

DER

# Laut[sprecher]:

... wir schreiben es laut!

# IGNÄ

INTERESSENSGEMEINSCHAFT  
**NIEDERGELASSENE**  
ÄRZTE

Das System macht krank	Seite 2
Die Belastungen für niedergelassene Ärzte nehmen immer weiter zu.	Seite 3
Das System macht krank! Ist das System krank?	Seite 4-5
PHC Gesetz: Staat verabschiedet sich von Hausärzten!	Seite 5
Die niedergelassenen Kinderärzte - eine aussterbende Spezies?	Seite 6-7
Ärztmangel im ganzen Land!	Seite 8
Minenfeld Übergabepaxis	Seite 9
Der Medicus   Die neue Zeit oder doch ein Systemversagen?	Seite 10-11
Erfolgsmodell - Styriamed.net	Seite 12
Die Hausapotheke muss bestehen bleiben!	Seite 13
JA zur Primärversorgung - aber ohne PHC- Gesetz!	Seite 14-15
Arbeitsverdichtung!	Seite 16
Umwälzungen im Gesundheitswesen	Seite 17

IM  
KURS  
WECHSEL  
ZU ...

mehr Patient

mehr Arzt

weniger System

Arbeitsverdichtung

# Das System macht krank

Das Informationsmedium  
der Interessensgemeinschaft  
Niedergelassene Ärzte

igpraxis.at

Arbeitsverdichtung

# Das System macht krank

IM  
KURS  
WECHSEL  
ZU ...

mehr Patient

mehr Arzt

weniger System

Jeder von uns kennt das Phänomen, noch mehr in noch kürzerer Zeit erledigen zu müssen. Patienten machen Druck, die Bürokatiehdürden erdrücken uns und die Ambulanzen der Spitäler kollabieren unter dem neuen Arbeitszeitgesetz. Der Ärztemangel fordert seinen Tribut, es will von den Jungmedizinerinnen nach der Ausbildung ein großer Teil direkt ins Ausland. Das alles ist unter dem Titel der Arbeitsverdichtung zusammenzufassen. Eine von uns in der Ärztekammer initiierte Studie zeigt deutlich auf, wo der Hund begraben ist: Das System macht krank! Bis zu den Verantwortlichen im Gesundheitssystem hat sich das aber noch nicht herumgesprochen. Unser Befund spricht jedoch eine klare Sprache. Die IGNÄ setzt mit Ihrer Schwesterfraktion IGAÄ (Interessengemeinschaft Angestellte Ärzte) in der Ärztekammer nun den Schwerpunkt auf das Thema Arbeitsverdichtung und Erarbeitung von Alternativen zum jetzigen Kassensystem, denn so kann es nicht mehr weiter gehen.

Wir wollen den Kurswechsel im System einleiten. Sollten Sie Interesse haben uns zu unterstützen, dann bitten wir um Ihre aktive Mitarbeit. Haben Sie Ideen und Vorschläge, dann bitten wir um Kontaktaufnahme unter: [office\(at\)igpraxis.at](mailto:office(at)igpraxis.at).

## Editorial

# Die Belastungen für niedergelassene Ärzte nehmen immer weiter zu.

*Folgen des Arbeitszeitgesetzes und des Ärztemangels im Spitalsbereich konnten bisher weitgehend durch die Solidarität sowohl der Spitalsärzte als auch der niedergelassenen Ärzte abgedeckt werden.*



**Dr. Christoph Schweighofer**  
Obmann | IGÄ

Dem extramuralen Bereich muss mehr Bedeutung zukommen; vor allem den Beruf des Arztes für Allgemeinmedizin gilt es zu attraktiveren. Moderne Kooperationsformen, zeitgemäße Leistungskataloge ohne Deckelungen, Degressionen und Limits müssen endlich Realität werden. Die Zeit unentgeltlich geleisteter 24-Stunden-Anwesenheiten an 365 Tagen im Jahr sowie die Honorierung einer Ordination in der 3. Stufe beim Kassenarzt für Allgemeinmedizin unter 4,- Euro müssen endgültig Geschichte sein! Auch wenn es die Vertreter der GKK Steiermark beharrlich verdrängen, ist der Ärztemangel im Bereich der Niederlassung im Jahr 2015 auch in der Steiermark erschreckende Realität geworden.

Die mit dem neuen Sozialbetrugsbekämpfungsgesetz verbundenen Schikanen (Mystery Shopping, verpflichtende Identitätskontrollen, Belegerteilungs- und Registrierkassenpflicht) machen es immer schwerer, mit Freude als niedergelassener Arzt tätig zu sein.

Mit Einführung von ELGA, eBS, eMedikation usw. werden immense Kosten auf die niedergelassenen KollegInnen zukommen. Wir fordern, dass diese finanziellen Aufwendungen zu 100 Prozent von der öffentlichen Hand getragen werden. Nach wie vor ein Dauerbrenner in der Gesundheitspolitik ist das PHC-Gesetz. Nur Fragmente des Inhalts sind bisher bekannt geworden, aber eines scheint

sicher zu sein: Man will der Ärztekammer die Vertragshoheit entziehen und ist auch bereit, den PHC-Bereich Großinvestoren zu überlassen. Das würde als Konsequenz aber auch das Ende des freien Arztberufs nach sich ziehen.

Wie man neue Formen der Primärversorgung für alle lebbar umsetzen kann, haben wir in der Steiermark mit Styriamed.net, unserem „Best Practice“-Modell, das mittlerweile weit über die Landesgrenzen hinaus bekannt ist, eindrucksvoll bewiesen.

Und der Erfolg gibt uns recht. Neben dem bereits bestehenden und mit unserem Knowhow etablierten Pannoniamed.net im Burgenland will man mit unserer Unterstützung 2016 auch in Vorarlberg und Tirol Ärztenetzwerke nach unserem Vorbild einrichten.

Wir niedergelassenen Ärzte werden viel lauter und entschlossener gegen die Pläne der Gesundheitspolitik auftreten müssen, damit die Arbeitsbedingungen in der Niederlassung wieder annehmbar werden. Dafür treten wir als IGÄ ein.

**Mehr Patient. Mehr Arzt. Weniger System.**

Für den Vorstand der IGÄ,  
Dr. Christoph Schweighofer

*Die Zeit unentgeltlich geleisteter 24-Stunden-Anwesenheiten an 365 Tagen im Jahr sowie die Honorierung einer Ordination in der 3. Stufe beim Kassenarzt für Allgemeinmedizin unter 4,- Euro müssen endgültig Geschichte sein!*

## Leitartikel

# Das System macht krank! Ist das System krank?

*Die Kollegen in den Spitälern leiden unter der zunehmenden Arbeitsverdichtung. Das hat eine rezente Studie zum Thema Arbeitsbelastung der steirischen Ärzte (Institut für Psychologie der Universität Graz in Zusammenarbeit mit der univ. Klinik für Psychiatrie) ergeben. Was hier vorerst im Spital passiert, wird uns in der Niederlassung ebenso mit voller Wucht treffen.*



**Dr. Dietmar Bayer**  
stv. Obmann | IGNÄ

Die Gründe hierfür sind vielfältig. Einerseits sind es die Auswirkungen des Arbeitszeitgesetzes, das ja eine konkrete Entlastung für den außer Dienst gehenden Arzt bringt, andererseits ist es der ungebremste Zustrom von Menschen mit Bagatellerkrankungen in die Notaufnahmen und Spitalsambulanzen, für die man sich vor 20 Jahren noch geschämt hätte überhaupt zum Arzt zu gehen.

In manchen Spitalsambulanzen zeigt sich um 03:00 Uhr früh ein Bild wie zur Prime-Time der Ambulanz tagsüber um 10:00 vormittags - mit dem Unterschied, dass in der Nacht nur eine spärliche Dienstmannschaft für Notfälle vorgehalten wird. Nach einem Nachtdienst fällt mit dem durch das neue Arbeitszeitgesetz bedingte Heimgehen die gesamte Dienstmannschaft in der vormittäglichen Routineversorgung aus. Zusätzlich strömen Patienten in die Spitalsambulanzen. Sie wissen, dass sie im Sinne des „one-stop-shopping“ eine totale Abklärung in kürzester Zeit erhalten. Nicht selten hört man z.B. im Bus gute Ratschläge unter den Fahrgästen: „Geh ins Spital, lass Dir das anschauen.“

Ein weiterer Faktor der zunehmenden Belastung ist die mangelnde Wertschätzung. Spitalsärzte holen sich meist die fehlende Wertschätzung durch Anerkennung seitens des Patienten. Daneben sind es Faktoren wie die Zunahme der bürokratischen Tätigkeiten und überlange Arbeitszeiten, wenig Zeit für die Familie und die Nachtdienste generell, welche zur Arbeitsbelastung beitragen. Die gute Nachricht von oben genannter Studie: Eröffnet

der Spitalsarzt eine Wahlarztordination, so wirkt dies entlastend, protektiv sozusagen. Die Anspannung sinkt und damit auch die im Spital erlebte Belastung. Eigentlich ein Paradoxon, aber nachvollziehbar. Die im System als belastend erlebten Umstände wie Druck, Anspannung, Bürokratie, Arbeitsverdichtung finden sich in der (privaten) Ordination in dieser Dimension nicht wieder.

**In dieser Ausgabe auf Seite 11 finden Sie den Beitrag eines Spitalskollegen, der seinen Klarnamen nicht nennen wollte, aus Angst vor Repression durch Vorgesetzte und den Dienstgeber. Wir nennen ihn MEDICUS.**

Der Name als Pseudonym hat Bedeutung, denn er steht synonym für die Kollegenschaft. Ein kollektiver Aufschrei. Medicus befasst sich in seinem Beitrag mit der mangelnden Wertschätzung im System und das ist genau der Punkt, den auch die aktuelle Studie zu Tage brachte. Mangelnde Wertschätzung gepaart mit Arbeitsverdichtung ist eine explosive Mischung. Der Treibsatz letztlich, der „g‘standene“ Spitalsoberärzte in die Praxis treibt. Wie groß müssen der Druck im System und die Arbeitsbelastung sein, wenn Fachärzte nach „draußen“ gehen und sich als Allgemeinmediziner niederlassen oder einfach eine Wahlarztstätigkeit am Land dem gesicherten Job eines etablierten Spitalsoberarztes vorziehen?

Die Huffington Post hatte in einem Artikel von Dr. Travis Bradberry am 28.02.16 (<http://goo.gl/WB6QJZ>) darüber berichtet, warum gute Mitarbeiter kündigen und stellt

*Ein weiterer Faktor der zunehmenden Belastung ist die mangelnde Wertschätzung.*



gleich eingangs fest, dass gute Mitarbeiter nicht ihren Job, sondern ihrem Chef kündigen. Das ist ein wichtiger Punkt, das Phänomen wäre leicht zu verhindern, aber dazu bräuchte es seitens der Dienstgeber mehr Mühe, wie Dr. Travis schreibt.

Die eingangs zitierte Ärztstudie legte auch klar, dass die Bezahlung ein untergeordnetes Problem darstellt; vielmehr sind es die zur Arbeitsverdichtung führenden Faktoren, welche letztlich als Arbeitsbelastung empfunden werden. Bradberry folgert richtig, dass Angestellte sich einen anderen Job suchen, wenn Chefs nur die Arbeitsmenge erhöhen, sonst aber nichts im System ändern. Und genau das passiert derzeit.

**Sie werden sich jetzt fragen, was das alles mit den Problemen eines niedergelassenen Arztes zu tun hat.**

Viel, denn dem Druckkochtopf Spital wird bald der Deckel wegfliegen, Umstrukturierungen im Gesundheitswesen werfen ihre Schatten voraus und wer genauer hinsieht erkennt, dass bereits einige Kollegen ihre Kassenverträge zurücklegen, um sich als Privatarzt den Patienten widmen zu können.

Viele streben gar keine Kassenverträge mehr an, weil sie sich nicht dem Diktat der Kassen unterwerfen sondern Medizin machen wollen, wie es uns an der Universität gelehrt wurde. Es sind derzeit noch Einzelfälle, aber es zieht sich wie ein roter Faden durch das System: Es macht uns kaputt. Das System ist krank und es macht krank.

Viel zu lange haben wir Ärzte uns immer mehr Aufgaben aufhalsen lassen, schlechte Honorare akzeptiert, Deckelungen und Degressionen in Kauf genommen. **Die Frage ist nicht mehr ob wir das noch wollen, sondern wie lange wir uns das noch gefallen lassen. Wir von der IGnÄ stehen für einen Kurswechsel im Gesundheitswesen: Mehr Arzt – mehr Patient, weniger System.** Wenn Sie uns auf diesem Weg begleiten wollen, dann laden wir Sie herzlich dazu ein - entweder durch aktive Mitarbeit oder einfach nur als Mitglied.

Sie erreichen uns unter: [office@igpraxis.at](mailto:office@igpraxis.at). Das Mitgliedsformular ist auf unserer Homepage (<http://igpraxis.at/beitritt/>) als Download verfügbar. Alternativ können Sie uns auch das Beitrittsformular auf Seite 15 ausgefüllt und gescannt oder als Foto senden oder an 03452-82 84 667 faxen. |

Euer dizzi bayer, (stv. Obmann)

## PHC Gesetz

### Staat verabschiedet sich von Hausärzten

*Die Gesundheitsministerin Dr. Oberhauser (im Zivilberuf selbst Ärztin) kündigte im Sommer des Vorjahres an, binnen zwei Wochen den Entwurf für das Primary Health Care-Gesetz auf den Tisch legen zu wollen. Bis jetzt waren das zwar zwei lange Wochen, aber vielleicht misst man im Ministerium ja mit einem anderen Zeitmesser.*

Was bis jetzt durchsickerte sind keine Verbesserungen, sondern der knallharte Versuch, die Gesundheitsversorgung vollends in staatliche Hand zu bringen. In sogenannten Primary Health Care (PHC)-Strukturen sollen viele Gesundheitsprofessionen, mitunter auch Ärzte, unter einem Dach residieren und den Patienten versorgen. Ob und wie der Patient dann aber zum Arzt kommt ist genauso unklar wie die Frage nach der Letztverantwortung und auch der Haftung. Es bleibt zu befürchten, dass die Patienten Leistungskürzungen hinnehmen müssen und dass bisherige ärztliche Leistungen niederschwelliger erbracht werden. Der Bundeskurienobmann der niedergelassenen Ärzte, Dr Johannes Steinhart, schrieb dazu in seinem BLOG: "PHC ohne medizinische und wirtschaftliche Letztverantwortung von Ärzten darf es ebenso wenig geben wie ein Ende des Gesamtvertrages." Eine bittere Pille, die da die Gesundheitsministerin den Patienten als Zäpfchen verabreichen will. Alles natürlich unter dem Mantel der Verbesserung der Versorgung. Wir befürchten, dass damit ein rigider Frontalangriff eingeleitet wird, der zum Ziel hat, ein staatliches Versorgungsgleichungssystem mit eng begrenztem Leistungskatalog zu etablieren. Wir haben in der Steiermark bereits medizinische Verbände geschaffen, genannt styriamed.net, in denen Spitäler und niedergelassenen Ärzte (Hausärzte und Fachärzte), aber auch andere Gesundheitsprofessionen zum Wohle des Patienten kooperieren und eine auf die Bedürfnisse abgestufte, maßgeschneiderte und menschliche medizinische Versorgung anbieten. Das kommende PHC-Gesetz ist ein Gesetz zur Stärkung der Staatsmacht und zur Schwächung der Patientenrechte. Den Zentren ein enges Leistungskorsett zu verordnen, wie es die Planung offenbar vorsieht, bedeutet den Abschied von einer menschlichen, maßgeschneiderten medizinischen Versorgung und den Verzicht auf die essenzielle Rolle des praktischen Arztes als wohnortnaher „family doctor“. Dietmar Bayer |

## Kommentar

# Die niedergelassenen Kinderärzte - eine aussterbende Spezies?

*Das sich für eine gut gehende Ordination in Leoben trotz mehrmaliger Ausschreibung kein einziger Bewerber findet, sollte aber zu denken geben.*

Ein aufmerksamer Beobachter wird Folgendes bemerkt haben: In den letzten Jahren blieben mehrere ausgeschriebene §2- Facharztstellen für Kinder- und Jugendheilkunde unbesetzt. Das neu geschaffene periphere Stellen wie in Mureck trotz mehrmaliger Ausschreibung nicht besetzt werden konnten, mag vielleicht noch verständlich sein. Dass sich für eine gut gehende Ordination in Leoben trotz mehrmaliger Ausschreibung kein einziger Bewerber findet, sollte aber zu denken geben.

*Viele Kollegen entscheiden sich jedoch sehr bewusst gegen eine Niederlassung auf einer Kassenstelle ...*

Faktum ist: Der Ärztemangel ist auch in der Kinder- und Jugendheilkunde angekommen. Die Anzahl der Kinderärzte ist gering. Reich wurde man als Kinderarzt nie – das ist bekannt. Durch die Verknappung der Studienplätze können sich die Absolventen ihre Wunschfächer und -stellen aussuchen. Die Kinder- und Jugendheilkunde gehört immer seltener dazu. Die Klinik kann ihre Abgänge meist noch decken. Bis im Klinikbereich Stellen in Spezialdisziplinen der Kinderheilkunde mit ausgebildetem Fachpersonal nachbesetzt werden, können manchmal Jahre vergehen.

Durch das neue Arbeitszeitgesetz an der Klinik ist auch die Motivation zur Niederlassung gesunken. Viele Kollegen entscheiden sich auch sehr bewusst gegen eine Niederlassung auf einer Kassenstelle, da der wirtschaftliche Druck und das unternehmerische Risiko zu hoch und das Einkommen im Vergleich zum Zeitaufwand zu niedrig sind. Als Wahlarzt hat man da oft viel bessere Möglichkeiten. Die Konsequenz ist die gleiche wie bei den Allgemeinmedizinern: Kassenstellen, v. a. in der Peripherie, bleiben unbesetzt, die Wahlarztordinationen in den Ballungsräumen nehmen zu. Herzlich willkommen in der Zwei-Klassen-

Medizin! Die Motivation in die Niederlassung zu gehen besteht unter anderem auch in der freien Zeiteinteilung und in der Tatsache, dass die Wochenenden der Familie gehören. Wenn nun, wie zuletzt in Wien, immer lauter darüber nachgedacht wird, dass die Fachärzte - und hier wurden explizit die Kinderärzte angesprochen - Nacht- und Wochenenddienste machen sollen, fällt auch diese Motivation weg. Was ein (verpflichtender) Bereitschaftsdienst für Vertragsärzte mit einem Kinderarzt im Bezirk für den oder die Betroffene bedeuten würde, kann sich jeder ausmalen. Einen Notdienst der Internisten wegen einer Grippepelle hat z.B. niemand gefordert.

In diesen Bereich fällt dann auch der jüngst ventilierte Plan des Gesundheitsministeriums, dass sich mehrere Ärzte eine Kassenstelle teilen sollen, um eine bessere „Work-Life-Balance“ zu erreichen. Das hört sich zwar sehr schön an und würde auch Sinn machen, doch wer kann mit einer halben Kassenstelle eine Familie ernähren?

Und da wir gerade bei der Wirtschaftlichkeit sind: Die Honorierung der Leistungen durch die Kassen ist ja auch nicht gerade das Gelbe vom Ei. Alle Niedergelassenen können ein Lied davon singen. Doch leider ist der Leistungskatalog auch schon lange nicht mehr am letzten Stand der Wissenschaft. Nur ein Beispiel: Reglementierungen bei Akutuntersuchungen wie dem CRP etc. sind auch Patienten gegenüber nicht argumentier- und verantwortbar. In der Regel übernehmen die Kollegen die Kosten für die Untersuchungen dann selbst, um den Patienten eine zeitgerechte Behandlung angeeignet zu lassen. Die Überarbeitung des Leistungskataloges ist längst überfällig!

*Wer die letzten Stellenausschreibungen der §2-Kassen verfolgt hat, wird festgestellt haben, dass viele periphere Stellen von Allgemeinmedizinern vakant geblieben sind.*

**Dr. Martin Müller**  
FA für Kinderheilkunde



Leider werden vor allem kleine Kinder auch öfter als einmal pro Quartal krank. Die besorgten Eltern haben auch bei der siebenten Vorstellung im Quartal ein Recht darauf, dass ihr Kind richtig untersucht wird, wenn es krank ist. Da würde ich mir zumindest wünschen, dass ich nach einem Kampf mit einem tobenden Vierjährigen wenigstens einen Status zusätzlich verrechnen dürfte ...

Warum ich aber dank Degression für die Untersuchung nicht einmal die Abgeltung für meine Ordinationsgehilfin bekomme, ist für mich unverständlich.

In der Politik wird gerne über den Stellenwert von Prävention und Gesundheitsvorsorge gesprochen. Wieviel den Verantwortlichen diese Prävention wert ist, kann man bei den Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen nachverfolgen. Hier erfolgte eine Anpassung der Honorierung letztmalig vor über 20 Jahren! Na, was haben wir für ein Glück, dass die Kosten im gleichen Zeitraum ja auch nicht gestiegen sind ...

In der Presse wurde vonseiten der Gynäkologen bereits moniert, dass die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen ein Verlustgeschäft seien. Was sollen die Kinderärzte da erst sagen? Und was sollen die Kinder beziehungsweise deren Eltern dann erst sagen, wenn wegen einer aus Zeitdruck nicht genau durchgeführten Untersuchung ein Mangel übersehen wurde, verursacht durch den Zwang, möglichst viele Patienten in möglichst kurzer Zeit zu untersuchen? In manchen Fällen könnten sie dann sagen: „Ja, Herr Rat, ich war ja eh dort, aber der hat net gschaut...“ – was in weiterer Folge auch schon zu Verurteilungen geführt hat.

Die Gruppe der Kinderärzte ist klein – da haben sie sich ihren Patienten angepasst. Kinder haben keine Lobby, weder in der Politik noch in der Wirtschaft. Leider kann man das anscheinend auch von den Kinderärzten sagen. Bei den Verhandlungen mit den Kassen konnten für unsere Fachgruppe in den letzten Jahren keine substanziellen Verbesserungen erreicht werden.

**Kurz zusammengefasst:**

**Es steht nicht gut um die Kinder- und Jugendheilkunde im niedergelassenen Bereich.**

Noch sind hoch motivierte Kolleginnen und Kollegen in den Ordinationen, die mit viel Engagement wertvolle Arbeit für die Kinder leisten. Wenn sich die Rahmenbedingungen gerade in unserem Bereich jedoch nicht bald grundlegend ändern, wird der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt mit Kassenvertrag bald ein seltenes Gut sein, das man (außerhalb der Ballungsräume) nur mehr selten findet. Im Interesse der Kinder darf das nicht das Ziel der Gesundheitspolitik sein! |

Meint Ihr, Martin Müller

*Bei den Verhandlungen mit den Kassen konnten für unsere Fachgruppe in den letzten Jahren keine substanziellen Verbesserungen erreicht werden.*

## Kommentar

# Ärztemangel im ganzen Land! Egal in welchem Bereich, das Fehlen der Ärzte ist spürbar.

*Immer wieder heißt es seitens älterer Kollegen, die Jungen zeigen nicht mehr die Bereitschaft Tag und Nacht für ihre Patienten da zu sein, weil sie auch auf ihr Privatleben Wert legen.*



**Dr. Kathrin Sieder**  
Ärztin für Allgemeinmedizin  
Wahlärztin

*Ich wollte weder in die Forschung noch wollte ich mich habilitieren.*

Das sei der Grund warum sich weniger Ärzte für eine Kasernstelle bewerben. Ich verwehre mich dagegen nicht arbeiten zu wollen, egal ob im Angestelltenverhältnis oder in der Wahlarztpraxis. Die Anforderungen sind enorm und natürlich möchte ich auch ein Privatleben. Aber auch der Arztberuf gehört zu meinem Leben. Er ist kein eigener, abgegrenzter Bereich, der mit mir nichts zu tun hat, ganz im Gegenteil.

Ich wollte weder in die Forschung noch wollte ich mich habilitieren. Ich wollte immer so nah wie möglich mit den Menschen arbeiten. Und was ist da naheliegender als die Allgemeinmedizin. Es muss aber auch möglich sein dieses Arbeitspensum zu absolvieren, ohne sich zwischen Familie und Beruf entscheiden zu müssen. Der Arzt der Vergangenheit war 24 Stunden am Tag für seine Patienten da, weil er im Hintergrund eine Frau hatte, die ihm den Rücken frei gehalten hat. Überspitzt gesagt: „Das Essen steht am Tisch, die Wäsche ist gewaschen und der Haushalt glänzt.“ Der Anteil der studierenden Ärztinnen liegt bei 60%. Es wird sich also an diesem Bild etwas ändern müssen. Ich möchte den männlichen Kollegen damit nicht auf den Schlipps treten. Natürlich ist mir klar, dass sie auch anderweitige Verpflichtungen haben, aber die Doppelbelastung einer Ärztin und Mutter ist nicht von der Hand zu weisen. In Zukunft wird der Großteil der Allgemeinmediziner weiblich sein.

In den letzten 20 Jahren gab es keine wesentliche Reform im Kassensystem. Die Träger haben den Kopf in den Sand gesteckt und zugewartet. Jetzt plötzlich brauchen wir eine Umstrukturierung im niedergelassenen Bereich und eine

Entlastung der Spitalsambulanzen. Wir haben bereits ein gutes, flächendeckendes Versorgungssystem, das nur darauf wartet, dass seine Fesseln gelöst werden, damit es sich endlich entfalten kann.

**Flexible Zusammenarbeitsformen ohne finanzielle Einbuße und „Strafabzüge“ sind der Schlüssel für die Zukunft. Ordinationszeiten könnten damit problemlos erweitert werden, Randzeiten besser abgedeckt werden und die Diskussion über sündteure PHC gehörten der Vergangenheit an.**

Die Attraktivität steigt aber natürlich auch mit dem Verdienst. In den letzten 20 Jahren hat man sich viel einfallen lassen, um einem Arzt das Leben schwer und teuer zu machen. Das beginnt bei der Anschaffung einer EDV-Anlage, reicht über E-Card und die elektronische Krankmeldung bis hin zum Milliardengrab ELGA. Die Honorare und das Einkommen blieben aber im Wesentlichen unverändert. Wenn man allein bedenkt wie sich Personal-, Miet- und Autokosten in den letzten Jahren entwickelt haben, muss man kein Ökonom sein um zu erkennen, dass die Spanne immer kleiner wird. Hinzu kommt das systematische Ausrotten von Hausapotheken. Für kleine Standorte bringt das ein existenzielles Risiko mit sich.

Wir leben in einer schnellen und flexiblen Zeit. Man muss permanent erreichbar sein. Wir sind gefordert in allen Lebensbereich 100% zu geben. Um diesem Druck stand zu halten wird es Zeit, mit den alten, verstaubten Strukturen zu brechen - zum Wohle unserer Kollegen und unserer Patienten. | Kathrin Sieder

*Es muss aber auch möglich sein dieses Arbeitspensum zu absolvieren, ohne sich zwischen Familie und Beruf entscheiden zu müssen.*



# Minenfeld Übergabep Praxis

*Immer wieder hören wir von leider nicht gerade harmonischen Praxisnachfolgen, welche häufig aus der unzureichenden Vorbereitung und Abstimmung beider „Partner“, aber auch aus einer unbefriedigenden Ausgestaltung der Nachfolgepraxisregelung resultieren.*

Leider überdecken solche Negativbeispiele oft die vielen geglückten Generationswechsel. So wird die derzeit schwierige Besetzungssituation noch dramatischer und der sowohl medizinische als auch ökonomische Know-How-Transfer erschwert.

**Deshalb muss in folgenden Bereichen dringend nachgebessert werden:**

**Dr. Alexander Moussa**  
stv. Obmann | IG NÄ



<p><b>Arbeits-Umsatz-Aufteilung</b></p> <p>Unverbindliche, transparente sowie leicht praktikierbare Modellvorschläge für die gerechte Aufteilung der Praxisumsätze während der gemeinsamen Führung der Nachfolgepraxis, damit am Ende nicht der Steuerberater am meisten von der Übergabe profitiert!, wie bereits häufig bei erweiterten Stellvertretungen praktiziert!</p>	<p>Die IG NÄ hat hier fertige Konzepte!</p>
<p><b>Bewertung des „ideellen“ Ordinationswerts (= Praxisumsatz)</b></p> <p>Kostenlose Kontrolle auf Plausibilität der angegebenen Praxiswerte als Serviceleistung durch neutrale Juristen der Ärztekammer aufgrund der vorliegenden und vorgelegten Daten zur Sicherstellung der korrekten Bewertung der zu übergebenden Ordination.</p>	<p>Die IG NÄ will mehr Service in der Kammer!</p>
<p><b>Nur der „Erste“ zählt!</b></p> <p>Schon in der Zusatzvereinbarung ist festgeschrieben, dass man zu Zusammenarbeit bereit sein muss. Wie soll dies jedoch funktionieren, wenn man einander oft noch gar nicht kennt. Außerdem ist die Nachfolgepraxis „gestorben“, wenn keine Einigung mit dem Erstgereihten erzielt wird. Folge ist häufig eine Entwertung der Stelle durch fehlende Kontinuität für Patienten und Angestellte sowie die Verhinderung einer geordneten Übergabe für den Seniorpartner.</p>	<p>Die IG NÄ fordert daher, dass analog zur regulären Stellenvergabe ein Rückgriff bei Ablehnung der Stelle durch den Nachfolger für den Übergeber möglich ist! Eine freie Vergabe ist aus Gründen eines eventuellen „Preistreibens“ des Übergebers oder wegen Nebenabreden aus kollegialer Fairness weiter strikt abzulehnen! Aufhebung des Alterslimits für Praxisübergeber durch ein temporäres Zeitfenster, um eine Ungleichberechtigung übergabewilliger Kollegen zu vermeiden und Kontinuität und enormen Wissenstransfer zum Wohle unserer Bevölkerung zu ermöglichen!</p>
<p><b>Reihungskriterienverordnung nicht mehr zeitgemäß</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anrechnung von Karenzzeiten bei nachgewiesenem Fortbildungsumfang im jeweiligen Fachgebiet (derzeit 0 Punkte in Karenzzeit!!!)</li> <li>• besondere Berücksichtigung relevanter, fachspezifischer Fortbildungen in Abstimmung mit den Fachgruppen (wie in anderen Bundesländern längst üblich!) und Aufhebung des lächerlichen Punktelimits für Fortbildung!</li> <li>• Anhebung der Punkte für Praxisvertretungen zur Attraktivierung der Arbeit im niedergelassen Bereich und „Anbahnung“ einer eventuellen Praxisübernahme!</li> </ul>	<p>Die IG NÄ steht für moderne, realitätsnahe und praktikierbare Lösungen!</p> <p>Wir haben Ideen und wollen etwas bewegen!!! IG NÄ</p> <p>Mitarbeit erwünscht!!!</p>

DER MEDICUS

# Die neue Zeit oder doch ein Systemversagen?

Der Medicus |

Es handelt sich hier um einen Artikel eines Spitalsarztes.

Aus Angst vor möglichen Repressalien wurden wir gebeten,

den Artikel unter dem Pseudonym „Der Medicus“ abzudrucken.

Der Name des Autors ist der Redaktion bekannt.

## *Selbst außerhalb von Medizinerkreisen ist es allseits bekannt, dass Fachärzte für Anästhesie Mangelware sind.*

Es handelt sich hier auch um Schlüsselkräfte, deren Wirken für tatsächlich zahlreiche andere Fächer lebenswichtig ist. In Kliniken werden OP Tische gesperrt, OP Programme zusammengestrichen, wenn zu wenig Anästhesisten zur Verfügung stehen. In dieser Situation sollte man wohl annehmen, dass vorhandene Kräfte entsprechend wertschätzend behandelt werden, um sie im Haus zu halten.

**Wie kann es dann sein, dass ein Anästhesist in seinen mit 40 Jahren ein Krankenhaus verlässt um sich als §2-Kassenarzt als praktischer Arzt zu verdingen und beim Abschied außer ein „Alles Gute“ nichts zu hören bekommt? Ein klassischer Einzelfall? Mitnichten!**

**Ohne Anspruch auf Vollständigkeit:**

Ein Chirurg im besten Alter verlässt das Krankenhaus und wird praktischer Arzt, ein hoch qualifizierter Gynäkologe verlässt das Krankenhaus und wird praktischer Arzt, ein hoch qualifizierter Internist tauscht Klinik gegen Landarztpraxis, ein hoch qualifizierter Psychiater geht in die Wahlarztpraxis ...

Bei all diesen Beispielen sprechen wir nicht von Kollegen, die bald nach Facharztende und wie von Anfang an geplant nach der Ausbildung die Ausbildungsstätte verlassen.

**Was verbindet diese Kollegen?**

Eine tiefgreifende Unzufriedenheit mit dem System „Krankenhaus“ an sich. Es ist nicht das Einkommen, um das es hier geht, sondern es sind Fragen des Betriebsklimas, der Wertschätzung und des Umgangs der Führung (betriebliches Management) mit dem Einzelnen. Viele Kollegen im Krankenhaus schildern nämlich, dass sie sich die Wertschätzung praktisch ausschließlich über die Rückmeldung von Patienten holen! Hier geht es um menschliche Aspekte, die in der öffentlichen Diskussion über das Gesundheitswesen zu kurz kommen aber hoch relevant sind für ein erfolgreiches gedeihliches Weiterbestehen der Krankenhäuser und Kliniken. Es drängt sich der Verdacht auf, dass im Gegensatz zur Privatindustrie diese Aspekte noch nicht im Zentrum der Aufmerksamkeit der Personalbeauftragten stehen. | Der Medicus

*Eine tiefgreifende Unzufriedenheit mit dem System „Krankenhaus“ an sich.*





# Die virtuelle Gruppenpraxis, ein reales Erfolgsmodell!

*Die demographische Entwicklung, der Anstieg von chronischen Erkrankungen sowie Multimorbidität sind die großen Herausforderungen für das Gesundheitswesen der Zukunft und machen innovative Modelle notwendig.*

**Bei Styriamed.net handelt es sich um eine neue, von der ärztlichen Basis heraus entwickelte Kooperationsform, eine virtuelle Gruppenpraxis, die nicht nur niedergelassene Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte mit oder ohne Kassenvertrag besser und nachhaltiger vernetzt, sondern über die sektoralen Grenzen hinaus wirkt.**

Es wird versucht die Patientenströme besser zu steuern und die Koordination beim Zugang zur Versorgung im Tertiärbereich (Spezialambulanzen, CT/MRT etc.) zu verbessern. Schon bald werden auch andere Gesundheitsberufe (Apotheken, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter etc.) Partner in den derzeit zehn bestehenden regionalen Ärzteverbänden sein.

Mit den zwei wichtigsten von fünf sogenannten „Erfolgstools“ - der Überweisungstriage und der Hausarztanfrage - ist gewährleistet, dass jeder Patient zeitnahe die individuell notwendige medizinische Versorgung erhält und dass beim Hausarzt alle relevanten Befunde einlangen, die für ein ganzheitliches Patientenmanagement notwendig sind.

Eine eigene Website ermöglicht der Bevölkerung sich einen Überblick über das regionale Angebot medizinischer Leistungen zu verschaffen und sich leichter im Gesundheitssystem zu recht zu finden. Gleichzeitig ermöglicht die Website eine verbesserte und vor allem schnelle Kommunikation unter den Netzwerkmitgliedern. Mit der Etablierung vom Styriamed.net ist es gelungen, einen gewichtigen Gegenpart zu den von der Gesundheitspolitik präsentierten Versorgungsmodellen im Primary Health Care-Bereich zu verankern. Styriamed.net wertet nicht nur den Beruf des Hausarztes auf, sondern sichert auch den

Verbleib der Fachärzte in der Niederlassung, da sie ein fixer Bestandteil des Netzwerkes sind. In den PHC-Modellen der Politik finden sich diese fast zur Gänze im intramuralen Bereich wieder. Während die Vorgaben an die Bundesländer lauten, bis Jahresende 1% der Bevölkerung in neuen Primärversorgungsformen zu betreuen, versorgt das steirische Ärztenetzwerk schon heute fast 750.000 Einwohner oder zwei Drittel der Bevölkerung unseres Bundeslandes.

**Nicht zuletzt deswegen war Styriamed.net Finalpreisträger des Salus 2015, des steirischen Gesundheitsqualitätspreises.**

**Styriamed.net hat sich zum „Best Practice Modell“ in Österreich entwickelt und wurde auch prominent in das Konzept „Primärversorgung 2020“ der ÖÄK integriert.**

Der durchschlagende Erfolg und die bundesweite Beachtung von Styriamed.net hat dazu geführt, dass im Burgenland mit Pannoniamed.net bereits ein Schwesternetzwerk nach unserem Modell entstanden ist und in Kürze in Vorarlberg und Tirol weitere Netzwerke gegründet werden. Zum Abschluss ein Bonmot aus der Gesundheitsenquete eines Parlamentsklubs, bei der Styriamed.net im Dezember 2015 präsentiert wurde:

Ein Anwesender meinte, dass das steirische Ärztenetzwerk nichts besonderes wäre und dass auch ELGA dies alles könne. Da kann ich ihm nur recht geben; allerdings ist Styriamed.net für den Steuerzahler um einige hundert Millionen Euro billiger und vor allem ist es praktikabel und funktioniert bestens! | Christoph Schweighofer

*Styriamed.net wertet nicht nur den Beruf des Hausarztes auf, sondern sichert auch den Verbleib der Fachärzte in der Niederlassung ...*



## Die Hausapotheke zur wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten muss bestehen bleiben!

*In der Steiermark gibt es derzeit laut Statistik Austria noch 162 Hausapotheken.*

**Durch die Novellierung des Apothekengesetzes im Jahr 2006 gibt es gesetzlich keine Genehmigung zur Führung einer Hausapotheke mehr, wenn eine öffentliche Apotheke im Umkreis von 6 km besteht.**

Ärzte, die bereits vor Einführung der Bestimmung eine Hausapotheke betrieben haben, dürfen diese noch bis zu ihrer Pensionierung weiter betreiben, ihren Nachfolgern wird das Führen einer solchen aber nicht mehr gestattet.

**Immer öfter stehen Hausapotheken vor dem Aus, weil sie diese umstrittene und völlig sinnlose Sechskilometerregel nicht einhalten können.**

Die Statistik zeigt auch, dass immer mehr öffentliche Apotheken Konzessionen in Landgemeinden erhalten und damit den örtlichen Hausapotheken den Todesstoß versetzen. Eine ärztliche Hausapotheke gewährleistet nicht nur die optimale, wohnortnahe Versorgung mit Medikamenten. Sie sichert in vielen Fällen die wirtschaftliche Rentabilität einer Praxis für Allgemeinmedizin auf dem Land. Wenn ein Herr Dr. Bachinger und andere Gesundheitsexperten immer wieder betonen, dass ein Arzt von seinem Beruf und nicht von einer Hausapotheke leben können muss, so geht das oft weit an der Realität vorbei.

**„Kniff soll Bürgern die Hausapotheke sichern“ oder „Keine Hausapotheke, Arzt errichtet Ordination in Container“: Solche und ähnliche Schlagzeilen tauchen in letzter Zeit öfter in den Medien auf.**

Es kann doch nicht sein, dass Bürgermeister Verkehrs-umleitungen und Einbahnsysteme einrichten müssen, damit die Fahrstrecke von der Ordination zur öffentlichen Apotheke auf öffentlich befahrbaren Straßen und Wegen mehr als sechs Kilometer beträgt!

In einem Fall muss ein junger Arzt seine Praxis sogar in einen Container verlegen, um die Hausapotheke seines Vorgängers übernehmen zu können, weil die Distanz zur öffentlichen Apotheke sonst mit 5.964 Meter exakt 36 Meter zu wenig betragen würde.

Komunalpolitiker lassen sich oft durch Argumente der Apothekenlobby wie „eine Apotheke sichert Arbeitsplätze und bringt Abgaben für die Gemeinde“ beeindrucken und verzichten lieber auf einen Arzt oder eine Ärztin in ihrer Kommune und stimmen der Vergabe einer Konzession durch die Bezirkshauptmannschaft zu.

Die Hauptaufgabe eines hausapothekenführenden Arztes ist es, eine wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten zu gewährleisten. Das Service der Apotheker lässt immer mehr zu wünschen übrig. Es

werden die Dienstsprengel erweitert, sodass Patienten oft lange Anfahrtswege in Kauf nehmen müssen, oder es wird versucht, dieses Manko mit Zustelldiensten, bei denen es keinerlei Datenschutz gibt (würden Sie einem Taxifahrer ein Rezept mit Ihren persönlichen Daten so einfach in die Hand drücken?), wett zu machen. Mit Diskretion scheinen es die Apotheker sowieso nicht so genau zu nehmen. Zumindest ich werde immer vor allen Anwesenden nach meinen Wünschen gefragt. Diskretion und peinlichste Wahrung der Schweigepflicht scheint ein Qualitätskriterium zu sein, dass nur von Ärzten eingefordert wird. Obwohl laut österreichischer Apothekerkammer (APAMeldung von 04.03.2016) jede dritte öffentliche Apotheke „rote Zahlen schreibt“ werden noch immer weitere oft sogar mitten in der „Pampa“ errichtet, nur um Hausapotheken den Garaus zu machen.

Für die „unrentablen“ Nachtdienste wollen die Apotheker heuer sogar noch einen Zuschuss von 15 Millionen Euro haben. Da frage ich mich schon, warum man unter diesen Umständen die Hausapotheken weg haben will bzw. warum man so sehr gegen ein allgemeines Dispensierrecht ist, wie es die Schweiz hat.

Wie schon oben erwähnt ist die Führung einer Hausapotheke oftmals die Basis für das wirtschaftliche Überleben eines Landarztes. Das bedeutet aber auch gleichzeitig die unmittelbare Medikamentenversorgung, sehr oft im Rahmen eines Hausbesuches für den Patienten.

Die Schließung von Hausapotheken ist sicher auch mitverantwortlich für die Abwanderung von Landärzten in urbane Gebiete zum Nachteil der ländlichen Bevölkerung. Wir werden uns nicht nur weiter für den Erhalt sämtlicher bestehender Hausapotheken in der Steiermark massiv einsetzen, sondern auch die Politik sensibilisieren und dazu drängen, diese wichtige „Nahversorgungsstruktur“ weiter auszubauen.

**Der hausapothekenführende Landarzt sorgt dafür, dass die Bevölkerung unkompliziert und ohne weitere Barrieren im Zuge eines „One-Stop-Shoppings“ benötigte Arzneien erhält.**

**Im ländlichen Raum ist die Hausapotheke eindeutig der „Best Point of Service“. | Die Redaktion**

*Die Statistik zeigt auch, dass immer mehr öffentliche Apotheken Konzessionen in Landgemeinden erhalten und damit den örtlichen Hausapotheken den Todesstoß versetzen.*

*Es kann doch nicht sein, dass Bürgermeister Verkehrs-umleitungen und Einbahnsysteme einrichten müssen, damit die Fahrstrecke von der Ordination zur öffentlichen Apotheke auf öffentlich befahrbaren Straßen und Wegen mehr als sechs Kilometer beträgt!*

## Gastkommentar

# JA zur Primärversorgung - aber ohne PHC-Gesetz!

*„Der Hausarzt ist tot“ oder „Verabschieden sie sich endlich von der Bergdoktorromantik“ sind Aussagen, wie man sie aus Mündern hochrangiger Ministerialbeamter und Patientenanwälte aber auch Sozialversicherungsverteter immer häufiger zu hören bekommt.*

*Allesamt Personen, die noch nie einen Patienten behandelt haben.*

*Die nicht wissen, wie das geht. Die keine Vorstellung davon haben, dass das Ausüben von Medizin weit mehr ist, als das technische Aneinanderreihen von Prozessen entlang von Flow-Charts in Leitlinien.*

**Intuition, Talent, Erfahrung, Kreativität, die Bereitschaft, sich auf andere einzulassen, sie lebenslang zu begleiten und lebenslang zu lernen sind nur einige der Attribute, die die Medizin auch noch im 21. Jahrhundert unverändert Heilkunst sein lassen.**

Gerade die Systemexperten, die nebenstehende Aussagen tätigen, sind drauf und dran unser Gesundheitswesen aufs Spiel zu setzen und es nachhaltig zu schädigen. Mit der in saftigem Orange leuchtenden Karotte vor der Nase die Ärzteschaft und deren Standesvertretung vom vielzitierten 'Sockel' zu werfen erscheint verlockend - so sehr, dass manche ausreichend verblendet sind, um die Gefahren rundherum nicht sehen. Ein PHC-Gesetz soll geschaffen werden, die Regierungsparteien werden dabei von durchaus unterschiedlichen Hoffnungen getrieben. Die einen glauben, dass sie mit neuen Regulativen, Kontroll- und Durchsetzungsmöglichkeiten bis in die kleinste Versorgungseinheit hinein der staatlichen Einheitsmedizin einen bedeutenden Schritt näher zu kommen. Die andern sehen die Chance, neoliberaler Schuhlöffel für Ambulatoriumsketten sein zu können, die das Land mit PHC-Zentren überziehen wollen.

Wenn wir über eine stets bestens informierte Tageszeitung erfahren, dass in der Steiermark 90 Primärversorgungszentren geplant sind, so ist das ein frontaler Angriff auf das seit vielen Jahrzehnten gewachsene, höchst erfolgreiche Versorgungssystem und auf die Ärzteschaft.

Laut „Ministerial-Punktation zur Stärkung der multiprofessionellen Primärversorgung“ soll jeder freiwerdende Kassenvertrag automatisch vom nächstgelegenen PHC-

Zentrum aufgesaugt werden. Die niedergelassenen Fachärzte sollen weg, rein in Ambulatorien und die Allgemeinmediziner allesamt mit anderen Gesundheitsberufen in Zentren zusammengefasst werden.

Weiters soll der Gesamtvertrag auf Landesebene erst ergänzt und später abgelöst werden durch einen PHC-Gesamtvertrag auf Bundesebene. Die Sozialversicherung klatscht Beifall zur vermeintlichen Schwächung der Ärztekammern, übersieht dabei aber, dass sie dadurch ihre eigene Position deutlich schwächt.

**Die IGNÄ tritt gegen das PHC-Gesetz auf und setzt sich stattdessen für die seit 20 Jahren versprochene Stärkung des niedergelassenen Bereichs ein.** Wir brauchen kein PHC-Gesetz, das die Versorgung gefährdet statt sie zu verbessern. Der vorhandene Rechtsrahmen lässt jede Verbesserung zu, die die Bevölkerung braucht. Die Gesundheitsversorgung darf nicht zur Spielwiese experimentierfreudiger Systemtheoretiker verkommen.

#### Was können wir tun, um das zu verhindern?

Unsere Bereitschaft neue Organisationsformen aktiv zu gestalten, muss endlich auch von Politik und Systempartnern akzeptiert werden. Dem Wunsch der jungen Ärztesgeneration, freiberuflich in Praxen mit mehreren Kollegen oder in Netzwerken zusammenarbeiten zu wollen, ist Rechnung zu tragen. Wenn man Abteilungen oder ganze Krankenhäuser abbauen möchte, muss man den niedergelassenen Bereich ausbauen.

Dabei wäre eine gesunde Gesundheitsreform so einfach. Dietmar Bayer und ich haben bereits 2005 dem Landesgesundheitsfonds unser Konzept zu Ärztezentren mit Kassenvertrag unter Einbindung der Gesundheitsprofessionen vorgestellt. Doch mangelnder Weitblick und Argwohn waren damals größer als Vertrauen und Umsetzungsbereitschaft.

Hätte man vor zehn Jahren begonnen unser Konzept umzusetzen, wäre der niedergelassene Bereich heute schon für die Übernahme von Versorgungsaufgaben aus dem Spital ausgebaut. Man bräuchte auf das Deckblatt zur Spitalsreform nicht Ziel 2035 zu schreiben.

**Nur wenn wir aktiv mitgestalten, können wir unser Arbeitsumfeld der Zukunft so formen, dass es für uns und die nachrückenden Ärztesgenerationen passt und die hochwertige Patientenversorgung weiterhin sichergestellt ist. |**

Herwig Lindner

**Dr. Herwig Lindner**  
Obmann IGAÄ |  
Präsident der Ärztekammer  
für Steiermark



## Die IGAÄ fordert:

- Das Hausarztssystem muss erhalten und gestärkt werden.
- Die Vernetzung im Styriamed.net muss flächendeckend vorangetrieben werden.
- Interdisziplinäre, multiprofessionelle Versorgungszentren in Ballungsräumen mit Leistungsübernahme aus den Spitälern
- Kein Aufsaugen von Kassenplanstellen durch Versorgungszentren und Ambulatorien
- Erhalt des freiberuflichen Facharztsystems (Einzelpraxis, Gruppenpraxis und freiberufliches Ärztezentrum) im niedergelassenen Bereich
- Sicherung des Schutzes für Patienten und Ärzte durch Verhandlung der Gesamtverträge auf Landesebene auch in Zukunft
- Stellenplan- und Honorarverhandlungen für Ärzte weiterhin zwischen Ärztekammer und GKK, auch für die Verträge mit Zentren
- Steuerung der unselektierten Patientenströme durch Leistung eines Lenkungsbeitrages in das Gesundheitssystem bei Direktinanspruchnahme von Ambulanzleistungen ohne Zuweisung oder Notfallsituation
- Abwehr des PHC-Gesetzes (PVG) in der derzeit vom Ministerium beabsichtigten Form

# Gastkommentar

Dr. Karlheinz Kornhäusl  
kooptiertes Vorstandsmitglied | IGAÄ



## Arbeitsverdichtung!

*Keine Frage: Es hat sich in den letzten Jahren viel Positives getan für die steirischen Spitalsärzte. „Mehr Patient – Mehr Arzt – Weniger System“ – das war und ist das Credo der IGAÄ – Interessensgemeinschaft Angestellte Ärzte für nachhaltige Standesvertretung.*

Dementsprechend legten wir in den Verhandlungen rund um unser neues Gehalts- und Dienstrecht den Fokus auf drei Dinge von denen wir dachten, dass deren Verbesserung das Leben eines Spitalsarztes „lebbarer“ machen: Ausbildung, Gehalt und Arbeitsbedingungen.

**Und in der Tat gelang es in den unzähligen Verhandlungen und Sitzungen mit den Dienstgebern Dinge durchzusetzen, von denen viele erfahrenere Kolleginnen und Kollegen nicht zu träumen gewagt hätten – und ich gebe offen zu teilweise nicht mal ich.**

Ohne Frage waren hier ein immer stärker werdender Mangel an Spitalsärzten und die Flucht der „Jungen“ ins Ausland ein Katalysator. Auch die EU-Arbeitszeitrichtlinie, deren Nichtumsetzung Österreich Strafen in Millionenhöhe gebracht hätte, war natürlich ein solcher. Das Fenster war also offen. So wurden alle ärztlichen Gehälter angehoben und eine weitere, vor allem ganz zentrale Forderung der IGAÄ wurde umgesetzt: Seit dem 1. Jänner 2015 gehen wir nach dem Nachtdienst nach 25 Stunden nachhause. Und das unter Gutschreibung (!) der drei Stunden, die wir davor noch länger bis 11 Uhr geblieben sind. Dazu kam es zu einer Vielzahl an Maßnahmen, die in anderen Ländern bereits längst Usus sind: Schluss mit dem „Flascherzug“, bezahlter Notarztkurs, Prüfungsurlaub, unbefristete Verträge, Ausbildungsoberärzte an allen Abteilungen, und und und ... **Also alles bestens? Leider nein! Einfach weil ein Begriff, der bereits seit Jahren „herumgeistert“, immer größere Ausmaße annimmt: Die Arbeitsverdichtung!** Ohne Zweifel ist die Novellierung des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes und die damit einhergehende Verkürzung der Arbeitszeit ein wichtiger Schritt gewesen. Was jedoch nicht sein kann ist, dass Arbeitgeber quer durch Österreich jetzt genau diese – mit 13 Jahren Verspätung umgesetzte – Arbeitszeitrichtlinie als Ausrede hernehmen für zu wenig Personal. Schuld daran

ist unter anderem schlichtweg ein unstrukturierter und unüberlegter Umgang mit Ressourcen. So wissen wir aus Umfragen und Studien, dass viele Spitalsärzte bis zu 40% ihrer Arbeitszeit mit unnötiger Bürokratie und Administration beschäftigt sind. Einige Änderungsvorschläge wie die fixe Implementierung von Stationsassistenten sowie die Schaffung sogenannter Schreibpools liegen vor allem seitens der Schwesterfraktion IG Angestellte Ärzte schon lange auf dem Tisch.

Ein weiterer Aspekt der immensen Arbeitsverdichtung, den wir mittlerweile nahezu rund um die Uhr zu spüren bekommen, ist das nach wie vor nicht gelöste Problem des ungebremsten bzw. ungefilterten Zustroms in die Ambulanzen. Dass dies in Kombination mit der erwähnten Administration zu einer massiven Arbeitsverdichtung führt, liegt auf der Hand. Wir brauchen also dringend einen geregelten Zugang ins Gesundheitssystem, welcher nur über unsere Kolleginnen und Kollegen im niedergelassenen Bereich gewährleistet werden kann!

Auch hier hat die Ärztekammer seit Jahren die Vorschläge am Tisch. Bis dato wurden diese jedoch von den Systempartnern lächelnd ignoriert. Ich sage heute dazu: Egal wie man den Zustrom in die Ambulanzen regelt – wir brauchen klare Strukturen, die Patienten müssen durch das System geleitet werden anstatt sich selbst zuzuweisen. Dass dies nur mit einer Stärkung des niedergelassenen Bereichs verbunden sein kann, ist klar. Und diese Stärkung hat viele Gesichter, wobei ich hier sicher nicht der Berufenste bin sie zu nennen: Aber sie reicht zweifelsohne von der Schaffung neuer Zusammenarbeitsformen bis hin zur Neuaufrollung eines, wie ich oft höre, nicht mehr zeitgemäßen Tarifkatalogs.

**Kurzum: Es braucht einen Kurswechsel! Jetzt!** |

Charly Kornhäusl

*Ohne Frage waren hier ein immer stärker werdender Mangel an Spitalsärzten und die Flucht der „Jungen“ ins Ausland ein Katalysator.*

*Wir brauchen also dringend einen geregelten Zugang ins Gesundheitssystem, welcher nur über unsere Kolleginnen und Kollegen im niedergelassenen Bereich gewährleistet werden kann!*



# Umwälzungen im Gesundheitswesen

*Große Ereignisse werfen bekanntlich ihre Schatten voraus.*

Das Umsetzen der EU-Arbeitszeitrichtlinie in Österreichs Spitälern kam für dieses LAND mit einer Vorwarnzeit von fast zwölf Jahren nun doch ziemlich plötzlich und hat zur Folge, dass die Spitalsärzte im Wesentlichen um fast ein Drittel ihrer bisherigen Arbeitszeit weniger im Spital anwesend sind. Das bedeutet in weiterer Folge, dass die Leistungsdichte für den einzelnen Spitalsarzt deutlich zunimmt, was die bereits vor Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie am Limit arbeitenden Spitalskollegen und letztlich deren Arbeitgeber weit über die Versorgungsgrenzen hinaus belastet.

Das heißt nichts anderes, als dass die Spitäler Leistungen auslagern oder sogar Abteilungen sperren müssen. Im Extremfall wird wohl oder übel sogar da oder dort die Standortfrage gestellt werden.

Für uns niedergelassene Ärzte sind das unter den gegebenen Rahmenbedingungen und vor dem Hintergrund der geplanten Gesundheitsreform mit Einführung von PHC-

Strukturen (Primary Health Care) sehr bedrohliche Entwicklungen, da mit der nun fast schon explosionsartigen Auslagerung von Leistungen in den extramuralen Raum eine Patientenlawine auf uns zukommt, die in der Form nicht bewältigbar sein wird und vor allem unter den bisherigen Finanzierungsbedingungen (vulgo Kassenvertrag) dazu führt, dass Limits, Deckelungen und Degressionen voll schlagend werden. Was das bedeutet, kann sich jeder selbst ausmalen.

Seitens der Kassen ist kein Signal gekommen sich auf den kommenden Systemwechsel einzustellen. Hier wird weiter an der fast schon an Sowjetzeiten erinnernden Gesundheitsreform mit Implementierung von PHCs gearbeitet. **Die Krankenkassen wie auch die Spitalsbetreiber sind gefordert, sich dem drohenden Versorgungsproblem zu stellen und gemeinsam mit der Ärztekammer Lösungen zu erarbeiten.** Die IGNÄ hat ihre Hausaufgaben gemacht und hat Antworten auf die Systemumstellung. | Dietmar Bayer

## Wunschliste an die Kurie!

Nach einigen Jahren standespolitischer Tätigkeit und im Rahmen unserer Möglichkeiten als kleine, motivierte Fraktion (wir haben derzeit mit unserem Obmann leider nur ein Mandat in der Kurie!) erlauben wir uns einige Wünsche zu formulieren. Leider ist es wie in der „großen“ Politik so, dass die „Kleinen“ von den „Großen“ nicht immer gehört werden...

### Was ich mir von der Kurie und ihren Fraktionen wünsche ...

- ... **Einbeziehung der „Jungen“**
- ... **mehr Mitbeteiligung in der Kurienführung**
- ... **Verbesserung der Kommunikation**
- ... **Mut zur Umsetzung innovativer Ideen**
- ... **Zusammenhalt von Privat- und Kassenärzten**
- ... **Mut zu mehr Profil der niedergelassenen Kurie**

IM  
KURS  
WECHSEL  
ZU ...

mehr Patient

mehr Arzt

weniger System

IM  
KURS  
WECHSEL  
ZU ...

mehr Patient

mehr Arzt

weniger System

**Steuerungselemente zur Entlastung der überfüllten Spitalsambulanzen werden notwendig werden.**

Die Gesundheitspolitiker sind gefordert Modelle zu entwickeln, um die belasteten Ärzte wieder zu entlasten.

Bei aller Sozialromantik man kann nicht wegschauen, wenn am Wochenende, feiertags und in der Nacht die Ambulanzen mit zum Teil Bagatell-erkrankungen und Wunsch nach Sonderbehandlungen quasi überquellen und das Personal dabei verheizt wird, welches für Notfälle und vor allem den stationären Betrieb vorgehalten wird.

Die Gesundheitsplaner haben auf dieser Ebene seit Jahrzehnten versagt. Der Vorschlag des KAGES-Chefs mit den Spitälern vorgelagerten Gruppenpraxen ist ein alter Vorschlag der Ärztekammer für Steiermark aus 2003/2004 (Dietmar Bayer, Peter Schmidt, Herwig Lindner et al.) und wäre ein erster Ansatz.

Nur umgesetzt wurde dieser Vorschlag bisher noch nie.

**IGNÄ**

INTERESSENSGEMEINSCHAFT  
**NIEDERGELASSENE**  
ÄRZTE

Wenn auch Sie unsere Vorhaben unterstützen wollen, treten Sie doch einfach der IGNÄ 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

# Beitrittserklärung

Ich beantrage die  
Aufnahme  
als ordentliches  
Mitglied der IGNÄ

Ich bin mit der Veröffentlichung meines Namens und der Fachbezeichnung/Ordination auf der IGNÄ-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](http://www.igpraxis.at)**

Titel	
Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
Tätigkeit/Fach	
<b>Ordination</b>	
Straße	
PLZ/Ort	
Telefon	
Fax	
Mobil	
E-Mail	

Ort, Datum, Unterschrift (ev. Stempel)

Fax an: 03862 / 27192 - 4

Sie können das ausgefüllte und unterfertigte Formular auch mit Ihrem Smartphone fotografieren und uns per E-Mail zusenden!

E-Mail: [office@igpraxis.at](mailto:office@igpraxis.at)

# IGNÄ

INTERESSENGEMEINSCHAFT  
**NIEDERGELASSENE**  
ÄRZTE

IM  
KURS  
WECHSEL  
ZU ...

mehr Patient

mehr Arzt

weniger System

Find us on  
**facebook**  
[www.facebook.com/IGPRAXIS](http://www.facebook.com/IGPRAXIS)

Auf die Hinzufügung der jeweiligen weiblichen Formulierungen wird bei geschlechtsspezifischen Hinweisen im Sinne der flüssigen Lesbarkeit und einer angemessenen Sprachqualität größtenteils verzichtet. Alle personalen Begriffe sind sinngemäß geschlechtsneutral zu lesen.

Impressum: Medieninhaber und Herausgeber  
Interessengemeinschaft Niedergelassene Ärzte Steiermark  
Adresse: Bergstraße 67, 8020 Graz.  
Organisationsleitung: Schweighofer, Bayer, Moussa.  
Finishing: Bayer.  
E-Mail: [office@igpraxis.at](mailto:office@igpraxis.at)  
Web: [www.igpraxis.at](http://www.igpraxis.at)  
Foto: Dietmar Bayer, Redaktion, shutterstock  
Grafische Konzeption und Layout: [ernstharing.com](http://ernstharing.com)  
Erscheinungsweise: viermal im Jahr

Das Informationsmedium  
der Interessengemeinschaft  
Niedergelassene Ärzte

[igpraxis.at](http://igpraxis.at)