich von vorneherein das Prinzip der Freiwilligkeit durch einen Zwang zur Teilnahme ersetzt. Sowohl Patienten als auch Ärzte müssen partizipieren. Eine Möglichkeit nicht daran teilzunehmen wird eingeräumt. Das sogenannte Opting-Out. Wo und wie genau man das Opting-Out vollziehen kann, vor allem was ist, wenn man alt ist und nicht über einen Internetzugang verfügt, ist nicht so ganz klar.

Wir fordern daher, dass sich Ärzte und Patienten freiwillig für die Teilnahme am elektronischen Gesundheitsakt entscheiden können („Opt-in“ statt „Opt-out“).

Die sensiblen Patientendaten sind in einem vernetzten System, nennen wir es HELGA, besonders zu schützen. Hat ein potentieller Eindringling nämlich einmal Zugang zum System (Anonymus zeigt es in regelmäßigen Abständen vor), so kann dieser aus dem Vollen schöpfen. Früher musste man sich dazu physischen Zugang verschaffen, also einbrechen. Der Schutz von Patientendaten ist daher sowohl technisch als auch legislativ ein besonderes Detail, wenn es darum geht, eine elektronische Gesundheitsakte zu implementieren. Das besondere Vertrauensverhältnis in der Arzt-Patientenbeziehung ist die Grundvoraussetzung für eine ärztliche Behandlung. Hier sind höchste Sicherheitsstandards zu implementieren.

Auf jeden Fall ist sicherzustellen, dass der Einsatz einer elektronischer Gesundheitsakte dem Patienten keine Nachteile und uns Ärzten Vorteile in der Behandlung bringt. Derzeit ist aber zu befürchten, dass uns mit dem Einsatz von ELGA eine deutliche administrative Mehrarbeit – neben Mehrkosten für zumindest die Wahlärzteschaft – auferlegt wird. Bis jetzt kann noch nicht eindeutig belegt werden, dass der Einsatz einer elektronischen Gesundheitsakte auch klare Vorteile für Behandler und Behandelten bringen.

Gerade in Zeiten, wo massive Budget-Einschnitte stattfinden ist nicht erklärbar, warum Millionen für eine elektronische

Gesundheitsakte ausgegeben werden. Millionen, welche sich nach Berechnungen der Österreichischen Ärztekammer primär als Einmal-Einsparungseffekte niederschlagen. Gleichzeitig werden aber die Mindeststandards in den Spitälern abgeschafft, Nachdienste werden eingespart, alles direkte Auswirkungen auf die Patienten. Für den niedergelassenen Bereich gibt es keine neuen Leistungen, das längst fällige Umstellen auf ein patientengerechtes Einzelleistungssystem mit deutlicher Betonung der Zuwendungsmedizin wird seitens der zuständigen Politiker nicht durchgeführt. Die notwendige Stärkung des Allgemeinmediziners im Sinne des „Family-Doctor“ Prinzips könnte laut Gesundheitsökonom Pichlbauer 10 bis 15% Einsparung bei deutlicher Entlastung der Spitalsstrukturen bringen. Hier sollte investiert werden; die Ausbildung junger Ärzte direkt am Patienten – Stichwort Lehrpraxis – liegt im Argen. Dafür wird ELGA gegen die Interessen von uns Ärzten als zentrale Leistungsträger und eigentlich auch gegen die Interessen der Patienten eingeführt, oder besser gesagt: durchgedrückt. Fast möchte man meinen, die ELGA-Protagonisten wären beratungsresistent.

Wenn man solche Projekte umsetzen will, und das lehrt uns die Geschichte, ist es notwendig, die zentralen Partner in die Planung mit einzubeziehen. Ehrlich miteinzubeziehen. In Dänemark scheint dies geglückt zu sein, mittlerweile tauschen sich dort Ärzte, Spitäler und Apotheken fast ausschließlich über ein sicheres elektronisches Netzwerk aus.

Als Eintrag ins ELGA Stammbuch möchte ich noch ein paar Zahlen aus Dänemark präsentieren:

Knapp drei Jahre nach Einführung der Gesundheitsplattform im Jahr 2003

- **wickelten Spitäler und Ordinationen 70% ihrer Kommunikation elektronisch ab**
- **übermittelten Spitalsärzte ihre Arztbriefe zu 84% elektronisch**
- **wurden 97% der Laborresultate elektronisch verschickt**
- **erfolgten Überweisungen bereits zu 41% elektronisch**
- **gingen 100% der Rezepte elektronisch an die Apotheken**

Was nicht ganz außer Acht gelassen werden sollte ist, dass Dänemark gut 700 Mio Euro für den Aufbau des Systemes ausgegeben hat...

**Cui bono? Fragt sich
Dietmar Bayer**





IGNÄ
Dr. Kurt Usar

Ein Erfahrungsbericht

... oder einige Anmerkungen zum Thema Öffnungszeiten, kassenfreier Raum, konkurrierende Berufsgruppen, Zusammenhalt der Ärzteschaft

In der ersten Hälfte des Jahres 2010 habe ich eine vorbestehende Praxis für Homöopathie mit einer neu übernommenen Kassenstelle für Allgemeinmedizin in einem anderen Grazer Bezirk zusammengeführt, eine Übersiedelung war notwendig, die Begleitumstände mühsam.

Die Stelle war patientenentleert aufgrund – jedenfalls von mir, möglicherweise auch vom Vorinhaber, unverschuldeter Kommunikationsprobleme (ein Desiderat an die Ärztekammer, eventuell Stoff für eine andere Kolumne, da an diesem Zustand innerhalb der Ärzteschaft mit Sicherheit niemand profitierte, die beteiligten Ärzte aber wirtschaftlichen Schaden nahmen und Patienten in Verunsicherung gerieten)...

Nun gab mir andererseits der Zwang, gewissermaßen eine Neugründung an anderem Ort vorzunehmen, auch Gelegenheiten.

Unter anderem, die bestehende, gut eingeführte, Praxis im „kassenfreien“ Raum (diesfalls eben Schwerpunkt Homöopathie) in ansprechender Weise auch räumlich neben der Kassenpraxis mit ihren gesetzlichen Auflagen, die hier nicht kritisch besprochen werden sollen – auch Thema genug für

einen eigenen Artikel – anzusiedeln, in einer Großordinati-on mit Möglichkeiten für Room-Sharing, Einbeziehung verwandter Gesundheitsleister usw.

Ich denke, die Allgemeinmediziner wie Fachärzte meiner Generation werden oft aus Neigung wie wirtschaftlicher Notwendigkeit den privatmedizinischen, kassenfreien Bereich mitnutzen wollen wenn nicht müssen. Dabei treffen Sie außerdem allerorten auf andere Berufsgruppen, die Ihnen zusehends Konkurrenz machen (siehe etwa die absurde Auslagerung von Pflegegutachten an Pflegekräfte zur Jahreswende, die gerade eben wieder diskutierte verpflichtende Übertragung von arbeitsmedizinischen Einsatzzeiten an Psychologen,... die Beispiele mehren sich und sollten ein dringender Aufruf zur Geschlossenheit innerhalb der Ärzteschaft sein und gegen Parteilungen, übrigens ein Gestehungsmerkmal unserer Gruppe IGNÄ).

Dies löst nun aber die Schwierigkeit aus, soll sich das Ganze rechnen, jedenfalls die Arbeitswoche hindurch in der Praxis präsent zu sein; Erleichterung durch Job-Sharing Modelle werden andernorts in dieser Zeitung besprochen und sollen hier einmal außer Acht gelassen werden. Auch um die von

den Kassen geforderten Mindestöffnungszeiten einzuhalten, war es nötig, am Freitag Nachmittag und Samstag Vormittag die Kassenpraxis offen zu halten. Ich tat dies aber nicht ungerne, ist doch so oft die Aufforderung seitens der Kostenträger und der Politik zu vernehmen, extramural zu behandeln, wo immer dies geht.

Wie sieht nun aber die Bilanz, ich kann hier nur eine höchstpersönliche vorlegen, nach zwei Jahren aus?

Das Angebot am Freitag Nachmittag beginnt sich herumzusprechen, jedenfalls bis etwa 16 Uhr ist die Praxis gut frequentiert. Danach und insbesondere am Samstag ist die Patientenfrequenz deprimierend. An der Bewerbung kann es – vgl. die anderen Ordinationstage – kaum liegen.

Ich nehme an – und habe durch Rückmeldungen auch erfahren –, das schlicht Unerwartete, die Unkenntnis seitens der Patienten ist zum Gutteil verantwortlich.

Was wäre also, ganz konkret, rasch und im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten zu fordern?

Zum Beispiel den Samstag, oder aber auch Abendordinationen unter der Woche, hinsichtlich Honorar anders zu behandeln als einen herkömmlichen Werktag, eine Bekanntmachung seitens der Sozialversicherungsträger usw.. Rechnen müsste sich dies allemal; denn von den Patienten, die dann doch erscheinen, meist mit Infekten oder leichteren Verletzungen, muss am Ende nur ein Bruchteil an das Krankenhaus weiterverwiesen werden, der Einsparungseffekt sollte eklatant sein – warum wird er, bitte, nicht partiell weitergegeben?

Ohne dies allzu genau beobachtet zu haben, will es mir scheinen, dass Kolleginnen und Kollegen Samstagsöffnungen schon wieder zurückgezogen haben; eine katastrophale Entwicklung.

Diese wirft eine weitere Frage auf: „Wann dann seriös die zeitintensiven, aber auch in jeder Hinsicht lohnenden Privatleistungen anbieten?“, die, siehe die Zahl der diversen Diplominhaber, als Potential in der Kollegenschaft vorhanden sind und doch wohl bitte nicht wiederum an eine andere – siehe oben – diesfalls obendrein reichlich obskure „Berufsgruppe“, an Energetiker abgetreten werden sollten, auch im Interesse der Patienten – für unsere Generation an Allgemeinmedizinerinnen aber auch Fachärzten fachlich zutiefst enttäuschend, aber auch wirtschaftlich bedrohlich.

Meine Forderungen

Unser vorrangiges Bemühen wird es sein, allenfalls in Zusammenarbeit mit anderen Listen, ein geschlossenes Auftreten der Ärzteschaft sicherzustellen.

Es gilt, sich nicht untereinander aufzureiben, sondern in respektvoller Zusammenarbeit mit, aber auch Abgrenzung gegenüber nicht-ärztlichen Berufsgruppen, unsere Kernkompetenzen zu bewahren und adäquat abgeltet zu bekommen und in geschlossenem Auftreten gegenüber Arbeitgebern, Vertragspartnern... allen Ärzten ein ihrer enormen Verantwortung und Ausbildung entsprechendes Auskommen, gerade auch im Auftrag unserer Patienten, zu ermöglichen.

Der kassenfreie Raum ist ebenso aufzuwerten wie Versuche, ureigene ärztliche Kompetenzen unserem Berufsstand zu entziehen, abzuwehren. Mit Entschiedenheit und ohne endlose Verhandlungen.

Absurde Argumente wie es sei zu wenig Geld im System vorhanden, können wirkungsvoll nur in Zusammenarbeit innerhalb der gesamten Ärzteschaft abgewiesen werden.

Dr. Kurt Usar



IGAÄ Obmann
Herwig Lindner

Gastkommentar

Für eine starke Gesamtkammer

Just 2 Monate vor der Wahl erhöht die Kammerführung ihre Schlagzahl, was mitunter zu heftigem Durcheinanderrudern und unkontrolliert schlingern den Kreisbewegungen des Bootes, in dem wir alle sitzen, führt.

So wurde etwa auch die Frequenz der Bezirksärzterversammlungen dramatisch erhöht.

IGAÄ-wohlgesinnte Teilnehmer berichteten uns zuletzt wiederholt, dass einzelne Kammerfunktionäre diese Bezirksärzterversammlungen dazu benutzten, um absichtlich Angst vor der „großen“ und „übermächtigen“ IGAÄ zu schüren. Die IGAÄ haue immer nur auf die Niedergelassenen hin und wolle die Ärztekammer spalten, so die Aussagen.

Als Obmann der Interessensgemeinschaft Angestellte Ärzte stelle ich hier unmissverständlich klar, dass die IGAÄ zwar originär die Spitalsärztinnen und -ärzte vertritt, selbstverständlich aber auch das Wohl der Gesamtkammer im Auge hat.

Wir haben keinerlei Interesse, die niedergelassenen Kollegen zu desavouieren oder ihren Ruf zu beschädigen.

Im Gegenteil. Viele unserer Gründungsmitglieder haben mittlerweile Ordinationen ohne oder mit Kassenvertrag. Der Akt der Vertragsunterzeichnung ist selbstverständlich nicht gleichbedeutend mit der Aufkündigung der Freundschaft. Zahlreiche unserer aktiven Mitglieder stehen vor der Niederlassung. Auch sie werden unsere Freunde bleiben. Nur wenn wir nach außen als Einheit auftreten, werden wir als starke Kammer wahrgenommen. Wir leben in einer Zeit, in der der

Ärzteschaft stark zugesetzt wird. Es ist zu befürchten, dass sich das in den nächsten Jahren noch zuspitzen wird. Verlässliche Partner sind in diesen schwierigen Zeiten ganz wichtig. Wir sehen die im Niedergelassenen Bereich tätigen Ärzte und deren Kurie als unsere Partner, mit denen wir die Zukunft der Gesamtärzteschaft gestalten werden. Die IGAÄ ist dazu bereit. Wie wir aus der IGNÄ hören, diese auch.

Wir wünschen den Vertretern der IGNÄ viel Erfolg bei der Kammerwahl und uns allen eine gute Zusammenarbeit.

**Herwig Lindner,
Obmann der IGAÄ**

Wenn auch Sie unsere Vorhaben unterstützen wollen, treten Sie doch einfach der IG NÄ bei. Jedes Mitglied macht uns stärker, die Interessen der niedergelassenen Ärzte in unserer Kammer zu vertreten.

Wir unterstützen SIE in jedem Fall!

An die
IG Niedergelassene Ärzte
c/o Dr. Christoph Schweighofer
Grazer Straße 84
8605 Kapfenberg

Fax an: 0 34 52 / 71 5 24

Beitrittserklärung

Ich beantrage die
Aufnahme
als ordentliches
Mitglied der IG NÄ

Ich bin mit der Veröffentlichung meines Namens und der Fachbezeichnung/Ordination auf der IG NÄ-Website einverstanden. Diese Erklärung ist jederzeit widerrufbar.

Ja Nein

Datenschutz: Ich bin mit der elektronischen Speicherung meiner Mitgliederdaten für die Zeit meiner Mitgliedschaft einverstanden. Die Daten werden ausschließlich für Vereinszwecke (Mitgliederverwaltung, Mailings etc.) genutzt und nicht an Dritte weitergegeben. Diese Erklärung erlischt mit Beendigung der Mitgliedschaft oder bei Widerruf.

Ja Nein

Die Jahresmitgliedschaft beträgt Euro 40,- pro Jahr. Nach Eintreffen der Anmeldung erhalten Sie die Beitrittsbestätigung sowie den entsprechenden Erlagschein. **Die Beitrittserklärung finden Sie auch unter www.igpraxis.at**

Titel	_____
Vorname	_____
Nachname	_____
Geburtsdatum	_____
Tätigkeit/Fach	_____

Ordination

Straße	_____
PLZ/Ort	_____
Telefon	_____
Fax	_____
Mobil	_____
E-Mail	_____

Ort, Datum, Unterschrift (ev. Stempel)



Dr. Kurt Usar

Arzt für Allgemeinmedizin, ÖÄK Diplome: Homöopathie, Akupunktur, Arbeits- u. Ernährungsmedizin
Arbeitsmediziner der Firma TONDACH Gleinstätten AG

„Ich sehe mich als einen Arzt der Zukunft. Meine Patienten sind gleichberechtigte, mündige Gesprächspartner/innen. Ich gebe ihnen im Gespräch Zeit, ihre Sicht der Entstehung von Krankheit und Leid darzustellen.“



Dach und Mauerwerk für Generationen - modern & sicher.

Setzen Sie mit TONDACH® bei klassischen und modernen Häusern außergewöhnliche Akzente in Sachen Ästhetik und Design. Mit extravaganten Dachziegeltypen in mehr als 25 Farbtönen von matt bis glänzend. Geschaffen aus reiner Natur, bieten TONDACH®-Dachziegel und der massive POROTOP®-Mauerziegel Sicherheit und Behaglichkeit für Generationen. Nutzen Sie dieses Plus an Individualität. Mehr darüber auf www.tondach.at



POROTOP 
massiv.langlebig.wertbeständig.

TONDACH 
Das Jahrhundertdach.