

# **Wahrnehmungsbericht**

## **2009 und 2010**



**Gesundheitswesen unter der Lupe**

## Vorwort



Wie vor zwei Jahren erstellt die Österreichische Ärztekammer auch heuer wieder einen Wahrnehmungsbericht zum Gesundheitswesen im Jahr 2009 und 2010.

Das Inhaltsverzeichnis – sicher nicht vollständig – zeigt die Bandbreite unseres hoch entwickelten Gesundheitssystems, auf das wir alle stolz sein dürfen, stellt es doch eine große gesellschaftliche, politische Entwicklung in unserem Land dar, begründet auf der enormen quantitativen und qualitativen Leistungsbereitschaft aller im Gesundheitswesen Tätigen.

Dies alles um Menschen ganz unmittelbar und direkt zu helfen und oftmals in schwersten Lebenssituationen beizustehen.

In diesem Wahrnehmungsbericht wollen wir daher auch nicht die von der Ärzteschaft und der ÖÄK geleisteten Beiträge zum Gesundheitswesen verbergen.

Zuletzt noch ein Hinweis: Erstmals hat - nicht nur für Österreich - das IHS im Auftrag der Österreichischen Ärztekammer zwei Studien zu den Themen Wertschöpfungseffekte des Wirtschaftssektors Gesundheit und Wachstumseffekte von Gesundheit erstellt.

Wien im Februar 2011

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	2
<b>1. Gesundheitswesen in Österreich .....</b>	<b>7</b>
Interaktion zwischen ärztlicher Tätigkeit und Politik.....	7
Ethik in der Medizin.....	8
Haftungsfragen .....	9
Spitäler.....	11
<b>2. Das Gesundheitswesen als Wachstumsmotor.....</b>	<b>14</b>
Einleitung.....	14
Wertschöpfungseffekte des Wirtschaftssektors Gesundheit .....	14
Kurzzusammenfassung .....	14
Die Bedeutung des österreichischen Gesundheitswesens als Wirtschaftszweig.....	14
Analyse der wirtschaftlichen Verflechtungen .....	15
Detailergebnisse der Analyse .....	15
Wachstumseffekte von Gesundheit (Eine Simulationsstudie für Österreich) .....	20
Kurzzusammenfassung.....	20
<b>3. Die Österreichische Ärztekammer und ihre Aufgaben im Gesundheitswesen .....</b>	<b>22</b>
Ausbildungsstätten .....	25
Führung Ärzteliste .....	25
<b>4. Angestellte Ärztinnen und Ärzte .....</b>	<b>28</b>
Grafische Darstellung .....	28
Spitalsärztinnen- und Spitalsärzteumfrage 2010.....	28
Steigende Arbeitsintensität.....	28
Empirischer Beweis für Arbeitsbelastung.....	29
Steigende Unzufriedenheit.....	30
Zu viel Administration – zu wenig Personal .....	30
Kritischer Blick auf das Gesundheitswesen .....	31
Arbeit: hoher ideeller Wert .....	31
Zur Situation der Turnusärztinnen und -ärzte .....	32
Lange Dienstzeiten .....	33
Belastung durch Administration.....	34
Qualität der Ausbildung verbessern.....	35
Trotz allem: Freude am Beruf.....	35
Zur Situation der Spitalsärztinnen – Medizin wird weiblich.....	37
Zunehmende Feminisierung der Medizin .....	37
Hohe soziale Kompetenz .....	38
Familienfreundlichere Dienstzeiten .....	38
EU-Arbeitszeitrichtlinie.....	41
Arbeitszeitübertretungen .....	41
Universitäten .....	43
Rahmenbedingungen an Universitäten.....	43
Kommissionen .....	44
Bestellung der Rektorin und des Rektors .....	44
<b>5. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte.....</b>	<b>45</b>
Grafische Darstellung .....	45

Verträge mit den sozialen Krankenversicherungen; Wahlärztinnen und -ärzte.....	46
Honorarentwicklung .....	46
Kassenkonsolidierung – Vereinbarung ÖÄK und Hauptverband .....	47
Entschließungsantrag „Sicherstellung der Sachleistungsversorgung“ .....	48
SVA – Gesamtvertrag .....	48
Gruppenpraxen insbesondere Ärzte-GmbH .....	49
Altersgrenze .....	49
Ordinationsbewertung .....	49
Berufshaftpflichtversicherung .....	50
Hausarztmodell.....	50
Disease Management Programm Therapie Aktiv – Diabetes mell. im Griff .....	51
Vorsorgeuntersuchung .....	52
MUKI-Pass.....	53
Substitutionsangelegenheiten .....	54
Pflegegeldbegutachtung.....	54
<b>6. Aus- und Fortbildung .....</b>	<b>55</b>
Allgemein .....	55
Neue Verordnungen in Bildungsangelegenheiten.....	55
3.Novelle zur KEF- und RZ-Verordnung .....	55
Wiederverlautbarung der Prüfungsordnung.....	56
Verordnung über ärztliche Fortbildung.....	56
Ärztegesetz / Ärzte-Ausbildungsordnung.....	57
12. ÄrzteG-Novelle: Anerkennung von EWR- und Drittlanddiplomen .....	57
Mangelfach Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	57
Additivfach Geriatrie .....	58
Verpflichtende Rotation .....	58
Visitation.....	59
Assoziierungen.....	59
Lehrpraxis .....	60
Approbation / „Fachärztin und Facharzt“ Allgemeinmedizin .....	61
ius migrandi .....	61
Spezialisierungen .....	62
Spezialfortbildungen (ÖÄK-Spezialdiplome, Zertifikate) .....	62
Diplom-Fortbildungs-Programm.....	63
<b>7. Qualitätssicherung.....</b>	<b>65</b>
Gesetzliche Evaluierung der Arztordinationen gemäß Qualitätssicherungs-Verordnung 2006 .....	65
Kennzahlen der Evaluierungen per 19.11.2010 .....	65
Ärztlicher Qualitätsbericht 2009.....	65
Behindertengerechte Ordinationen .....	65
Projektstand .....	65
Partnerschaftliches Modell – Qualitätssicherung NEU.....	66
Wissenschaftlicher Beirat neu.....	66
Evaluierung von Ordinationen, Ambulatorien .....	67
Hygiene-VO.....	67
<b>8. PatientInnensicherheit .....</b>	<b>67</b>
Ratsempfehlung der EU.....	67
ÖÄK Fehlerberichts- und Lernsystem (CIRSmedical) .....	68

CIRSmedical.at – online .....	68
Meldegruppen in CIRSmedical.at .....	69
Details zu CIRSmedical.at .....	69
Der Prozess .....	69
Aktuelle Zahlen .....	70
Ständige Optimierung .....	70
Evaluierung .....	70
„Surgical Safety Checklist“ der WHO .....	70
OP-Sicherheits-Checkliste-Austria .....	70
Veröffentlichung mit Empfehlung zur Implementierung .....	71
Kommunikation und PatientInnensicherheit.....	71
When Things go wrong – Harvard-Konsenspapier .....	71
Broschüre „Wenn etwas schief geht – Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall“ .....	71
PatientInnenbefragungen.....	72
Einschlägige Aus- und Weiterbildungen Stand 4.2.2011 .....	72
Interdisziplinäre Riskmanagerausbildung für das Krankenhaus (sechstägig).....	72
Fortbildungen am Sektor Risikomanagement und Qualitätsmanagement .....	72
Interdisziplinäre Kommunikationstrainings (ein- und zweitägig) .....	73
Health technology assessment – HTA-Methodenhandbuch .....	73
Maßstab Methode wissenschaftlicher Studien .....	73
Qualifikation der in HTA beigezogenen Personen.....	73
Externe praktische Expertise zur abschließenden Beurteilung .....	74
Review-Bericht durch ÖQMed .....	74
Transparenz.....	75
<b>9. ELGA- Elektronische Gesundheitsakte.....</b>	<b>75</b>
Was ist ELGA? .....	75
Probleme .....	76
Kosten/Nutzen.....	76
<b>10. Entwicklungen im Arzneimittelbereich .....</b>	<b>77</b>
Neuverblisterungsbetriebsordnung .....	77
Verordnung über die Meldepflicht von Nicht-interventionellen Studien .....	78
Ethische Verhaltensregelungen zur Arzneimittelanwendung durch die Ärztin und den Arzt .....	79
Maßnahmen gegen Doping .....	79
Quick Assessments zur Beurteilung von Arzneimitteln .....	80
Vorschlagspaket der ÖÄK und des Hauptverbandes zu Einsparungen im Heilmittelbereich .....	80
Salzburger Medikamentenvereinbarung .....	81
Weiterleitung von PatientInnendaten an Arzneimittelhersteller unzulässig .....	82
Rezeptgebührenobergrenze .....	82
<b>11. Gesundheitsförderung und Prävention .....</b>	<b>83</b>
Kinder- und Jugendgesundheit .....	83
Gesundheit muss Schule machen.....	83
Nationaler Aktionsplan Ernährung – NAP.e.....	84
NichtraucherInnen-Schutz .....	85
Alzheimer.....	85
<b>12. Medizinische Versorgung älterer PatientInnen .....</b>	<b>85</b>
Medizinische Qualität in Alten- und Pflegeheimen .....	86
Additivfach Geriatrie.....	86

Heimaufenthaltsgesetz .....	86
<b>13. Gesundheitsberufe .....</b>	<b>87</b>
Gründung Gesundheitsberufe-Konferenz .....	87
<b>14. Entwicklungen auf europäischer Ebene .....</b>	<b>88</b>
I. Gesetzgebung .....	88
Richtlinie über die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung .....	88
Richtlinie für Gesundheitsschutz der Beschäftigten im Gesundheitswesen .....	89
Pharma Package .....	89
II. Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs.....	93
Beschränkungen des Hochschulzugangs in Europa zulässig .....	93
Finanzielle Verschreibungsanreize für Ärzte und Ärztinnen zulässig .....	94
Rechtsprechung zum Apothekenrecht.....	94
II. Europäische Gesundheitspolitik .....	95
Eklatanter Fachkräftemangel im Gesundheitswesen bis 2020 erwartet .....	95
E-Health und Telemedizin .....	96
<b>15. Das Gesundheitswesen im Spiegel der Medien.....</b>	<b>97</b>
Institutionen .....	98
SVA.....	98
Kassensanierung .....	99
Hausarztmodell.....	99
Ausbildung .....	99
Arbeitsbedingungen .....	100
Spitalsreform .....	100
Ärztliche Kooperationen .....	100
E-Projekte .....	100
Qualitätssicherung.....	101
Masterplan Gesundheit.....	101

## 1. Gesundheitswesen in Österreich

Der vorliegende Wahrnehmungsbericht bezieht sich auf Gegebenheiten und Entwicklungen in verschiedenen Bereichen des Österreichischen Gesundheitswesens in den Jahren 2009 und 2010. Analysen, Anregungen und Änderungsvorschläge werden von den Ärztinnen und Ärzten Österreichs zum Ausdruck gebracht. Um den Rahmen einer solchen Darstellung nicht zu sprengen, wurden Bereiche und Beiträge der Ärztekammern, die am wichtigsten erschienen, ausgewählt und in den Wahrnehmungsbericht aufgenommen. Zur besseren Darstellung wurde der Bericht mit zahlreichen dazugehörigen Graphiken bzw. Statistiken ergänzt.

### Interaktion zwischen ärztlicher Tätigkeit und Politik

Betrachtet man die ärztliche Tätigkeit, so erkennt man den immer stärkeren Einfluss der Politik, Ökonomie und der Verwaltung. Bürokratie und finanzielle Gegebenheiten setzen der ärztlichen Tätigkeit oftmals Schranken. Ärztinnen und Ärzte werden trotz ihrer Leistung und Einsatzbereitschaft von Gesundheitsökonomien als Kostenversursachende dargestellt, obwohl beispielsweise die Ausgabensteigerungen der Krankenkassen für die Vertragsärztinnen und -ärzte seit vielen Jahren konstant unter den Einnahmesteigerungen liegen. Generell belasten die ständige Kostendiskussion und die damit hervorgerufene Verunsicherung das Vertrauen und die Zufriedenheit der Österreicherinnen und Österreicher in das Gesundheitssystem. Leicht erkennt man, dass diejenigen, die Verwaltungsregeln, Einsparungs- und Finanzpläne etc. aufstellen, wenig Bindung zur Patientin/zum Patienten haben. Wir agieren im Sinne unseres Leitmotives: Medizin, ethische Werte und Gesundheitsziele haben Vorrang vor gesundheitspolitischen Modellen, Strukturen und Systemen! Für die Ärztinnen und Ärzte zählen im Kontakt mit ihren Patientinnen und Patienten Empathie, Hinwendung und Kommunikation.

Rationierung, Regulierungen und Staatsmedizin gefährden den freien Ärztinnen- und Arztberuf und die Therapiefreiheit. Deshalb ist die Ärzteschaft konsequent bemüht, gegen staatliche Zwänge aufzutreten, die Qualität der medizinischen Versorgung und das Wohl der PatientInnen in den Vordergrund zu stellen. Wir sehen im medizinischen Fortschritt eine Chance und keine Belastung. Die Kosten dürfen nicht die Neuerungen im Gesundheitssystem bestimmen, sondern „behutsame Entwicklungen“ müssen die Möglichkeiten der Medizin und den unmittelbaren Versorgungsbedarf der österreichischen Bevölkerung berücksichtigen. Deshalb werden wir unsere Vorstellungen im Rahmen unserer medizinischen Kompetenz auch in Zukunft in die politische Diskussion einbringen, damit das Gesundheitswesen nicht ausschließlich auf ökonomische Notwendigkeiten und Leistungseinschränkungen reduziert wird und das Vertrauen der PatientInnen nicht nur der Ärzteschaft gegenüber gebracht wird, sondern auch in ein funktionierendes Gesundheitswesen gesteigert wird.

## Ethik in der Medizin

Schwerpunkte setzte die Österreichische Ärztekammer in den Jahren 2009 und 2010 zum Thema Ethik in der Medizin.

So lud sie Herrn Univ. Prof. Giovanni MAIO, M.A., Geschäftsführender Direktor des Interdisziplinären Ethik-Zentrums, Freiburg, anlässlich des Festaktes „60 Jahre seit der Wiedererrichtung der Österreichischen Ärztekammer“ im Rahmen ihrer Vollversammlung im Dezember 2009 zu einem viel beachteten Festvortrag zum Thema „**Dienst am Menschen oder Kunden-Dienst**“ ein. In seinem Vortrag spannt er den Bogen von der Frage, ob die/der PatientIn immer mehr zur/zum Konsumentin/Konsumenten werde, die Vertragsbeziehung zwischen Ärztin/Arzt und PatientIn sich zunehmend versachlichen und sich vom Vertrauens- zum Vertragsverhältnis wandeln würde. Die/Der Ärztin/Arzt werde zum wunscherfüllenden Dienstleister. Unter dem Diktat des Marktes und der Industrialisierung würden Abläufe als Produktionsprozesse verstanden, die nach Effizienz Gesichtspunkten optimiert werden sollten. Dies führe zur Herstellung eines Produktes im Rahmen eines nach betriebswirtschaftlichen Kriterien bewerteten Standardisierungsprozesses, etwas Herzustellendes, eben nichts Einzigartiges. Demgegenüber ist Krankwerden ein Geschick, das nicht planbar, erwartbar, berechenbar - Teil des menschlichen Lebens sei. Das Diktat des Marktes sei ein Diktat der Zeitökonomie. Am Ende würde das wegrationalisiert, worauf es bei der Gesundung von Menschen zentral ankäme, nämlich die Zeit für die Zuwendung. Unter Bezug auf Seneca käme es aber vor allem darauf an, in welchem Beziehungsgeschehen Therapien erfolgen würden. Hier wäre nicht die Technik, die Applikation per se, die ihre Wirkung entfaltet, sondern die Wirkung würde auch davon abhängen, in welcher Beziehung zur/zum Patientin/Patienten diese Maßnahmen eingebettet wären. Sich auf die Applikation des Richtigen zu reduzieren und die persönliche Sorge um die/den Kranke/Kranken zu verlieren, käme immer mehr einem Identitätsverlust der Medizin gleich. Dennoch bewertet er die Medizin und Ökonomie nicht als Antipoden. Ökonomisches Effizienzdenken könne für die Medizin sehr nützlich sein. **Die Rangfolge müsse aber sein: Die Ziele der Ökonomie stehen im Dienst der Ziele der Medizin.** In der Realität dient der Markt nicht mehr der Medizin, sondern vielmehr dient die Medizin immer mehr dem Markt. Je mehr die Medizin sich den Kategorien der Marktwirtschaft unreflektiert beugen würde, umso mehr verliert sie aus dem Blick, dass das, was Medizin anbiete, eben nicht Produkte sind, die wie Waren gekauft und verkauft werden können, Produkte, die einen Marktwert haben. Die Medizin müsse zu ihrem Kern zurückfinden. Die Ärztin und der Arzt handle zum Wohle der/des Patientin/Patienten. Die Ärztin/Arzt-PatientIn-Beziehung sei auf ein Vertrauenkönnen ausgerichtet. Moderne Medizin müsse daher nicht nur in die Technik, sondern vor allen Dingen in die Grundhaltungen investieren, sie müsse wieder eine Beziehungsmedizin werden.

Im Herbst 2009 fand das erste Symposium aus der Veranstaltungsreihe „**Medizin und Ethik**“ unter dem Titel „**Herausforderung Humanität - Medizin und Ethik**“ statt, das nicht nur den



interdisziplinären Dialog zwischen Medizin-, Natur- und Humanwissenschaften stärken, sondern insbesondere auch die Ärzteschaft für das Thema sensibilisieren sollte. Dabei wird die Wichtigkeit betont auf den Menschen zuzugehen, ihm zuzuhören und einer technologiegetriebenen Medizin nicht Vorschub zu leisten.

Nach der Analyse der theoretischen Grundlagen im Jahr 2009 wendet sich die Tagungsreihe „Medizin und Ethik“ 2010 der Praxis zu und ging der Frage der Kommunikation zwischen Ärztin/Arzt und PatientInnen, Wissenschaft und Laien nach. Der medizinisch-technische Fortschritt ist rasant, laufend werden neue Medikamente und Therapien vorgestellt. Nur das zentrale Objekt der Forschung scheint im medizinischen Alltag allzu oft sich selbst überlassen: „Wo steht der Mensch?“

Rund 110 FachbesucherInnen aus dem In- und Ausland folgten der Einladung zu dieser Tagung, die vom Europäischen Forum Alpbach, der Österreichischen Ärztekammer und der Ärztekammer für Wien veranstaltet wurde. Tenor der Veranstaltung: **„Ethische Herausforderungen an Medizin und Wissenschaften steigen, ein kommunikationsoffenes ‚Miteinander‘ von Ärztin/Arzt und PatientIn und der laufende Dialog sind daher unabdingbar“.**

## Haftungsfragen

Die Judikatur zur ärztlichen Aufklärung, die sich nicht auf eine gesetzliche Grundlage begründet, hat sich im Laufe der Jahre und Jahrzehnte zu immer größeren Erschwernissen für die Ärzteschaft entwickelt. Dies führte zu umfangreichen Diskussionen sowohl aus medizinischer, rechtlicher, als auch aus ethischer Sicht.

Zu erwähnen ist, dass sich die Verletzung der ärztlichen Aufklärungspflicht in den letzten Jahren zu einer Art Auffangtatbestand entwickelt hat, vor allem dann, wenn kein Behandlungsfehler nachgewiesen werden kann - wobei in vielen Fällen die Aufklärungsfrage allein zu umfassenden Schadenersatzansprüchen führen kann. Dies reicht von Aufklärungsverfehlungen bei Impfungen bis zu hochspezifischen Themen, wie beispielsweise der Prognose einer Behinderung eines Kindes. Die Anforderungen an die Aufklärung der Ärztin und des Arztes werden immer höher. Im Prinzip ergibt sich bei mangelnder Aufklärung eine idente Sanktion wie bei Behandlungsfehlern.

Dies hat dazu geführt, dass Ärztinnen und Ärzte zunehmend unter dem Druck diverser (uneinheitlicher) Entscheidungen des OGH bei der Wahrnehmung der Aufklärung stehen. Rechtsnormen, wie eine gesetzeskonforme Aufklärung zu erfolgen hat, gibt es nicht.

Zu dieser Rechtsunsicherheit kommt der unterschiedliche Zugang an die Ausübung der jeweiligen Wissenschaft zwischen Ärztinnen/Ärzten und JuristInnen:

Die/Der Ärztin/Arzt arbeitet in erster Linie mit kranken Menschen. Während die Ärztin/der Arzt die möglichste Wiederherstellung der Gesundheit unter Einsatz ihres/seines fachlichen Wissens und Könnens nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft das Wohlergehen, die persönliche Sorge der/des Patientin/Patienten, im Auge hat, stellt das Recht immer höhere Ansprüche an die ex post überprüfbare „Richtigkeit“ des Vorgehens.

Die/Der Ärztin/Arzt muss sich absichern, dass die Aufklärung ex ante und laufend den Anforderungen einer ex post-Überprüfung standhält. Sie/Er hat zu einem möglichst frühen Zeitpunkt alle Befundungen, vielleicht auch nur Wahrnehmungen - oftmals nach subjektiver Einschätzung, d.h. ohne gesicherte Diagnose – zu kommunizieren (und zwar: einfühlsam, zurückhaltend, auf die Persönlichkeit der/des Patientin/Patienten eingehend, ständige Gesprächsbereitschaft signalisierend, sich um die Auswirkungen auf die PatientInnen kümmernd, versichernd, dass die/der PatientIn alles verstanden hat). Dabei befindet sie/er sich oftmals noch im diagnostischen oder therapeutischen Unsicherheitsbereich (weil z.B. weitere Untersuchungen zu erfolgen haben) oder im Stadium des Ausschlusses weiterer möglicher Optionen bzw. unklarer Prognose. Man erwartet von der Ärztin und vom Arzt in jedem Stadium der Behandlung die entsprechende Aufklärung.

Nach der Rechtslage ist die ärztliche Behandlung als rechtswidriger Eingriff in die körperliche Unversehrtheit der/des Patientin/Patienten anzusehen. Sie findet ihre Rechtfertigung durch die Einwilligung der/des Patientin/Patienten. Eine Einwilligung kann nur nach erfolgter Aufklärung gegeben werden. In der Rechtsprechung wird der Fall ex post beurteilt. Die Frage, in welchem Umfang die/der Ärztin/Arzt die/den Patientin/Patienten aufklären muss, ist nach der Judikatur – unserer Meinung nach unrichtigerweise - eine Rechtsfrage, die nach den Umständen des Einzelfalls zu beantworten ist (vgl. Das "typische" Behandlungsrisiko als Aufklärungskriterium, Eckhard Pitzl, Gerhard W. Huber, RdM 2011/2).

Die hohen Anforderungen der Rechtsprechung an die Aufklärung und der Umstand, dass es derzeit keine gesetzliche Bestimmungen darüber gibt, führt zu einer Verunsicherung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und damit zur Verunsicherung in der Ärztin/Arzt-PatientIn-Beziehung, die nicht nur wesentliche Auswirkungen auf das Ärztin/Arzt-PatientIn-Verhältnis, sondern ganz allgemein gesundheitspolitische Konsequenzen mit sich bringt (beispielsweise sei erwähnt: Defensiv- und Absicherungsmedizin, Mehrfachuntersuchungen, überbordende Bürokratie, etc. ). Gewisse Leistungen werden auf Grund des Haftungsrisikos nicht mehr oder nicht mehr in diesem Ausmaß angeboten (z.B. Impfungen, Screenings, Pränataldiagnostik, etc.).

Eine Differenzierung zwischen Behandlungsfehlern und Aufklärungsmängeln ist daher dringend geboten. Um das Ärztin/Arzt-PatientIn-Verhältnis wieder zu stärken, muss das Haftungsrisiko im Rahmen der Aufklärung für Ärztinnen und Ärzte reduziert werden. Auch die Veränderung des Haftungmaßstabes generell für Aufklärungsfehler auf grob fahrlässiges bis vorsätzliches Verhalten wäre unserer Ansicht nach wünschenswert.

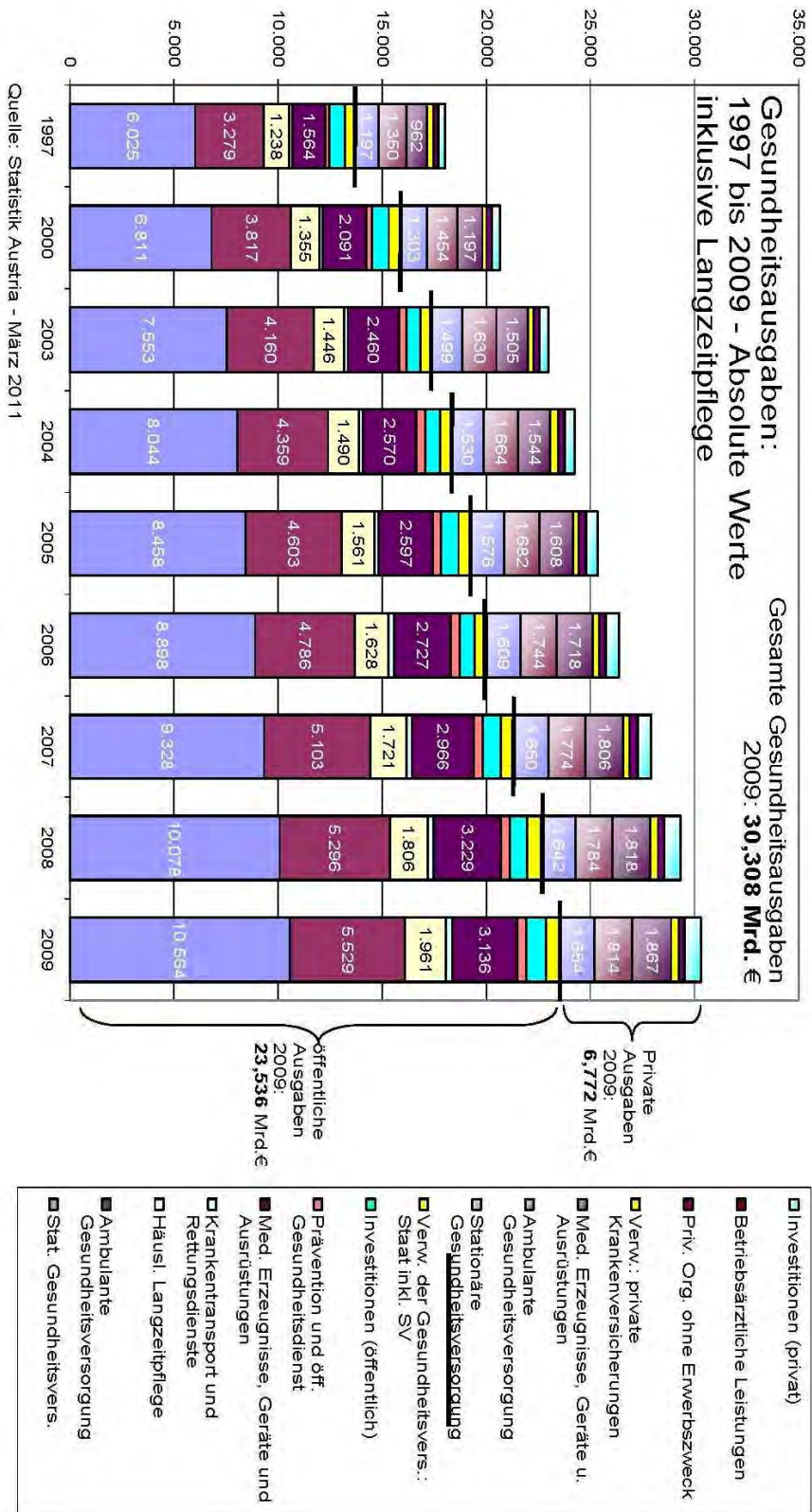
Die Österreichische Ärztekammer spricht sich für klarstellende Regelungen betreffend ärztliche Aufklärung aus, die den verschiedenen Ebenen des Gesundheitswesens und der Leistungserbringung Rechnung tragen sollen.

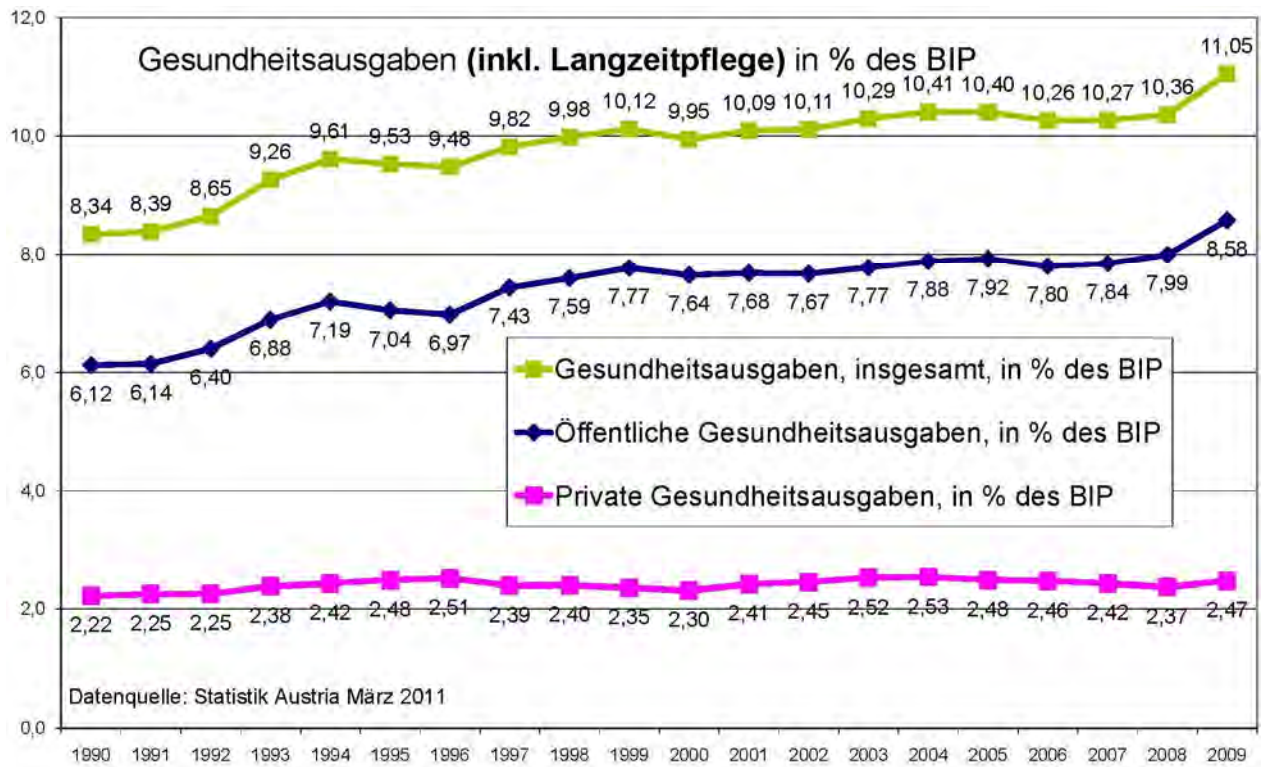
Durch die 13. Ärztegesetznovelle erhielt die Österreichische Ärztekammer im übertragenen Wirkungsbereich die Ermächtigung, im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit eine Aufklärungsrichtlinie zu erlassen. Dies soll zu mehr Rechtssicherheit beitragen. Herr Bundesminister Stöger und Frau Bundesministerin Bandion-Ortner sprachen sich für eine Verbesserung der Rechtssituation aus, weshalb zu diesem Zweck eine Arbeitsgruppe zwischen Gesundheitsministerium, Justizministerium und der Österreichischen Ärztekammer eingerichtet wurde.

## Spitäler

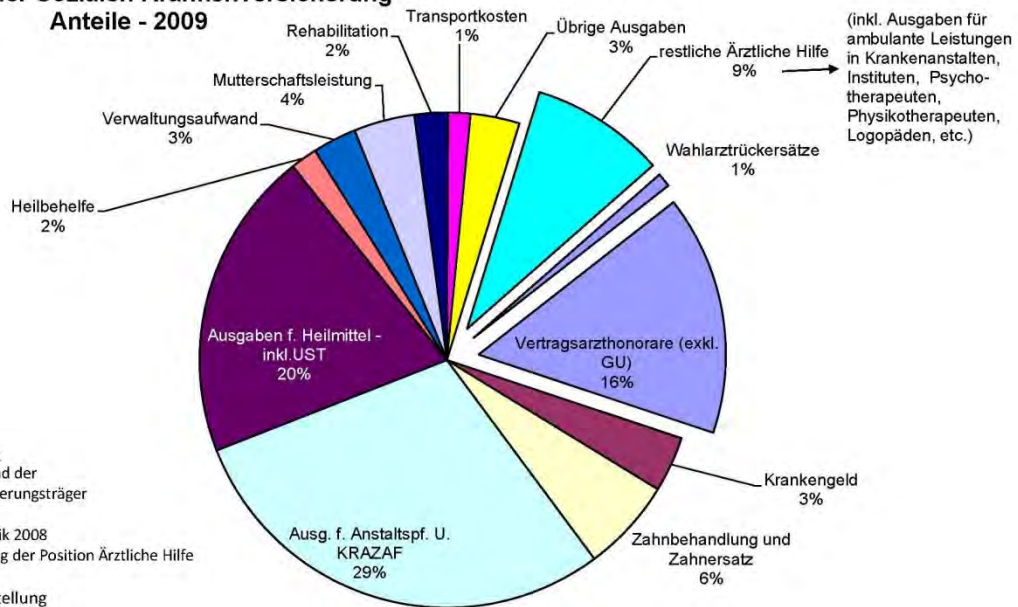
Positiv aufgenommen wurde der Vorschlag von BM Stöger, die Spitalsgesetze ganz wesentlich zu vereinfachen und auf *ein* Krankenanstaltengesetz (statt bisher zehn) zu reduzieren. Dies entspricht einer lang erhobenen Forderung der ÖÄK. Wichtig erscheint uns dabei, dass die Versorgungsqualität und auch die Versorgungsdichte flächendeckend sichergestellt bleiben. Der weitere Vorschlag von BM Stöger, Finanzmittel an die Spitäler von (bisher nicht näher definierten) Zielvorgaben abhängig zu machen, kann nicht ohne die Ärztinnen und Ärzte und andere Leistungserbringer weiter verfolgt werden, um nicht in Leistungskontingentierungen und Verschlechterungen der Gesundheitsversorgung zu gelangen. In diesem Sinne ist die Umsetzung unseres gesundheitspolitischen Konzepts aus dem Jahre 2008 – wonach alle ambulanten Leistungen im System der sozialen Krankenversicherung durch freiberufliche und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erbracht werden sollen – aktuell und dringend geboten.

Die folgenden Grafiken geben einen ersten ausgabenorientierten Gesamtüberblick:





### Ausgaben der Sozialen Krankenversicherung Anteile - 2009





## 2. Das Gesundheitswesen als Wachstumsmotor

### Einleitung

Die öffentliche und veröffentlichte Gesundheitspolitik war in den letzten Jahren geprägt von oberflächlichen Diskussionen der Kostenproblematik und vorschnellen Einsparungsvorschlägen diverser GesundheitsökonomInnen. Studien und Veranstaltungen haben hier in letzter Zeit zu einem gewissen Umdenken geführt, den Betrachtungshorizont erweitert und damit die Diskussion seriöser gemacht. Vor allem vom Bereich der LeistungsanbieterInnen im Gesundheitswesen geht diese Initiative aus. LeistungsanbieterInnen, die sich nicht länger als „böse Kostenverursachende“ sehen und fühlen wollen, die aber auch zeigen, dass man weder die wirtschaftswissenschaftliche Analyse noch die Gesundheits- und wirtschaftswissenschaftliche Diskussion fürchtet.

Einen wesentlichen Beitrag dazu leisten zwei Studien des Institutes für Höhere Studien, IHS, beauftragt von der Österreichischen Ärztekammer. Beide Studien analysieren den Wertschöpfungs- und den Wachstumseffekt des Gesundheitsbereiches und werden im Überblick kurz dargestellt:

### Wertschöpfungseffekte des Wirtschaftssektors Gesundheit

(Institut für Höhere Studien (IHS), Wien im Oktober 2009)

### Kurzzusammenfassung

#### Die Bedeutung des österreichischen Gesundheitswesens als Wirtschaftszweig

Vielfach wird das österreichische Gesundheitswesen in der Öffentlichkeit nur in seiner Bedeutung für die medizinische Versorgung der Bevölkerung, aber auch im Zusammenhang mit der steigenden Ausgabenentwicklung wahrgenommen. Dass das österreichische Gesundheitswesen auch ein bedeutender Wirtschaftszweig ist, von dem wichtige ökonomische Effekte auf die österreichische Wertschöpfung, Beschäftigung und staatlichen Einnahmen ausgehen, ist weniger im öffentlichen und im politischen Bewusstsein verankert.

Dieser ökonomische Nutzen, der von den Ausgaben des österreichischen Gesundheitswesens ausgelöst wird, wurde in der vorliegenden Studie für das Jahr 2006 quantifiziert. Dabei wurden die laufenden Gesundheitsausgaben, die Investitionen des österreichischen Gesundheitswesens sowie die Exporte von österreichischen Gesundheitsdienstleistungen und -gütern untersucht.

- ⇒ Das Österreichische Gesundheitswesen generierte 2006 9,7 Prozent der gesamtösterreichischen Wertschöpfung und 12,5 Prozent der vollzeitäquivalenten Beschäftigung.

Folgende Ergebnisse konnten ermittelt werden:

Die 2006 insgesamt getätigten Gesundheitsausgaben (laufende Ausgaben, Investitionsausgaben, Exporte) lösten in Österreich einen Wertschöpfungseffekt in Höhe von 22,5 Milliarden Euro aus. Dies entspricht etwa 9,7 Prozent der gesamtösterreichischen Wertschöpfung im Jahr 2006. Weiters wurden durch die Gesundheitsausgaben mehr als 445.000 Vollzeitarbeitsplätze generiert, was einem Anteil von 12,5 Prozent an der gesamtösterreichischen vollzeitäquivalenten Beschäftigung entspricht. Zudem flossen 10,4 Milliarden Euro in Form von Steuern und Abgaben an die öffentliche Hand zurück, dies entspricht etwa 9,3 Prozent der gesamten öffentlichen Einnahmen an Steuern und Sozialbeiträgen.

### **Analyse der wirtschaftlichen Verflechtungen**

Zur Untersuchung der Bedeutung des österreichischen Gesundheitswesens als Wirtschaftszweig wurde die Input-Output-Analyse als Methode eingesetzt. Damit können die wirtschaftlichen Verflechtungen der einzelnen Wirtschaftszweige untersucht werden, d.h. welche Auswirkungen die Nachfrage in einem Wirtschaftsbereich, wie etwa im Gesundheitswesen, auf die Beschäftigung, Wertschöpfung und öffentlichen Einnahmen in der gesamten Wirtschaft hat. So entstehen z.B. durch eine Hüftoperation nicht nur unmittelbar im Zusammenhang mit der Operation wirtschaftliche Effekte (Beschäftigte im Spital, deren Einkommen als unmittelbare Wertschöpfungskomponente u.a.), sondern auch im vor- und nachgelagerten Bereich. Denn für die Operation ist eine Reihe von Vorleistungen notwendig (z.B. Hüftprothese, Strom für den OP, Essen für die/den Patientin/Patienten), für deren Herstellung wiederum Vorleistungen erforderlich sind (z.B. Material für die Hüftprothese) usw. Hinzu kommen konsuminduzierte Effekte, u.a. durch das Einkommen der Beschäftigten, das aufgrund der unmittelbaren (Operation) bzw. der in den vor-/nachgelagerten Stufen generierten Nachfrage realisiert wird. Mit diesem Einkommen konsumieren so z.B. die ArbeitnehmerInnen wiederum Leistungen (= Nachfrage), was folglich weitere Effekte auf die gesamte Wirtschaft auslöst usw.

### **Detailergebnisse der Analyse**

Die ökonomischen Effekte, die durch das österreichische Gesundheitswesen 2006 in Österreich und im Ausland ausgelöst wurden, wurden zum einen getrennt für die laufenden Gesundheitsausgaben, die Investitionen des Gesundheitswesens sowie die Exporte berechnet. Die Effekte dieser drei Teilbereiche können nicht aufaddiert werden, da es aufgrund gegenseitiger Vorleistungen zu Überlappungen kommen könnte, daher wurden zum anderen auch die Gesamteffekte gesondert berechnet (Ergebnisse siehe oben). Weiters wurde in der Studie ermittelt, welche Wirtschaftssektoren von den ökonomischen Wirkungen des österreichischen Gesundheitswesens am meisten profitieren.

- ⇒ Laufende Ausgaben des Gesundheitswesens bewirkten in Österreich 21 Milliarden Euro Wertschöpfung und 423.000 Vollzeitarbeitsplätze.

Die laufenden Ausgaben des österreichischen Gesundheitswesens, darunter fallen vor allem die Kosten des laufenden Betriebs im stationären, ambulanten und niedergelassenen Bereich (Personal, Verbrauchsmaterialien, Medikamente etc.), beliefen sich im Jahr 2006 auf etwa 25 Milliarden Euro. Von diesem Ausgabenvolumen ausgehend wurden in Österreich fast 21 Milliarden Euro an Wertschöpfung, mehr als 423.000 Vollzeitarbeitsplätze und etwa 9,6 Milliarden Euro an öffentlichen Einnahmen generiert.

- ⇒ Investitionsausgaben generierten 780 Millionen Euro Wertschöpfung und 12.000 Vollzeitarbeitsplätze in Österreich.

Die Investitionsausgaben des österreichischen Gesundheitswesens, das sind z.B. Ausgaben für medizinische Geräte oder die Einrichtung einer Praxis, betragen im Jahr 2006 rund 1,3 Milliarden Euro, davon wurden 673 Millionen Euro aus öffentlicher und 622 Millionen Euro aus privater Hand finanziert. Diese Ausgaben bewirkten in Österreich etwa 780 Millionen Euro Wertschöpfung, etwa 12.000 Vollzeitarbeitsplätze und mehr als 550 Millionen Euro an öffentlichen Einnahmen.

- ⇒ 830 Millionen Euro Wertschöpfung und 10.500 Vollzeitarbeitsplätze in Österreich durch Exporte des Gesundheitssektors

Bei den Exporten des österreichischen Gesundheitssektors musste sich die Studie auf die verfügbaren Daten beschränken, die quantifizierten Effekte decken somit nicht die gesamten Exportleistungen des österreichischen Gesundheitssektors ab. Insgesamt wurden 1,2 Milliarden Euro an Exporten des Gesundheitssektors (Export von Gesundheitsdienstleistungen, pharmazeutischen Erzeugnissen, medizinischen Geräten, orthopädischen Vorrichtungen) untersucht. Diese berücksichtigten Exporte generierten fast 830 Millionen Euro Wertschöpfung, etwa 10.500 Vollzeitarbeitsplätze und mehr als 250 Millionen Euro an öffentlichen Einnahmen.

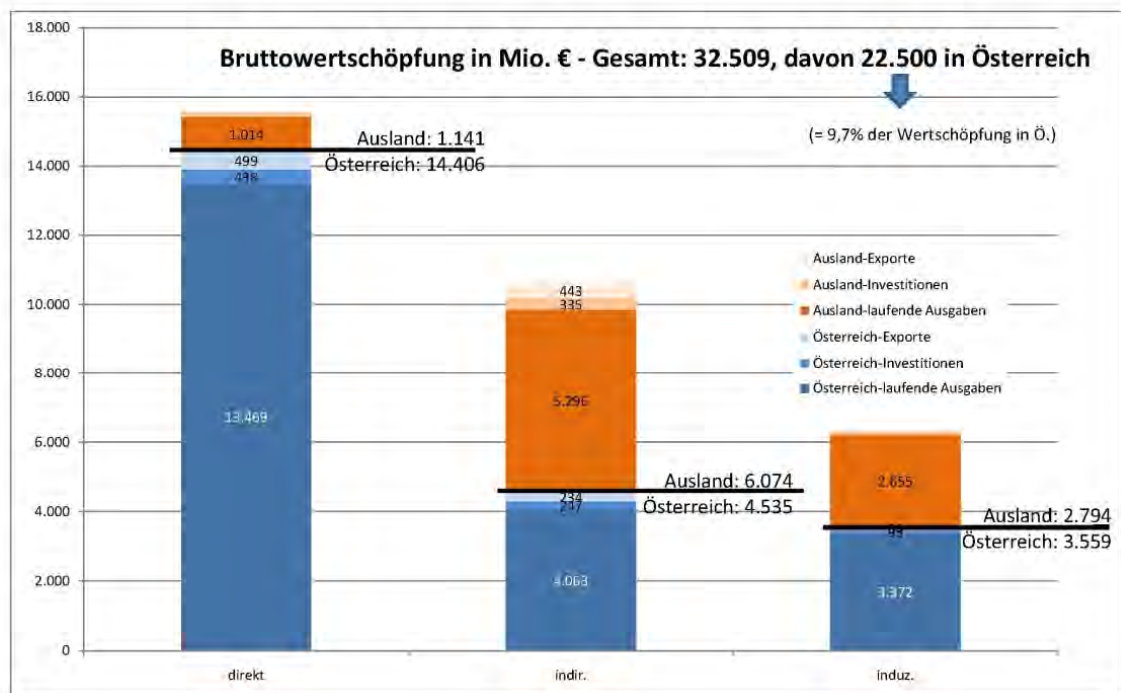
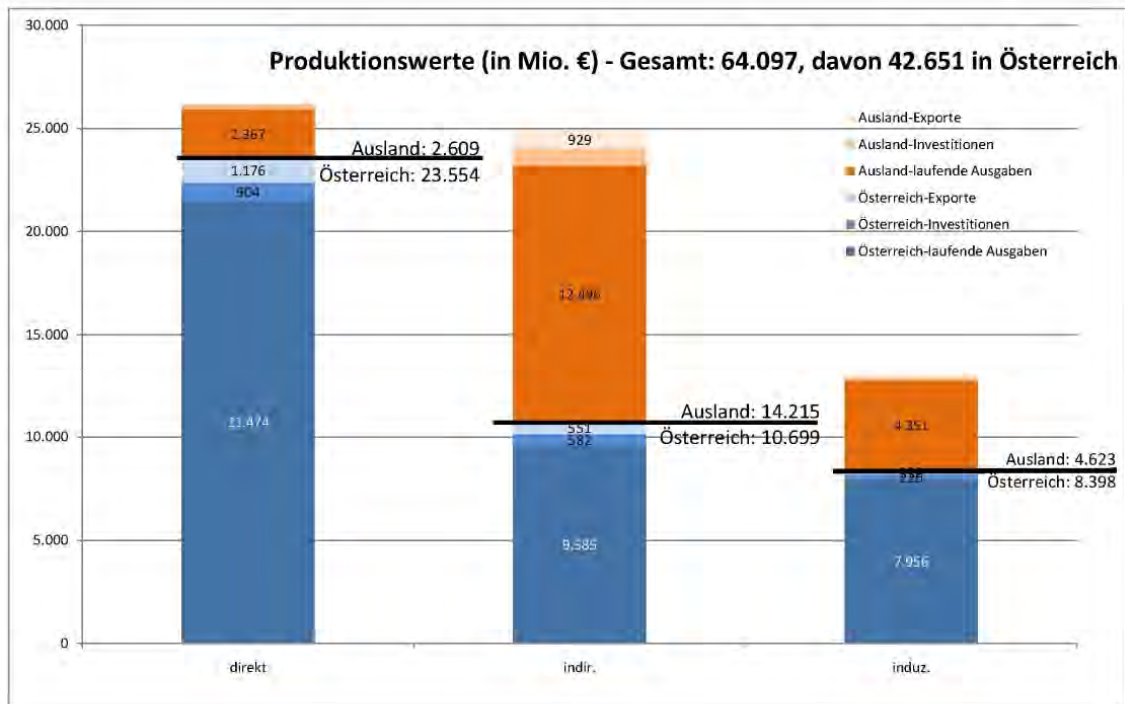


Die Hauptergebnisse zeigt die folgende Tabelle und die dazugehörigen Grafiken:

	Wertschöpfungseffekte des Gesundheitswesens : Kernergebnisse der IHS-Studie			Basisjahr 2006									
	laufende Gesundheitsausgaben:	Investitionen Gesundheit:		Exporte									
	25.034	1.295											
	davon öffentlich 19.298	davon öffentlich 673											
	davon Privat 5.736	davon Privat 622											
Produktionswert (in Mio.)	direkt	indir.	induz.	Gesamt	direkt	indir.	induz.	Gesamt	direkt	indir.	induz.	Gesamt	
	21.474	9.585	7.996	39.015	904	987	220	1.708	1.176	551	222	1.949	
	Ausland	2.367	12.496	4.351	19.214	242	790	168	1.200	0	929	104	1.033
Gesamt	23.841	22.081	12.307	58.229	1.146	1.372	388	2.906	1.176	1.480	326	2.982	
Brutto- wertschöpfung Gesamt (in Mio.)	Ausland	13.469	4.063	3.372	20.904	438	247	93	778	499	234	34	827
	Ausland	1.014	5.296	2.655	8.965	127	335	90	552	0	443	49	492
	Gesamt	14.483	9.359	6.027	29.869	565	582	183	1.330	499	677	143	1.319
Arbeitsplätze	Ausland	161.594	14.352	59.615	485.961	7.263	1.672	1.645	14.580	6.598	3.444	1.661	11.701
	Ausland	13.565	73.527	44.702	131.794	1.834	4.763	1.527	8.124	0	5.355	828	6.183
	Gesamt	375.159	137.879	104.317	617.355	9.097	8.435	3.172	20.704	6.598	8.799	2.489	17.886
Vollzeit- äquivalente Gesamt	Ausland	317.196	55.280	51.000	423.386	6.588	3.246	1.408	11.622	6.093	3.002	1.222	10.517
	Ausland	12.366	64.678	38.431	115.475	1.689	4.247	1.311	7.247	0	4.761	712	5.473
	Gesamt	329.552	119.958	89.451	538.861	8.657	7.493	2.719	18.869	6.093	7.763	2.134	15.990
Inlandskonsum	SV	48.727	889	656	6.342	102	55	38	175	106	52	18	176
	Bund	3.590	641	495	4.726	78	41	14	133	79	39	14	132
	Länder Gemeinden	2.252	329	802	3.383	262	20	22	304	44	19	22	85
Steuern u. Abgaben (in Mio.)	Gesamt	460	68	166	694	54	4	5	63	9	4	5	18
	Gesamt	525	84	146	755	43	5	4	52	11	5	4	20
	Gesamt	6.827	1.122	1.609	9.558	437	70	45	552	143	67	45	255
Summe (einkl. Überschn.)	Gesamt	26.329											
	davon öffentlich	19.971											
	davon Privat	6.358											

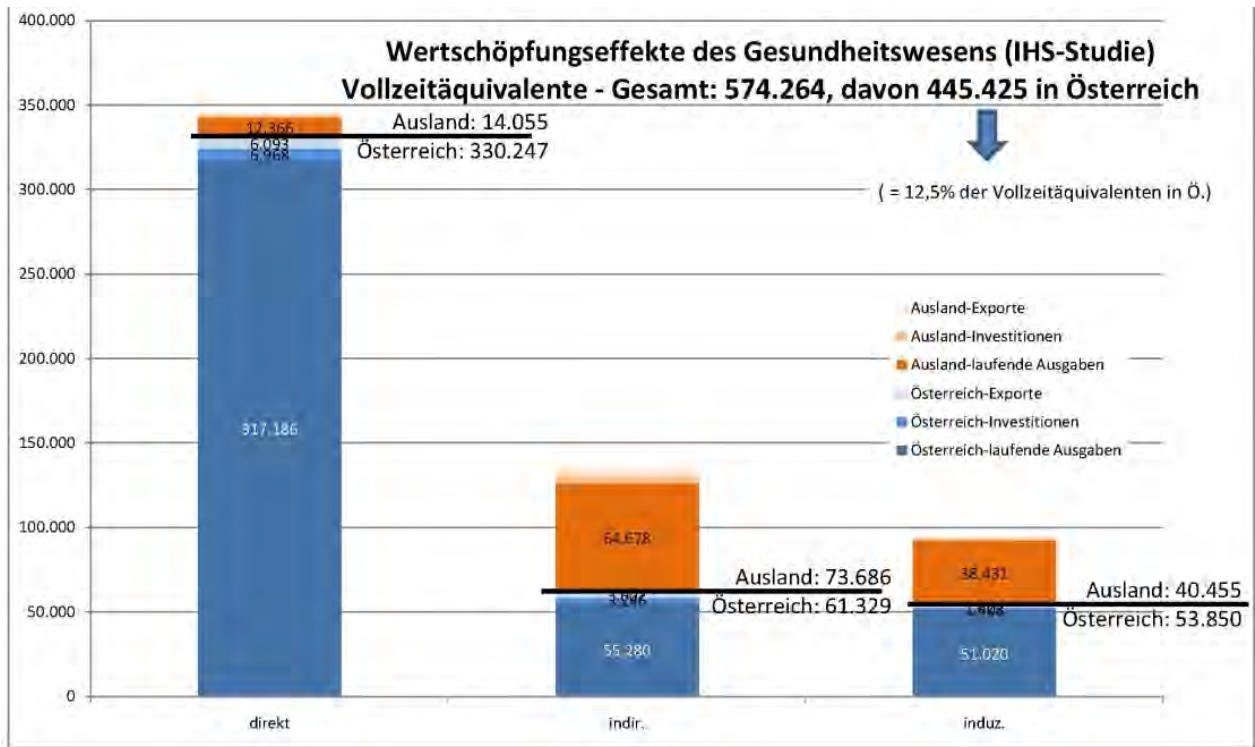
Quelle: IHS - Wertschöpfungseffekte des Wirtschaftssektor Gesundheit - Oktober 2009

eigene Darstellung



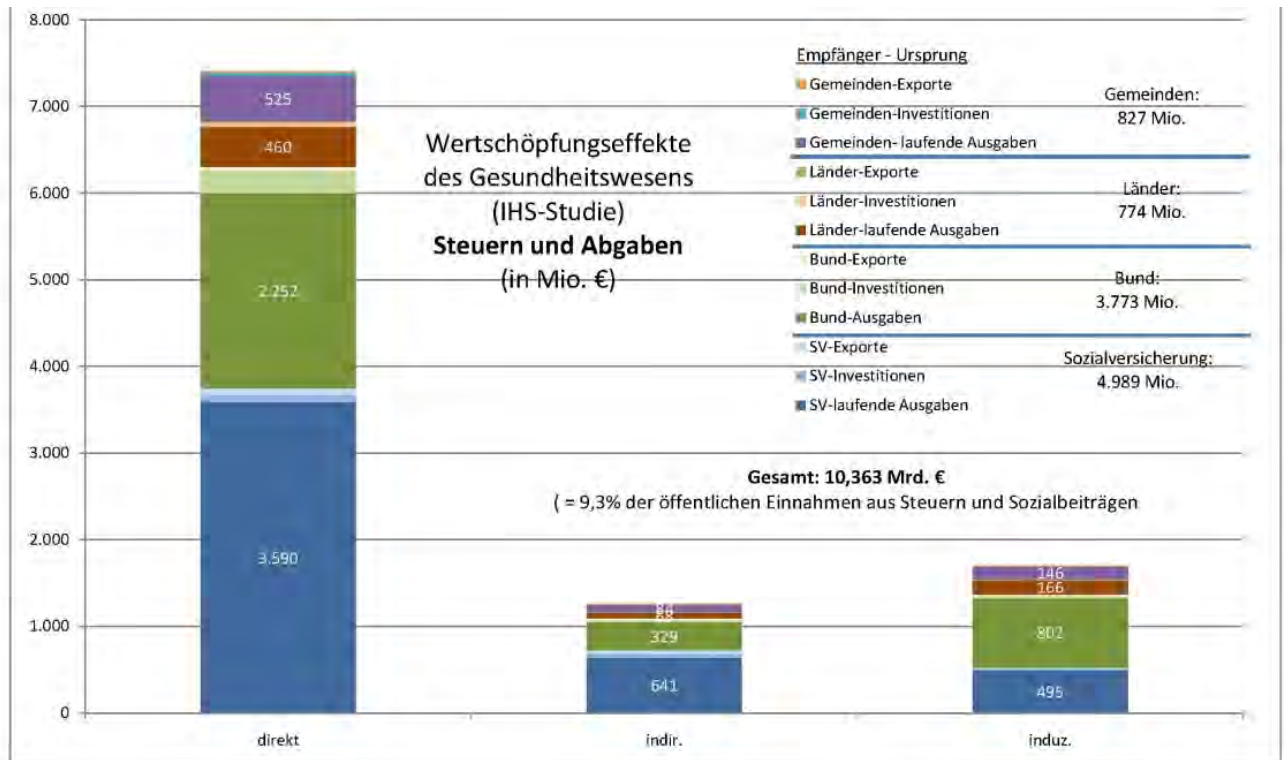
Quelle: IHS - Wertschöpfungseffekte des Wirtschaftssektor Gesundheit - Oktober 2009

eigene Darstellung



Quelle: IHS - Wertschöpfungseffekte des Wirtschaftssektor Gesundheit - Oktober 2009

eigene Darstellung



Quelle: IHS - Wertschöpfungseffekte des Wirtschaftssektor Gesundheit - Oktober 2009

eigene Darstellung

## Wachstumseffekte von Gesundheit (Eine Simulationsstudie für Österreich)

(Institut für Höhere Studien (IHS), Wien)

### Kurzzusammenfassung

Von den Gesundheitsausgaben gehen mehrere positive Impulse auf die österreichische Gesellschaft aus. Zusätzlich zum individuellen Nutzen der Verbesserung des Gesundheitszustandes sowie den direkten, indirekten und induzierten Effekten auf das volkswirtschaftliche Ergebnis und damit den Wohlstand in Österreich (siehe IHS-Studie zum „Wertschöpfungseffekt des Gesundheitswesens“) dient die verbesserte oder erhaltene Gesundheit von Arbeitskräften überdies als Produktivitätsfaktor und trägt zur Steigerung der Leistungsfähigkeit der österreichischen Wirtschaft bei.

Die vorliegende Studie quantifiziert somit volkswirtschaftliche Effekte, die auf Produktivitätswirkungen von Gesundheit zurückgehen, mithilfe zweier Methoden:

- dem Humankapital-Ansatz und
- dem IHS-Makromodell.

Im Humankapital-Ansatz wird eine Änderung in der Arbeitsproduktivität durch Änderungen in den Krankenständen und der vorzeitigen Sterblichkeit aus dem Arbeitsprozess erfasst. Als Beobachtungszeiträume wählten wir die Perioden **1980-2007**, **1990-2007** sowie **2000-2007**. Das durchschnittliche BIP pro Kopf dient dabei der Bewertung der jetzigen Wirtschaftsleistung der eingesetzten Arbeitskraft. Der im Rahmen eines Lebenszyklusmodells umgesetzte Humankapital-Ansatz beantwortet die Frage, inwieweit die österreichische Volkswirtschaft an Produktivkraft verlieren würde, lägen heute die Gesundheitsverhältnisse der Bevölkerung wie im Jahr **1980**, **1990** sowie **2000** vor.

Die Ergebnisse im Kern:

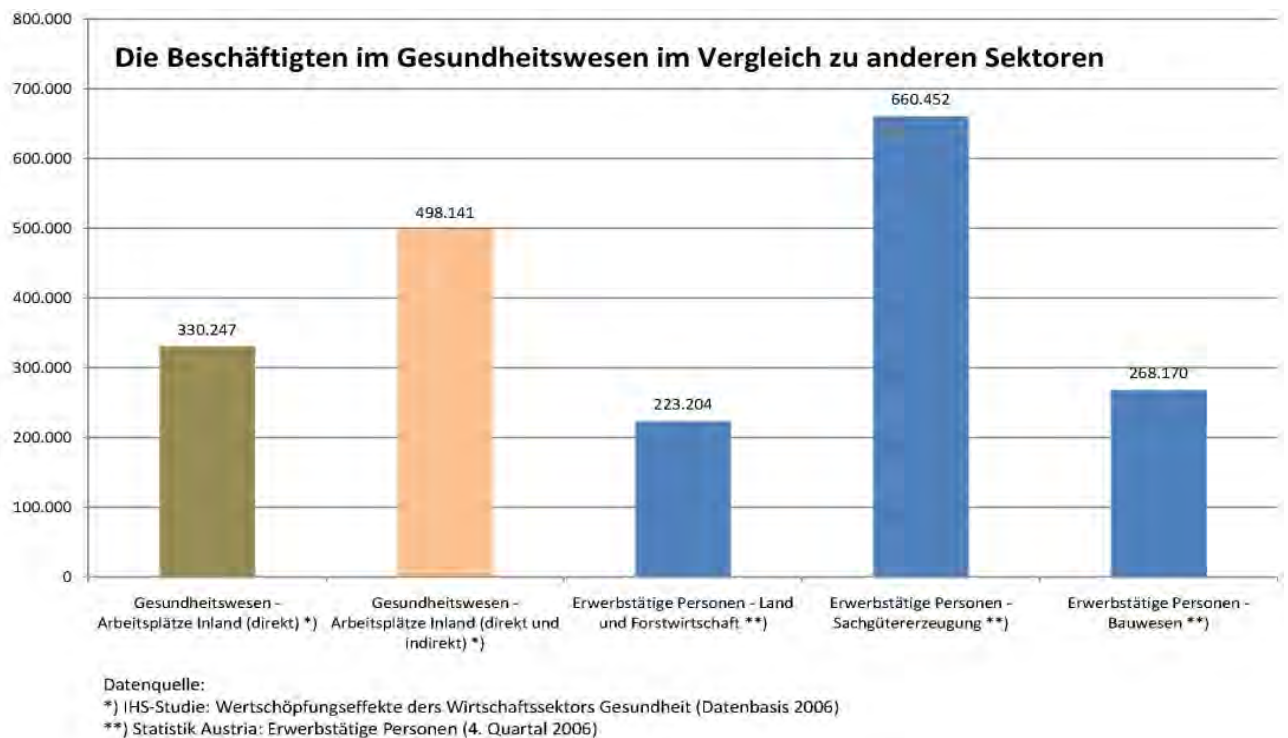
Herrschen die Anwesenheiten und Sterblichkeiten der Jahre **1980**, **1990** bzw. **2000** in der Gegenwart vor, so fiel das BIP im Jahr 2007 um **5,2%**, **3,2%** bzw. **1,8%** niedriger aus.

Dass höhere Gesundheitsausgaben richtig eingesetzt bessere Gesundheit bewirken, ist aus qualitativer Sicht nicht zu bestreiten. Unzählige klinische Studien belegen die Wirkung von medizinischen Interventionen auf wohldefinierte Gesundheitsindikatoren. Es fehlen jedoch - auch auf internationaler Ebene - valide empirische Untersuchungen in der makroökonomischen Literatur, welche die Effekte von Gesundheitsausgaben von den nicht-medizinischen Faktoren wie Bildung, Lebensstil, Arbeits- und Umwelteinflüsse, Epidemiologie, etc. trennen und quantifizieren. Die Annahme, dass die Gesundheitsausgabensteigerungen in diesen Perioden zu 100 Prozent für die Verbesserungen bei den Indikatoren verantwortlich sind, ist nur zu halten, wenn man davon ausgeht, dass sich die Auswirkungen aller anderen Einflüsse neutralisieren, z.B.



Gesundheitsverbesserungen aus einem gesünderen Lebensstil. Realistischer dürften Wirkungsgrade zwischen 0,5 und 0,75 sein.

Daher wurde auch eine Simulationsstudie mit Hilfe des makroökonomischen Gleichgewichtsmodells TaxLab durchgeführt, welches am IHS entwickelt wurde und die österreichischen Institutionen der Makroökonomie abzubilden vermag. Anhand unterschiedlicher angenommener Wirkungsgrade wurden die langfristigen Auswirkungen einer geringfügigen Reduktion der Gesundheitsausgaben simuliert und die Auswirkungen auf die wichtigsten Kenngrößen wie Mortalität, Morbidität, Kapitalstock, Erwerbsquote, Arbeitslosigkeit, Partizipationsrate, Arbeitskosten, Nettolohn, privater Konsum und BIP untersucht. Die Reduktion der Gesundheitsausgaben hat spürbare demografische Wirkungen. Die Simulationen stellen in ihrer Betrachtung auf Wirtschaftswachstum und Arbeitsmarkt ab.



Der Gesundheitssektor ist selbstbewusster geworden, und mit ihm seine Beschäftigten. Vergleicht man die Anzahl der Personen die direkt oder indirekt im Gesundheitswesen tätig sind, mit anderen Schlüsselbranchen der Volkswirtschaft, so zeigt sich seine Bedeutung (siehe Grafik). Auch die unter Beweis gestellte Krisenresistenz des Sektors und die Identifikation des Gesundheitsbereiches als Moment des nächsten wirtschaftlichen Aufschwungs im Sinne eines Kondratieff-Zyklus tragen hierzu bei.

### **3. Die Österreichische Ärztekammer und ihre Aufgaben im Gesundheitswesen**

Die Österreichische Ärztekammer ist zur Vertretung der gemeinsamen Interessen aller in Österreich tätigen Ärztinnen und Ärzte berufen. Sie ist eine Körperschaft öffentlichen Rechts.

Anlässlich der 13. Ärztegesetznovelle erfolgte eine gesetzliche Zuordnung, welche Aufgaben die Österreichische Ärztekammer im eigenen bzw. welche sie im übertragenen Wirkungsbereich wahrzunehmen hat. Eine entsprechende Umsetzungspflicht ergab sich aus der Verankerung der Selbstverwaltung in der Bundesverfassung, mit dem Ziel, die besondere Bedeutung der Sozialpartner und den sozialpartnerschaftlichen Dialog unter Einrichtung von Selbstverwaltungskörpern hervorzuheben. Die Österreichische Ärztekammer vollzieht in Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern demnach Angelegenheiten im eigenen Wirkungsbereich, d.h. in eigener Verantwortung und frei von Weisungen. Es handelt sich um die Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben, die im ausschließlichen oder überwiegenden gemeinsamen Interesse der Ärzteschaft liegen. Weisungsbindung gegenüber dem Gesundheitsminister besteht im übertragenen Wirkungsbereich. Hier wirkt die Österreichische Ärztekammer und die Landesärztekammern im Rahmen eines Kooperationsvertrages für die ÖÄK, um eine zweckmäßige, rasche, einfache und kostensparende Zusammenarbeit sicherzustellen, an der staatlichen Vollziehung von Aufgaben im überwiegenden Interesse der Allgemeinheit mit.

## Eigener Wirkungsbereich

### Behördliche Aufgaben der ÖÄK

Angelegenheiten	ÄrzteG 1998
Führung der Ärzteliste	§ 117b Abs.1 Z 16, § 27
Verfahren zur Eintragung in die Ärzteliste und Streichung aus der Ärzteliste, Ausstellung der Ärztinnen- und Ärzteausweise und sonstiger Bestätigungen	§ 117b Abs.1 Z 18; §§ 27, 29, 59
Anerkennung Lehr- und Lehrgruppenpraxen; Führung eines Verzeichnisses	§ 117b Abs.1 Z 17; §§ 12, §12a
Diplomausstellung AfAm, Fachärztin od. Facharzt oder in einem Additivfach	§ 117b Abs.1 Z 20
Ausstellung von EWR - Bescheinigungen	§ 15 Abs.4
Gleichwertigkeit der ärztlichen Qualifikation, (ausgen. Verfahren im Sinne der §§ 32 u. 33), Anrechnung von Zeiten ärztlicher Aus- und Weiterbildung, Tätigkeiten und Prüfungen	§ 117b Abs.1 Z 19; § 5a, § 14
Prüfung Gleichwertigkeit ausl. arbeitsmedizinischer Ausbildungen	§ 39
Prüfung Gleichwertigkeit ausländischer NotärztInnenfortbildungen	§ 40
Disziplinarangelegenheiten sowie Führung eines Disziplinarregisters	§ 117b Abs.1 Z 23
Organisation und Qualitätssicherung der ärztlichen Fort- und Weiterbildung	§ 117b Abs.1 Z 21
Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung soweit diese im über-wiegenden Interesse der ÄrztInnen gelegen sind (insbes. Selbstevaluierung)	§ 117b Abs.1 Z 22

### Verordnungskompetenzen der ÖÄK

Umlagen- und Beitragsordnung,
VO über den Solidarfonds
VO über die Eignungsprüfung gemäß § 5a
VO über die Prüfung zum Arzt für Allgemeinmedizin und die Facharztprüfung
VO über die Einhebung einer Bearbeitungsgebühr
Ärzteliste-VO
VO über die Ausgestaltung der ärztlichen Berufsausübung, insbesondere hinsichtlich der <ul style="list-style-type: none"> <li>a) ärztlichen Fort- und Weiterbildung</li> <li>b) Art und Form zulässiger ärztlicher Informationen in der Öffentlichkeit</li> <li>c) hygienischen Anforderungen von Ordinationsstätten und Gruppenpraxen (sofern nicht bundesrechtliche Vorschriften bestehen)</li> <li>d) Führung von ärztlichen Schildern</li> <li>e) Lehr(gruppen)praxenführung und</li> <li>f) Zusammenarbeit mit der Pharma- und Medizinprodukteindustrie (Verhaltenskodex)</li> </ul>
Empfehlung über die angemessene Honorierung privatärztlicher Leistungen
VO über Schlichtungen

## Übertragener Wirkungsbereich

### Behördliche Aufgaben der ÖÄK

Angelegenheiten	ÄrzteG 1998
Anerkennung von Ausbildungsstätten und Festsetzung von Ausbildungsstellen; Führung eines Verzeichnisses	§ 117c Abs.1 Z 1 iVm §§ 9–11 und 13
Verfahren zur Bewilligung zur eingeschränkten ärztlichen Berufsausübung bzw. Prüfung Gleichwertigkeit	§ 117c Abs.1 Z 2, Z 3 iVm § 32, 33, 35
Verfahren zur Eintragung in die und Austragung aus der Ärzteliste f. Ärztinnen und Ärzte gem. §§ 32, 33, 35	§ 117c Abs.1 Z 2
Verfahren iZm ärztlichen Dienstleistungen	
Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung im Hinblick auf überwiegende Interessen der Allgemeinheit (insbes. Erarbeitung und Durchführung qualitätssichernde Maßnahmen zur Hebung der Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität, ...)	§ 117c Abs.1 Z 5

Verordnungskompetenzen der ÖÄK
VO über die Einhebung einer Bearbeitungsgebühr (für Verfahren im übertragenen Wirkungsbereich),
VO über die für die Ausbildungsfächer in der Ausbildung zum AfAM, für die Hauptfächer der Sonderfächer und für die Additivfächer erforderlichen KEF und über die nähere Ausgestaltung der Nebenfächer der Sonderfächer
VO über den Lehr- und Lernzielkatalog
VO über die Ausgestaltung und Form einschließlich der Einführung von Ausbildungsbüchern als integrative Bestandteile der Rasterzeugnisse und über die Ausgestaltung der Prüfungszertifikate
Ärzteliste-VO hinsichtlich Personen mit Bewilligungen gemäß §§ 32, 33 oder 35 und Dienstleistungserbringer gemäß § 37
VO über die Eignungsprüfung für Dienstleistungserbringer
VO über die Ausgestaltung der ärztlichen Berufspflichten, insbesondere der Aufklärungs- und Dokumentationspflicht
VO über die ärztliche Qualitätssicherung
VO über die Visitationen



## Ausbildungsstätten

Die seit dem Verwaltungsreformgesetz 2001 an die Österreichische Ärztekammer übertragene Kompetenz der Anerkennung von Ausbildungsstätten und beachtliche 1522 seit August 2002 durchgeführte Verfahren zeigen, dass aufgrund der Fachkompetenz der Ärztekammern eine sachadäquate und verwaltungsökonomische Vollziehung gewährleistet ist.

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
61	154	116	173	162	191	204	242	216

Die Zahlen belegen, dass alleine in den Jahren 2009 und 2010 458 Verfahren zur Anerkennung von Ausbildungsstätten und Festsetzung von Ausbildungsstellen (exklusive Lehrpraxen) durchgeführt wurden. Die Erfahrung zeigt, dass sich die Übertragung der gesamten Ausbildungskompetenz an die Ärztekammer im Hinblick auf eine durchgängige Entscheidungspraxis als zielführend erwiesen, zur Beschleunigung der Verfahrensdauer beigetragen und zu einer nicht unwesentlichen Kostenminimierung bei steigender Qualität geführt hat.

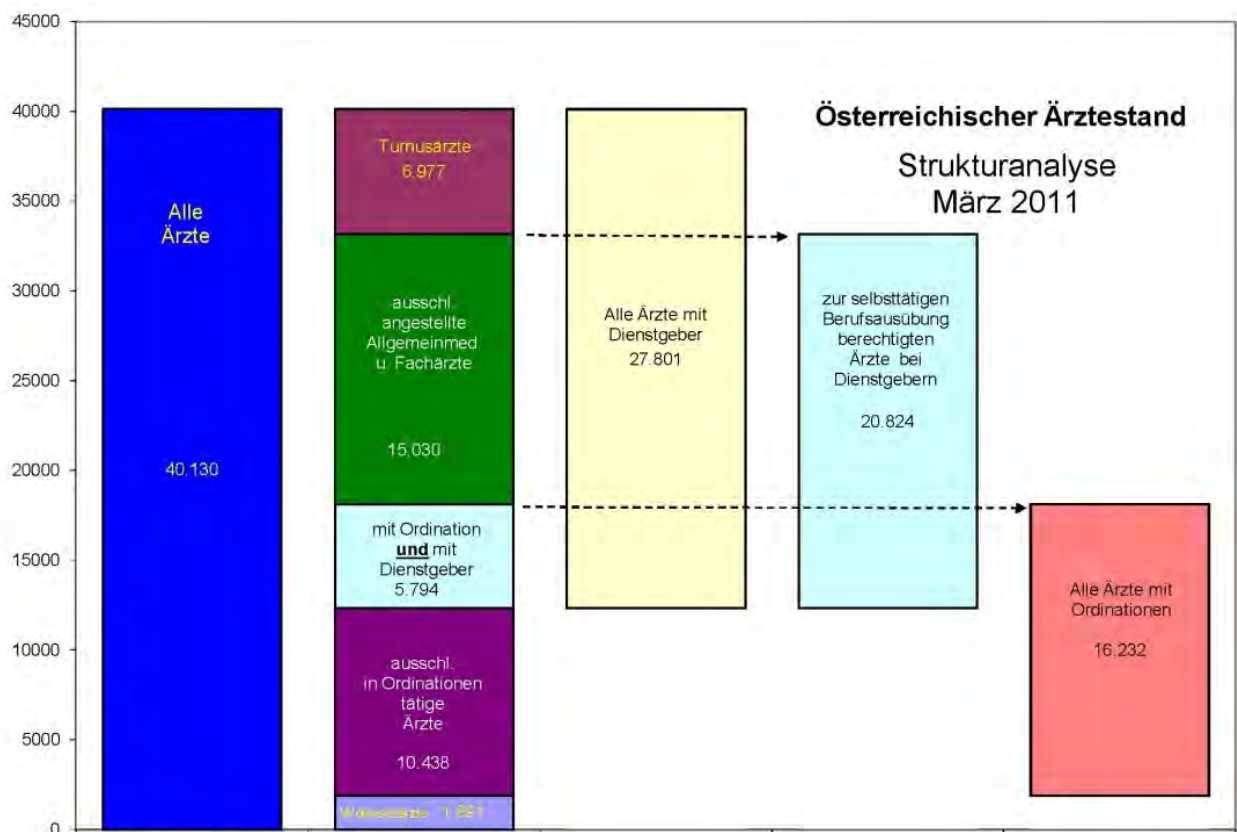
## Führung Ärzteliste

Die Österreichische Ärztekammer führt die Ärzteliste und prüft das Vorliegen der allgemeinen und besonderen Voraussetzungen zur ärztlichen Berufsausübung. In diesem Zusammenhang ist die Prüfung der Vertrauenswürdigkeit und gesundheitlichen Eignung sowie für die Tätigkeit als Turnusärztin und –arzt, die Absolvierung des Medizinstudiums und für die selbständige ärztliche Tätigkeit der Abschluss der ärztlichen Ausbildung als Ärztin und Arzt für Allgemeinmedizin oder Fachärztin und Facharzt besonders erwähnenswert.

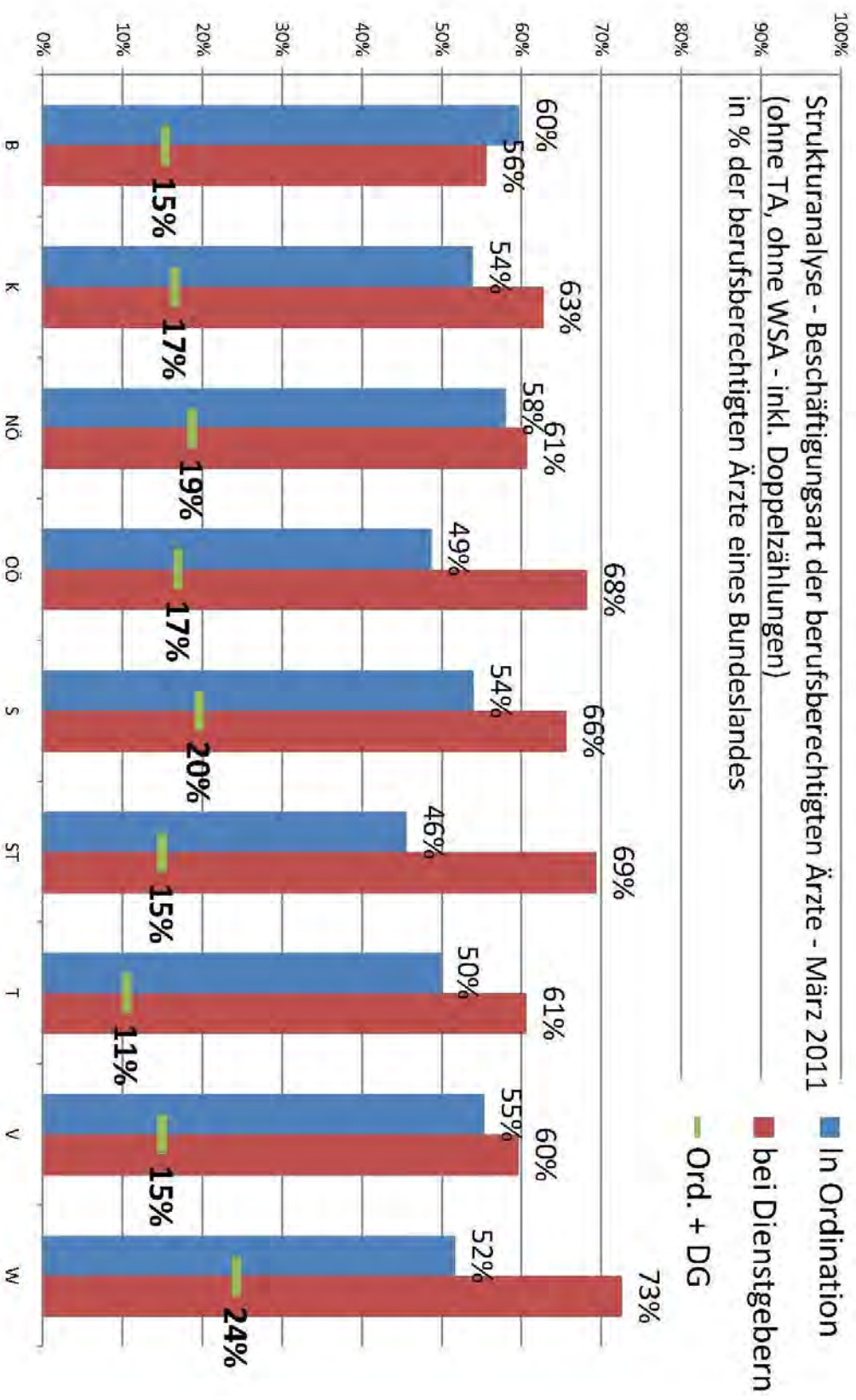
So konnte bei den gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Zunahme des Burnout-Syndroms verstärkt wahrgenommen werden. Im Hinblick auf die für die ärztliche Berufsausübung ebenfalls erforderliche Voraussetzung der Vertrauenswürdigkeit ist festzuhalten, dass Ärztinnen und Ärzte, die drogenabhängige PatientInnen betreuen, vermehrt Gefahr laufen, in strafbehördliche Verfolgungsmaßnahmen einbezogen zu werden. Öffentlichkeitswirksame politische Postulate einer restriktiven Drogenpolitik und daraus resultierende legislative Einschränkungen der Ersatztherapie stehen nicht selten im Widerspruch zur ebenfalls gewünschten ärztlichen Betreuung drogenabhängiger PatientInnen.

Von diesem gesellschaftspolitischen Spannungsbereich abgesehen erweist sich die Spruchpraxis der Österreichischen Ärztekammer im Hinblick auf Berufspflichtverletzungen als Element der ärztegesetzlich vorgeschriebenen Vertrauenswürdigkeit als stabil:

Ausgehend von der bisherigen Judikatur bestätigt der VwGH im Erkenntnis 2010/11/0047 den Rechtssatz, dass nicht nur strafbare Handlungen (sowohl bei der Ausübung des ärztlichen Berufes als auch sonstige Straftaten), aber auch Berufspflichtverletzungen, die nach ihrer Art und Schwere mit solchen Handlungen vergleichbar sind, den Verlust der Vertrauenswürdigkeit nach sich ziehen können. Dabei ist individuell zu prüfen, ob eine Verletzung von Berufspflichten begangen wurde und unter Berücksichtigung eines allfälligen seitherigen Wohlverhaltens zu bewerten, ob aufgrund der Erheblichkeit der begangenen Pflichtverletzung eine weitere Bejahung der Vertrauenswürdigkeit der/des Ärztin/Arztes ausgeschlossen werden muss.

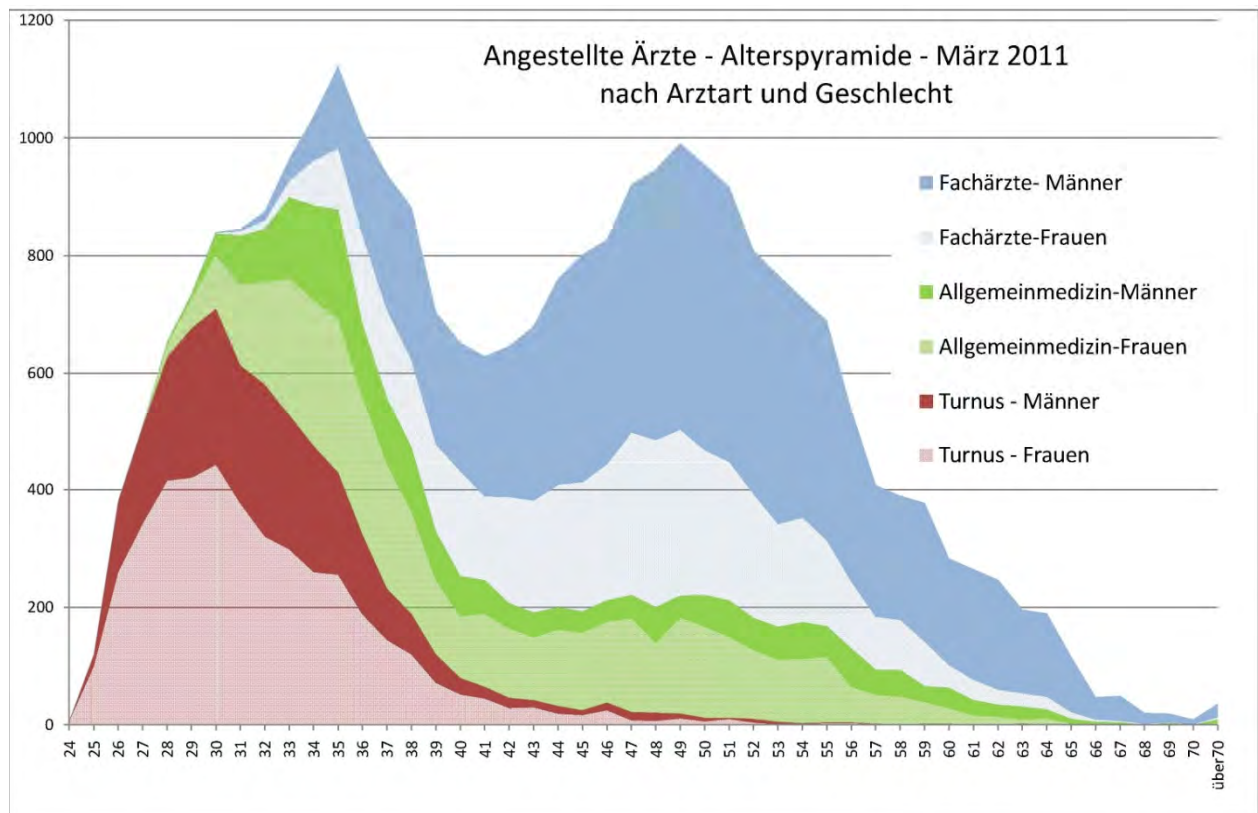


Die österreichische Ärzteschaft im grafischen Überblick



## 4. Angestellte Ärztinnen und Ärzte

### Grafische Darstellung



### Spitalsärztinnen- und Spitalsärzteumfrage 2010

Im Frühjahr 2010 wurde von der Bundeskurie der angestellten Ärzte - wie bereits 2003 und 2006 - eine Umfrage unter den Spitalsärztinnen und -ärzten durchgeführt. Dabei wurden von einem unabhängigen Meinungsforschungsinstitut mehr als 2000 angestellte Ärztinnen und Ärzte befragt. Die Umfrage ergab folgendes Bild:

#### Steigende Arbeitsintensität

Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit liegt mit 56 Stunden noch immer sehr hoch. Der leichte Rückgang gegenüber 2003 (59 Stunden) wird vom Bundeschef der angestellten Ärzte durch die „überfällige und von uns vehement betriebene“ Einführung von Sanktionen bei Übertretung der gesetzlichen Arbeitszeiten erklärt. Die durchschnittliche Maximalarbeitszeit beträgt 71 Stunden und ist damit um drei Stunden geringer als vor sechs Jahren. Der Rückgang der Arbeitszeiten im Beobachtungszeitraum ist noch weit vom gesetzlichen Ziel entfernt. Auch die diesbezüglichen Wünsche der Ärztinnen und Ärzte zeigen noch einen großen Handlungsbedarf bei Politik und Spitalsträgern auf. Die minimale Reduktion ist Ergebnis der gesetzlichen Strafandrohung. Die Arbeitsbedingungen für Spitalsärztinnen und -ärzte sind unverändert kritisch, zum Teil haben sie sich sogar noch

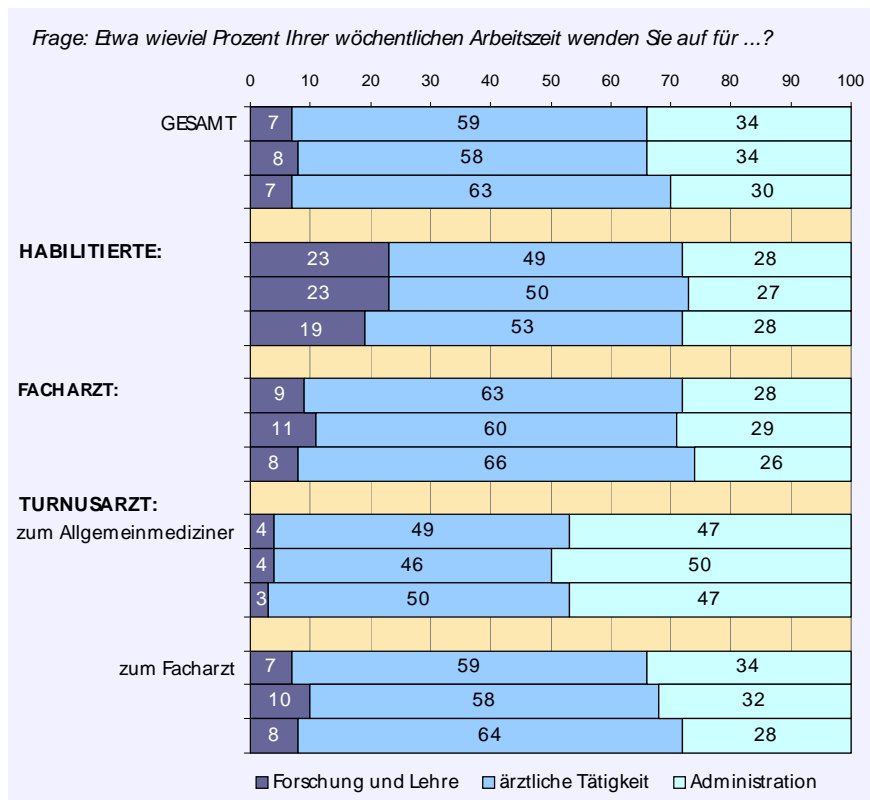
weiter verschlechtert, etwa durch die dramatische Zunahme der Arbeitsintensität. So sind 70 Prozent der Ärztinnen und Ärzte für eine Beschränkung der maximalen Wochenarbeitszeit auf 60 Stunden und auf 48 Stunden im Durchschnitt – bei vollem Lohnausgleich. Bei der Überschreitung der gesetzlichen Arbeitszeit sieht die Situation folgendermaßen aus: 27 Prozent der Spitalsärztinnen und -ärzte geben an, die durchschnittliche gesetzliche Arbeitszeit von 60 Stunden pro Woche zu überschreiten; im Jahr 2003 waren es noch 37 Prozent. Acht Prozent der Befragten arbeiten mehr als 99 Stunden im Maximum (zum Vergleich: 2006 waren es noch 14 Prozent).

Keine Entwarnung gibt es bezüglich der Arbeitssituation und der Arbeitsbelastung von Spitalsärztinnen und -ärzten, wie eine aktuelle Studie des IFES-Instituts zeigt. Die Ergebnisse sind im Vergleich zu den entsprechenden Befragungen aus den Jahren 2003 und 2006 alarmierend: Noch immer wenden Spitalsärztinnen und -ärzte einen Großteil ihrer Zeit für Administration und Dokumentation auf, die PatientInnenzahlen und damit die Arbeitsbelastung steigen stetig – auch in der Nacht. Die Unzufriedenheit der Spitalsärztinnen und -ärzte mit der individuellen Arbeitssituation nimmt zu.

### **Empirischer Beweis für Arbeitsbelastung**

Die Belastungsgrenze der Spitalsärztinnen und -ärzte ist schon längst erreicht. Es ist zu einer enormen Arbeitsverdichtung gekommen. In der vorhandenen Zeit müssen von den anwesenden Ärztinnen und Ärzten zunehmend mehr PatientInnen behandelt werden.

Die höchste Belastung erleben Spitalsärztinnen und -ärzte laut der unter 2.000 Spitalsärztinnen und -ärzten durchgeführten repräsentativen Studie durch Verwaltungsaufgaben und PatientInnendokumentation; nahezu jede/r zweite Spitalsärztin/Spitalsarzt (49 Prozent) gibt das an. An zweiter Stelle der schweren Beeinträchtigungen liegt der Zeitdruck (37 Prozent), weiters Nachtdienste (36 Prozent), Überstunden und lange Dienste (34 Prozent). Jede/r dritte Befragte (31 Prozent) nennt darüber hinaus den PatientInnenaufnahmedruck beziehungsweise den Überbelag. Ein weiteres Kennzeichen für den zunehmenden Arbeitsdruck: Die Nachtdienste werden in steigendem Maß als Belastung empfunden: 2003 haben sich dadurch 26 Prozent stark belastet gefühlt, 2006 waren es bereits 33 Prozent. In der aktuellen Befragung sind es bereits 36 Prozent.



## Steigende Unzufriedenheit

Die Grundeinstellung der Spitalsärztinnen und -ärzte zu ihrer ärztlichen Tätigkeit ist grundsätzlich positiv; unzufrieden sind sie jedoch mit den Rahmenbedingungen, den Arbeitszeiten und dem steigenden Verwaltungsdruck. Es zeichnet die Ärztinnen und Ärzte aus, dass sie – auch im Vergleich mit anderen Berufsgruppen - ihre Tätigkeit sehr erfüllend finden: Zwei Drittel der Befragten sind mit Art und Inhalt der Tätigkeit sehr oder eher zufrieden, nur zehn Prozent unzufrieden.

## Zu viel Administration – zu wenig Personal

Nicht nur der wachsende Zeitdruck und überlange Arbeitszeiten machen den Spitalsärztinnen und -ärzten zu schaffen: 47 Prozent geben an, durch Verwaltungsaufgaben stark belastet zu sein, und auch der PatientInnenenaufnahmedruck ist für mehr als ein Viertel äußerst belastend, während mangelnde Unterstützung durch Vorgesetzte überhaupt keine Rolle spielt. Die BKAÄ wiederholte die langjährige Forderung nach der Einführung von AdministrationsassistentInnen, die nach wie vor ihre Berechtigung hat. Sie sollen die wesentlichen administrativen Aufgaben wahrnehmen und so das medizinische Personal entlasten. Ein weiteres Problem: Für 45 Prozent der Spitalsärztinnen und -ärzte ist die Arbeit im Spital in den vergangenen fünf Jahren deutlich unangenehmer geworden, wogegen sie nur 27 Prozent der Spitalsärztinnen und -ärzte als angenehmer empfinden.



Eine weitere Forderung der BKAÄ ist es, den Personalstand aufzustocken, was von den Ärztinnen und Ärzten bestätigt wird: 83 Prozent der Befragten sehen Personalknappheit als gravierendes Problem. Zu wenig Personal führt zu längeren Dienstzeiten für das vorhandene Personal. Trotzdem ist die Leistungsbereitschaft bei den KollegInnen hoch, das zeigt auch die Beurteilung der Spitalsambulanzen.

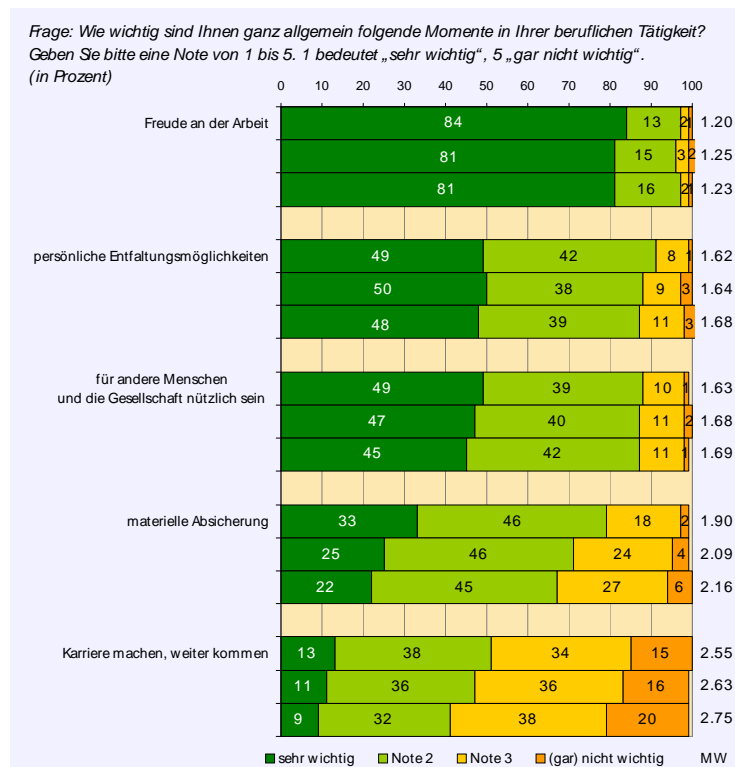
Gefragt, ob das medizinische Personal in den Spitälern vermehrt Leistungen in den Ambulanzen erbringen sollte, sprachen sich 74 Prozent dafür aus – unter der Voraussetzung, dass der Personalstand entsprechend erhöht wird. 70 Prozent der Befragten sind laut Umfrage zudem bereit, ambulante medizinische Leistungen außerhalb des Spitals zu erbringen – freiberuflich, aber auch in Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

### **Kritischer Blick auf das Gesundheitswesen**

Die Entwicklungen im Gesundheitswesen insgesamt beurteilen die Befragten pessimistisch: 88 Prozent bemängeln die Personalknappheit – hier ist die Unzufriedenheit seit 2003 unverändert. An Stelle Zwei mit 87 Prozent wird der bürokratische Aufwand genannt; gefolgt von steigendem Zeitdruck – ein Besorgnis erregender Aspekt, ist doch hier eine Steigerung von sieben Prozentpunkten im Vergleich zur Befragung 2003 zu verzeichnen. Ähnlich dramatisch die Entwicklung bei der ansteigenden Zahl der PatientInnenaufnahmen: Diesen Punkt kritisieren 76 Prozent der Befragten – was ein Plus von zehn Prozentpunkten im Vergleich zum Wert aus dem Jahr 2003 bedeutet. Die kürzere Verweildauer der PatientInnen wird von 70 Prozent der Befragten als negative Entwicklung genannt. Auch eine weitere Einschränkung der medizinischen Forschung nehmen 32 Prozent (im Vergleich zu 2003 ein Plus von vier Prozent) wahr.

### **Arbeit: hoher ideeller Wert**

Auf einen ganz besonderen Aspekt ist hier aufmerksam zu machen: 84 Prozent der Befragten sagen, dass die „Freude an der Arbeit“ sehr wichtig ist. Persönliche Entfaltungsmöglichkeiten sowie der soziale Aspekt „für andere Menschen und die Gesellschaft nützlich sein“ bezeichnen jeweils 49 Prozent als sehr wichtig. Gerade die hohe Motivation und das hohe soziale Engagement, die sich auch aus dieser Befragung ergeben, verdeutlichen umso mehr, wie wichtig es ist, für die Spitalsärztinnen und -ärzte auch Rahmenbedingungen zu schaffen, die es ihnen ermöglichen, ihrer verantwortungsvollen Aufgabe entsprechend nachzukommen. In zahlreichen Studien zeigt sich, dass die Zeit, die Zuwendung zur/zum Patientin/Patienten, mit die wesentlichsten Faktoren der Behandlung und letztlich auch des Behandlungserfolges darstellen. Die Wunschvorstellungen stimmen jedoch wenig mit der Wirklichkeit überein. Kritikpunkte sind: zu viel Verwaltung, Dokumentation und Administration sowie steigende PatientInnenfrequenzen.



Die Krankenhausträger und auch die Politik sind gefordert, rasch Maßnahmen zu setzen, die zur Entlastung jeder/s einzelnen Spitalsärztin/Spitalsarztes beitragen. Die Spitalsärztinnen und -ärzte müssen wieder mehr Zeit für ihre eigentliche Tätigkeit haben: nämlich für die medizinische Betreuung ihrer PatientInnen. Und dafür muss ausreichend Zeit vorhanden sein.

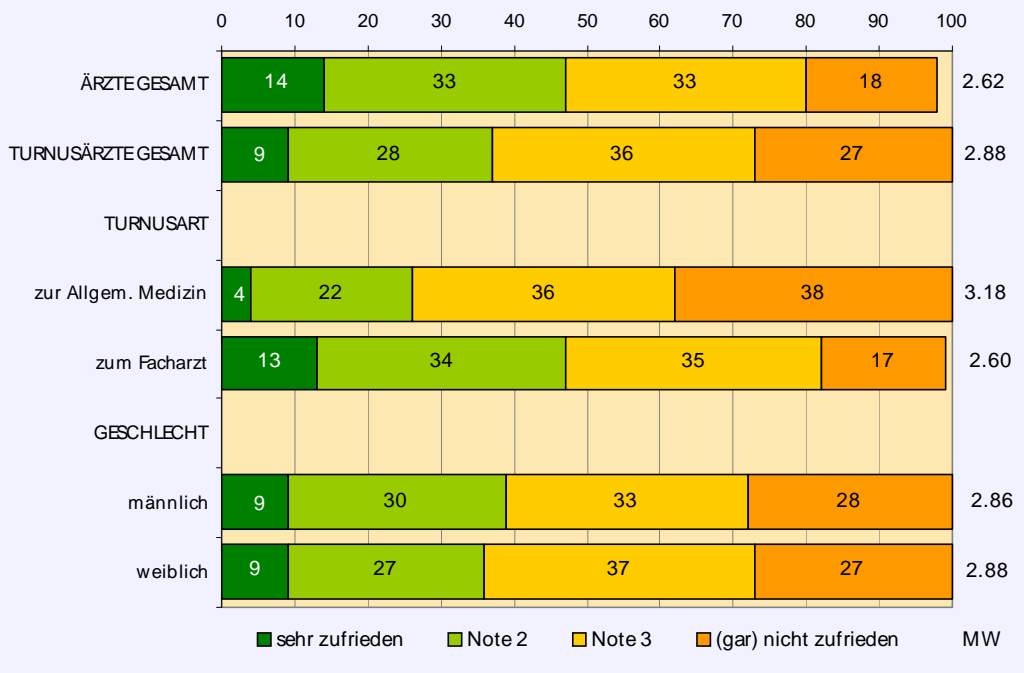
## Zur Situation der Turnusärztinnen und -ärzte

Sowohl Ausbildung zur Allgemeinmedizin als auch Fachärztinnen- und Facharztausbildung reformbedürftig

Die Ausbildungssituation an den österreichischen Spitälern wurde ebenfalls im Zuge der Studie des Instituts für Empirische Sozialforschung (IFES) durchleuchtet, für die im April 620 Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung befragt wurden. Das Ergebnis: Turnusärztinnen und -ärzte in Ausbildung zur/zum Fachärztin/Facharzt leiden unter langen Dienstzeiten, während Turnusärztinnen und -ärzte in Ausbildung zur/zum Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin vor allem für administrative Tätigkeiten eingespannt werden. Im Vergleich zur letzten IFES-Studie 2006 ergaben sich geringfügige Verbesserungen, die noch weit vom Idealzustand entfernt sind. Zur Entspannung der Situation verlangt die BKAÄ eine generelle Verbesserung der Arbeitsbedingungen und grundsätzliche Änderungen in der Ausbildung zur Allgemeinmedizin.



Frage: Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen in Ihrer beruflichen Tätigkeit?... mit der Ausbildung... Geben Sie bitte wieder eine Note von 1 bis 5. (in Prozent)

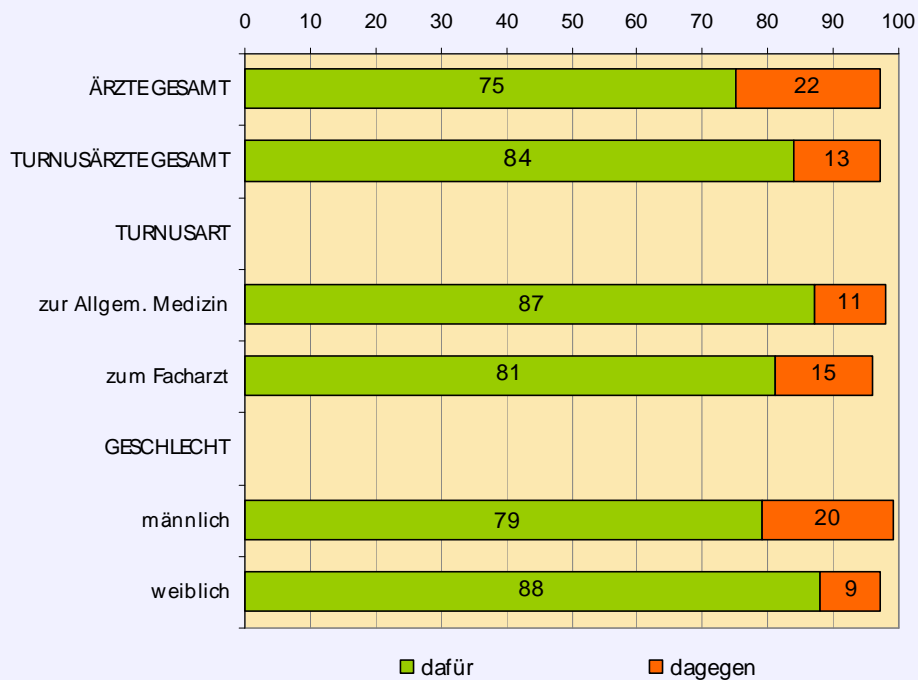


Sollte sich an der Ausbildungssituation nichts ändern und werden keine ausreichend guten Rahmenbedingungen für alle Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung geschaffen, dann sind Qualitätseinbußen im Bereich der Allgemeinmedizin zu erwarten. Zudem erklären sich nur noch wenige Ärztinnen und Ärzte nach einer abgeschlossenen Fachärztinnen- und Facharztausbildung bereit, im Spital zu arbeiten.

## Lange Dienstzeiten

Vor allem lange Arbeitszeiten stellen eine enorme Belastung für die JungmedizinerInnen dar, und zwar für angehende Fachärztinnen und Fachärzte und AllgemeinmedizinerInnen gleichermaßen. Während lediglich bei zwei Drittel der Betroffenen die gesetzliche Arbeitszeit von 60 Wochenstunden im Schnitt eingehalten wird, erreicht ein Drittel der Befragten bisweilen bis zu 76 Stunden und überschreitet damit die gesetzliche Arbeitszeit beträchtlich. Angehende Fachärztinnen und Fachärzte werden dabei stärker eingespannt und verbringen durchschnittlich mehr Zeit im Krankenhaus als ihre KollegInnen in der Ausbildung zur/zum AllgemeinmedizinerIn. Auch der Zeitdruck ist für künftige Fachärztinnen und Fachärzte deutlich belastender, wird aber von beiden Gruppen generell als enorm empfunden. Zufrieden sind folglich weder die Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung zur/zum AllgemeinmedizinerIn noch jene in Ausbildung zur/zum Fachärztin/Facharzt; die Mehrheit – mehr als zwei Drittel – sieht Verbesserungsmöglichkeiten wie etwa eine gesetzliche Beschränkung der maximal zulässigen Dienstdauer auf 25 Stunden.

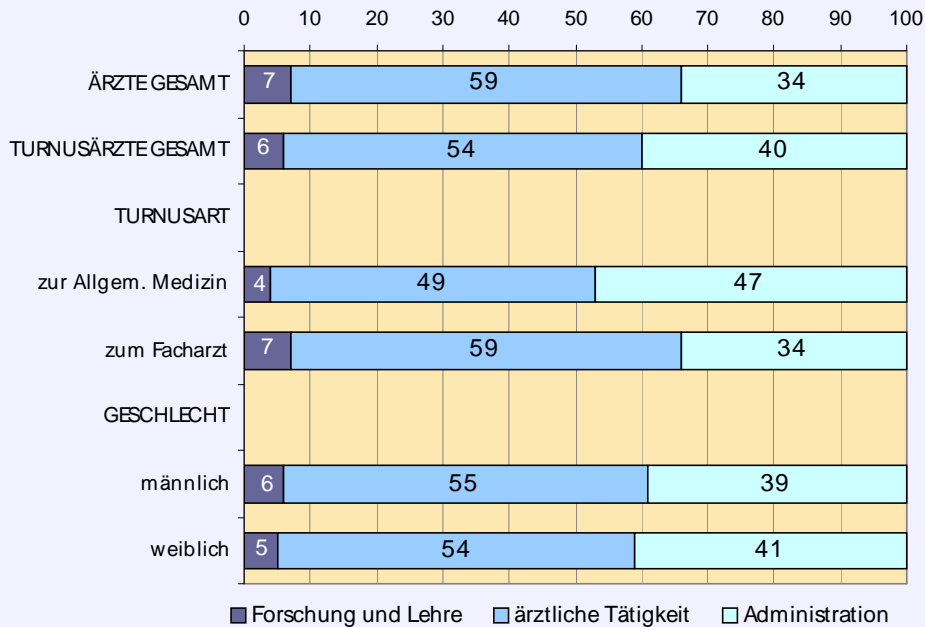
Frage: Sind Sie dafür oder dagegen, dass die maximal zulässige Dienstdauer gesetzlich auf 25 Stunden beschränkt wird? (in Prozent)



### Belastung durch Administration

Aber auch eine Reduktion der administrativen Aufgaben wird gefordert: Turnusärztinnen und -ärzte in Ausbildung zur/zum AllgemeinmedizinerIn verwenden derzeit fast die Hälfte (47 Prozent) ihrer wöchentlichen Arbeitszeit für Administration und Dokumentation. Ihre KollegInnen in der Ausbildung zu einem Spezialfach sind diesbezüglich etwas besser dran; bei ihnen reduziert sich der administrative Aufwand auf etwa ein Drittel (34 Prozent) der wöchentlichen Arbeitszeit. Im direkten Vergleich zur letzten IFES-Studie im Jahr 2006 zeigt sich zwar, dass die Arbeitsbelastung leicht gesunken ist, aber die BKAÄ ist noch weit vom Ziel entfernt. Ein Großteil der administrativen Arbeit könnte leicht delegiert werden. Derzeit werden die NachwuchsmedizinerInnen als Systemerhalter eingesetzt, die Arbeit an der/an dem Patientin/Patienten bzw. die ärztliche Tätigkeit kommt eindeutig zu kurz. Die Turnusärztinnen und -ärzte fühlen sich vielfach als Personalreserve missbraucht, und das hemmt ihre Arbeitsfreude und Motivation gerade in dieser so entscheidenden Einstiegsphase.

Frage: Etwa wieviel Prozent Ihrer wöchentlichen Arbeitszeit wenden Sie für die Forschung und Lehre auf?  
 Etwa wieviel Prozent Ihrer wöchentlichen Arbeitszeit wenden Sie für administrative Tätigkeiten im Spital auf?



Um die Turnusärztinnen und -ärzte zu entlasten, fordert die BKAÄ die flächendeckende Einführung von AdministrationsassistentInnen, die sich um die wesentlichen administrativen Aufgaben kümmern sollten. Dann hätten die angehenden MedizinerInnen Zeitressourcen für das frei, was in ihrem Beruf wirklich wichtig ist: die Medizin.

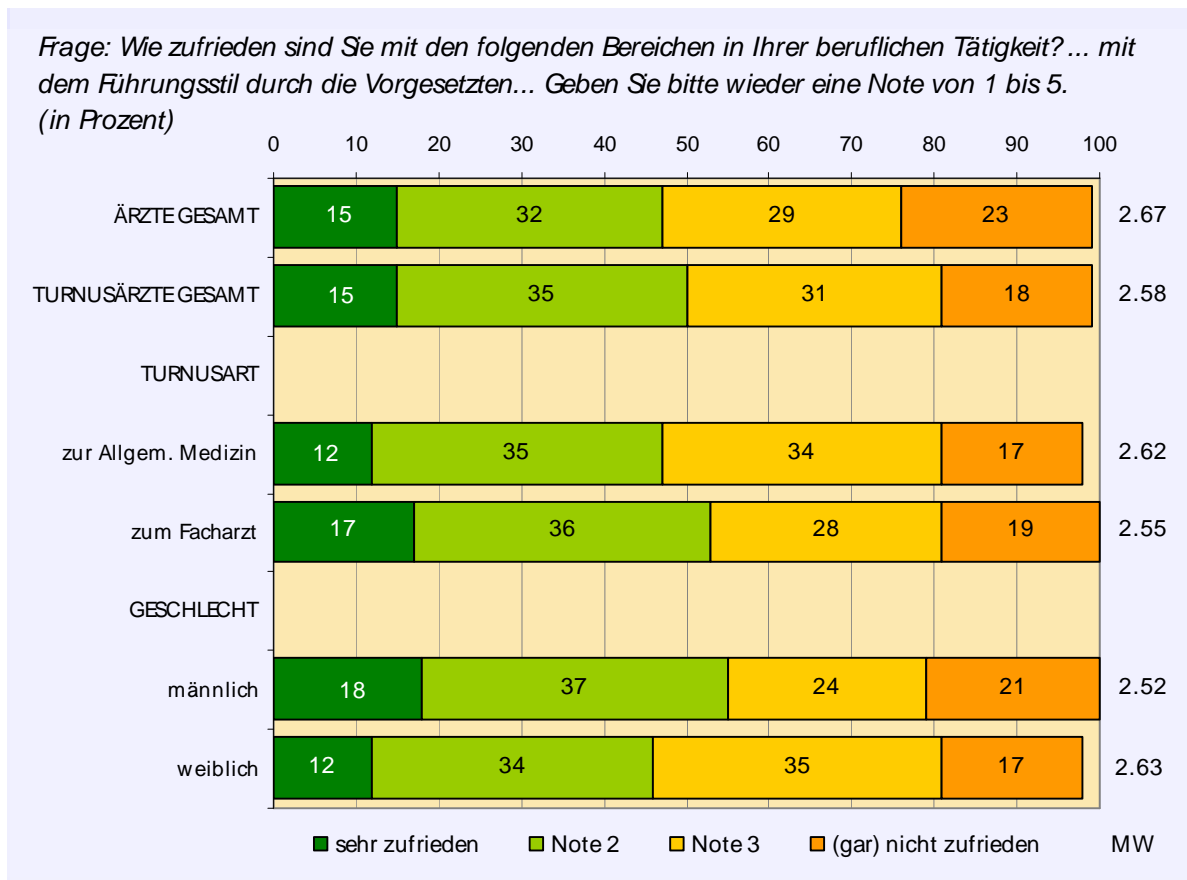
### Qualität der Ausbildung verbessern

Der hohe administrative Aufwand wirkt sich auch auf die subjektive Wahrnehmung der Qualität der Ausbildung aus: Diese wird vor allem von angehenden AllgemeinmedizinerInnen sehr schlecht bewertet – 38 Prozent sind mit der derzeitigen Ausbildungssituation überhaupt nicht zufrieden, weitere 36 Prozent können sich gerade noch zur Note 3 durchringen. Angehende Fachärztinnen und Fachärzte zeigen sich etwas zufriedener – 34 Prozent beurteilen die Qualität ihrer Ausbildung als „gut“, weitere 35 Prozent empfinden sie als „befriedigend“. Aus diesen Gründen gehört der Allgemeinmedizin-Turnus optimiert und es sollte danach getrachtet werden, dass jeder wieder das leistet, was seine eigentliche Aufgabe ist. Ausbildung muss der Gesellschaft einfach etwas wert sein – das ist eine Investition in die Zukunft.

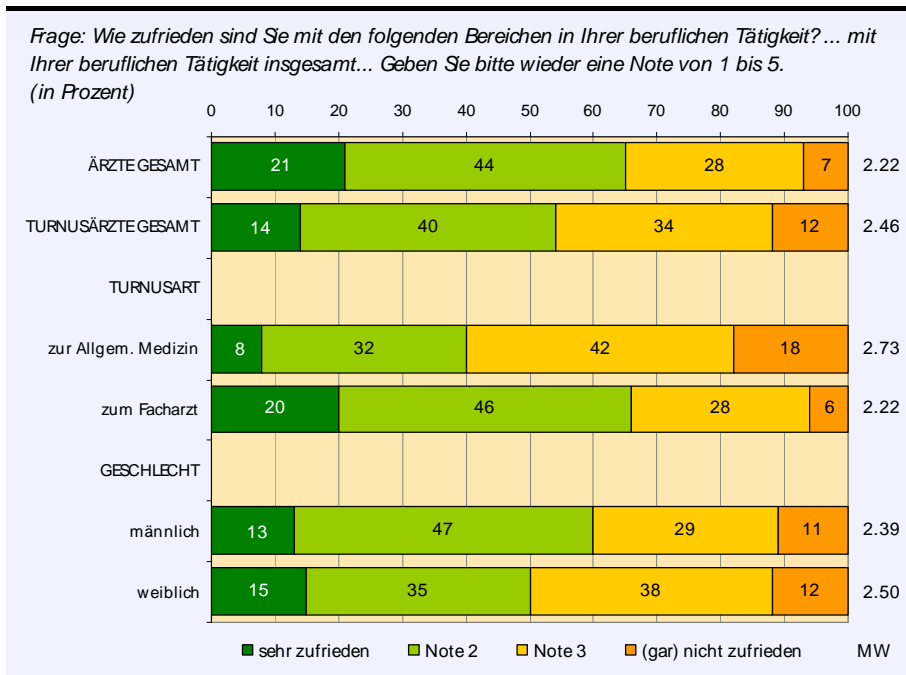
### Trotz allem: Freude am Beruf

Es gibt aber auch Positives zu vermelden. Erfreulich: Die Vorgesetzten der NachwuchsmedizinerInnen schneiden durchwegs gut ab, nur ein kleiner Prozentsatz ist mit dem Führungsstil der Vorgesetzten überhaupt nicht einverstanden. Auch hier zeigt sich

einmal mehr, dass die Ausbildung zur/zum Fachärztin/Facharzt offensichtlich befriedigender verläuft als jene zur Allgemeinmedizin, denn auch diesen Punkt bewerten die angehenden Fachärztinnen und Fachärzte tendenziell positiver.



Nach ihrer Zufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit insgesamt befragt, zeigten sich vor allem angehende Fachärztinnen und Fachärzte zum überwiegenden Teil durchaus positiv gestimmt: Knapp die Hälfte (46 Prozent) vergab die Note 2, 20 Prozent erklärten, „sehr zufrieden“ mit ihrem Beruf zu sein. Wiederum lässt sich hier eine Abweichung gegenüber den AllgemeinmedizinerInnen in Ausbildung feststellen: 42 Prozent vergaben die Note 3, rund ein Drittel konnte sich zur Note 2 durchringen – die Zufriedenheit der auszubildenden Allgemeinmedizinerinnen ist damit geringfügig niedriger als die ihrer KollegInnen in Ausbildung zur/zum Fachärztin/Facharzt.



In den IFES-Studien zum Österreichischen Arbeitsklimaindex erweisen sich BerufseinsteigerInnen, egal welchen Metiers, normalerweise als besonders hoch motiviert, als überdurchschnittlich optimistisch und mit ihrer Arbeitssituation zufrieden. Wer aber den oftmals „hürdenreichen Weg zum Arztberuf“ auf sich genommen habe, erlebt den Berufseinstieg in der letzten Ausbildungsphase oftmals als frustrierend – ein Umstand, der sich in der tendenziell niedrigeren Zufriedenheit der künftigen AllgemeinmedizinerInnen widerspiegelt. Die BKAÄ verweist auf die Notwendigkeit, den Turnus attraktiver zu gestalten und so in letzter Konsequenz auch einem drohenden Ärztinnen- und Ärztemangel vorzubeugen.

### Zur Situation der Spitalsärztinnen – Medizin wird weiblich

IFES-Studie attestiert Ärztinnen höhere Sozialempathie – familienfreundlichere Dienstzeiten und Kinderbetreuung gefordert

Immer mehr Frauen entscheiden sich für den Ärztinnenberuf, aber Karriere und Familie sind nur schwer unter einen Hut zu bringen, überdies sind Frauen in den Spitälern auf dem Vormarsch, weshalb flexiblere Arbeitszeiten und eine gezielte Förderung der Spitalsärztinnen das Gebot der Stunde sind.

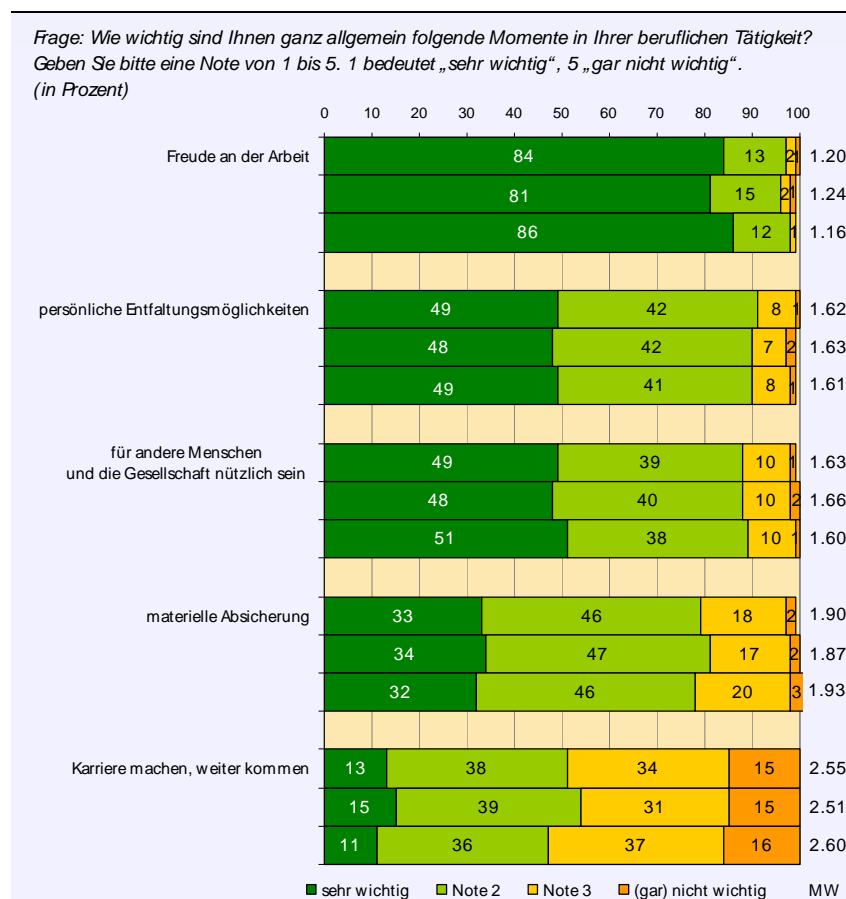
### Zunehmende Feminisierung der Medizin

Im Turnus stellen Frauen mit zwei Dritteln der Auszubildenden bereits die überwiegende Mehrheit, in der Spitalsärzteschaft insgesamt ist bereits knapp die Hälfte weiblich, und auch im Medizinstudium sind Frauen nach wie vor stark vertreten. Frauen holen allmählich auch in den Fachrichtungen auf – sämtliche Fächer haben seit Beginn der 1990er Jahre teils enorme Zuwächse verzeichnet. Besonders markant ist die Entwicklung im Fach Neurologie

und Psychiatrie - hier ist der Frauenanteil von 28,9 Prozent im Jahr 1990 auf 43,6 Prozent im Jahr 2009 gestiegen, in der Gynäkologie hat sich der Frauenanteil nahezu verdreifacht (1990: 13,6 Prozent; 2009: 36,8 Prozent).

## Hohe soziale Kompetenz

Die Studie bestätigt erneut, was an sich schon längst bekannt ist: die hohe soziale Kompetenz der Spitalsärztinnen. Frauen zeigen mehr Einfühlungsvermögen und Geduld, sie können besser zuhören und stellen mehr Fragen als Männer. Diese ausgeprägteren „Soft Skills“ spiegeln sich in der Studie wider: 51 Prozent der Befragten gaben an, für andere Menschen bzw. die Gesellschaft nützlich zu sein, sei ihnen sehr wichtig; weitere 38 Prozent erachteten diesen Aspekt ihres Berufes als wichtig. Dagegen treten materielle Absicherung und Karriere etwas in den Hintergrund; oberste Priorität hat keines von beiden. Neben dem Nutzen für ihre Mitmenschen ist den Spitalsärztinnen auch die Freude an der Arbeit ein besonderes Anliegen, ja, eine Grundvoraussetzung; dahinter treten andere Aspekte des beruflichen Alltags wie persönliche Entfaltungsmöglichkeiten deutlich zurück.

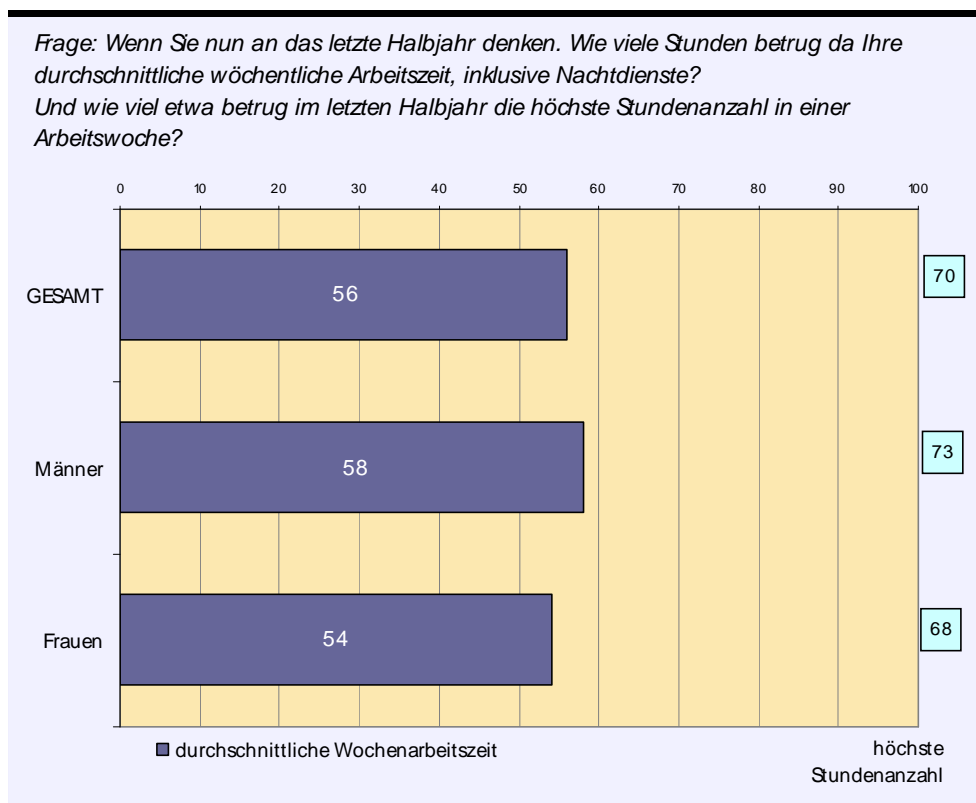


## Familienfreundlichere Dienstzeiten

Ein zentrales Problem ist die Zeitaufteilung: Mit einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 54 Stunden ist es fast schon unmöglich, sich neben dem Beruf auch noch einer Familie

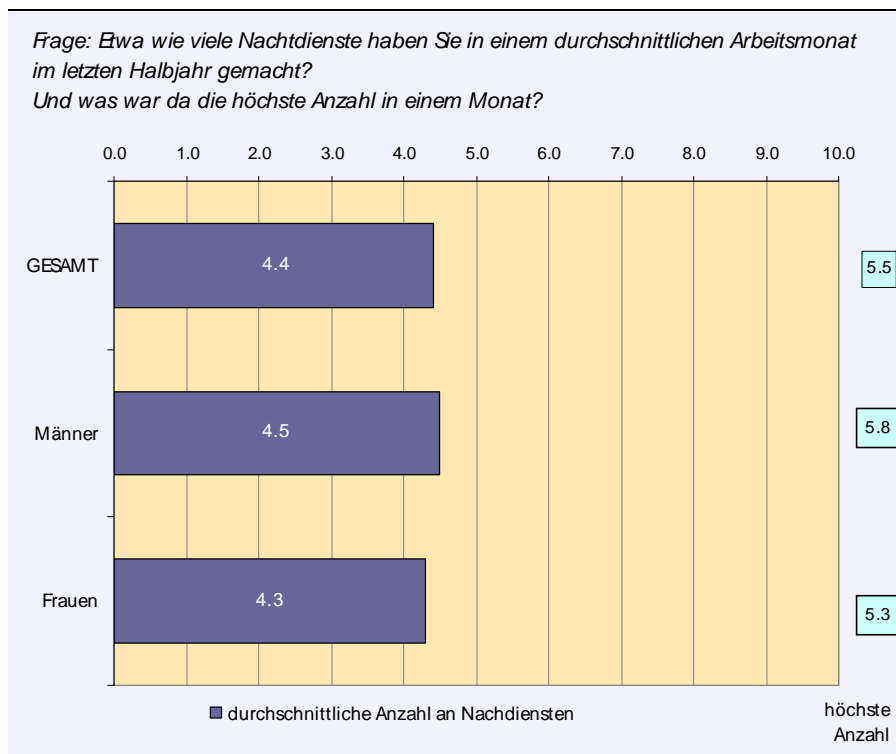
zu widmen. Wir brauchen flexiblere Arbeitszeitmodelle – ansonsten werden engagierte junge Ärztinnen gezwungen, sich zwischen Karriere und Familie zu entscheiden. Unser Ziel muss es aber sein, beides zu vereinen. Das betrifft auch die Ausbildung. Ganz abgesehen von der Qualität der Turnusausbildung müssen unbedingt intelligente Arbeitsmodelle geschaffen werden, die es jungen Frauen ermöglichen, neben der Ausbildung eine Familie zu gründen. Es kommt immer wieder vor, dass junge Ärztinnen in der Ausbildung schwanger werden. Diese müssen dann den Turnus unterbrechen, oft für mehrere Jahre – und das wirkt sich natürlich auch negativ auf die Karriere aus. Alleinerzieherinnen stehen dabei vor zusätzlichen Problemen, etwa durch eingeschränkte Öffnungszeiten von Kindergärten, verlieren leichter den Anschluss als Frauen, die den Rückhalt einer Partnerschaft haben.

Ein weiteres Problem ist, dass Betriebskindergärten oft nur über eine beschränkte Platzzahl verfügen und viele Mütter bei der Vergabe der Plätze nicht berücksichtigt werden. Auch Teilzeitstellen sind derzeit eher unattraktiv, weil sie sich finanziell nicht lohnen. Es genügt nicht, einfach mehr Teilzeitstellen zu schaffen, wenn die Entlohnung nicht passt. Derzeit gibt es zwar bereits Halbtagsstellen, aber in der jetzigen Form bedeuten diese eine zusätzliche Belastung für den Rest des Teams.



Aufgrund dieser Fakten ist es wenig verwunderlich, dass Frauen in den Top-Positionen nach wie vor stark unterrepräsentiert sind: Wir haben genügend fähige Frauen, die auch die Fähigkeit zur Primarärztin hätten – aber viele nehmen zugunsten der Familie einen Karriereknick in Kauf. Flexiblere Arbeitszeiten und die Einrichtung geeigneter Kinderbetreuungsstätten könnten hier viel bewirken.

Auch die durchschnittliche Anzahl von 4,3 Nachtdiensten pro Monat ist nicht unbedingt familienfreundlich. Dazu kommt, dass die gesetzliche Arbeitszeit regelmäßig überschritten wird: 24 Prozent arbeiten im Schnitt mehr als 60 Stunden pro Woche, 32 Prozent kommen gar auf mehr als 72 Stunden. Das ist zwar eine klare Verbesserung zu 2006, aber immer noch viel zu hoch. Auch die maximal zulässige Dienstdauer muss unbedingt auf 25 Stunden beschränkt werden: 79 Prozent der Spitalsärztinnen sprechen sich dafür aus, ihre männlichen Kollegen befürworten diese Beschränkung zu 71 Prozent. Dieses Ergebnis spricht eine deutliche Sprache: Für Frauen ist eine unverhältnismäßig lange Dienstdauer belastender als für Männer, daher erneuerte die BKAÄ die Forderung nach einer gesetzlich festgelegten Begrenzung der maximalen Dienstdauer auf 25 Stunden.



Traditionell weibliche Rollenbilder, Werthaltungen und Arbeitsorientierungen geraten zunehmend in Konflikt mit starren und hierarchischen Arbeitsorganisationen. Diese lassen der Entfaltung „weiblicher“ Qualitäten nur wenig Spielraum. Die hohe soziale Empathie steht mit der Überfrachtung durch nichtmedizinische Tätigkeiten und massiven Arbeitszeitbelastungen permanent in Konflikt. Unseren Spitalsärztinnen ist sehr an der Gesundheit der Bevölkerung gelegen, sie sind mit Engagement und Begeisterung bei der Sache. Es liegt jetzt an der Politik, in unseren Spitälern ein frauenspezifisches Umfeld zu schaffen, um das Potenzial der Spitalsärztinnen voll auszuschöpfen.



## EU-Arbeitszeitrichtlinie

Auch auf europäischer Ebene wird seit nunmehr über sechs Jahren eine Novellierung der Arbeitszeitrichtlinie diskutiert, die Arbeitszeitrichtlinie wurde bis dato jedoch – mangels Einigung zwischen Rat und Europaparlament - nicht geändert. Um Geld zu sparen wird von DienstgeberInnenseite versucht, zu erreichen, dass inaktive Zeiten des (Arbeits-) Bereitschaftsdienstes pro futuro im Unterschied zum Status quo nicht mehr als Arbeitszeit zählen. Weiters sollen DienstnehmerInnen „freiwillig“ länger als die gesetzlichen Arbeitszeithöchstgrenzen arbeiten dürfen.

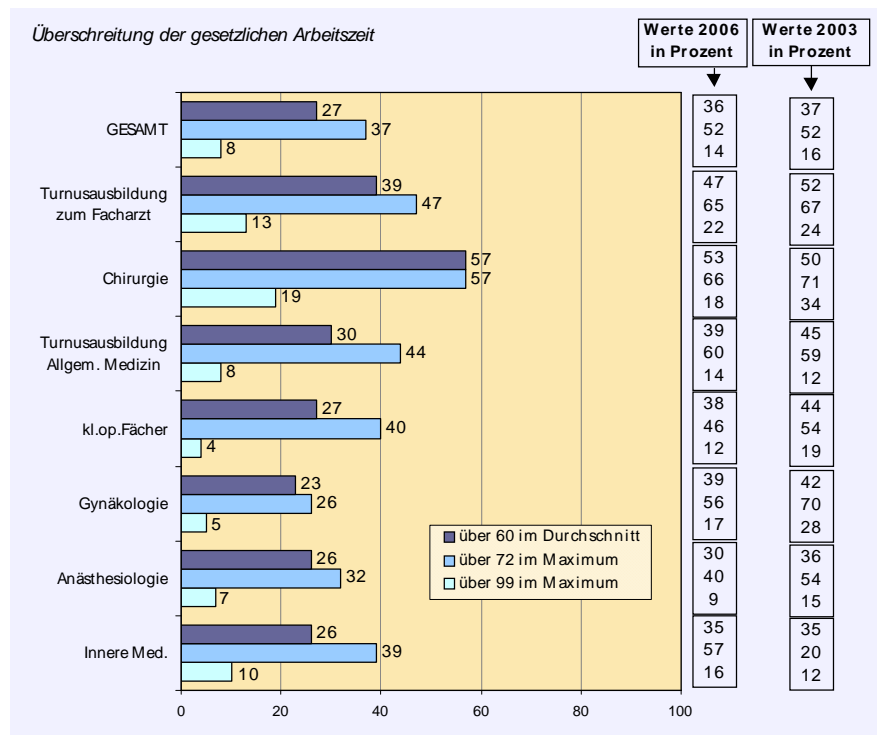
- Ziel der ÖÄK ist die Aufrechterhaltung des Österreichischen Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes (KA-AZG) in der derzeitigen Form, sowie die Sicherstellung der Einhaltung der Arbeitszeit-Höchstgrenzen zum Schutze der PatientInnen und der in Krankenanstalten Beschäftigten.
- Die Definition der Arbeitszeit soll in der derzeitigen Form aufrecht bleiben.
- Sämtliche von Ärztinnen und Ärzten am Arbeitsplatz verbrachte Zeiten müssen inklusive Arbeitsbereitschaftszeiten Arbeitszeit sein und sind entsprechend zu entlohnen.
- Bereitschaftszeiten (auch inaktive) können niemals Ruhezeiten sein und daher auch nie auf tägliche, wöchentliche, Ersatz- oder Ausgleichsruhezeiten angerechnet werden.
- Die Opt-out-Regelung sollte aus der EU-Arbeitszeit-Richtlinie 2003/88 gänzlich gestrichen werden (siehe dazu auch Art II.91 Entwurf der EU-Verfassung sowie den Entwurf des Europäischen Rates zu Erwägung 14, wonach jede/r ArbeitnehmerIn „das Recht auf eine Begrenzung der Höchstarbeitszeit, auf tägliche und wöchentliche Ruhezeiten sowie auf bezahlten Jahresurlaub hat“).
- Die beste Lösung wäre allerdings, wenn die 48 Stunden Grenze des Art 6 der EU-Arbeitszeit-Richtlinie mittels Betriebsvereinbarung und Zustimmung von Vertretern der Betroffenen, d.h. kollektiv, nicht jedoch individuell, auf durchschnittlich bis zu 60 Stunden erhöht werden könnte. In diesem Sinne sollte die EU-Arbeitszeit-Richtlinie 2003/88 geändert werden.

## Arbeitszeitübertretungen

Nach wie vor kommt es zu Übertretungen der Bestimmungen des KA-AZG und des ARG in den österreichischen Krankenanstalten. Sehr wichtig zur Eindämmung von Arbeitszeitübertretungen war die KA-AZG-Novelle 2008, seit die/der Beschäftigte auch als DienstnehmerIn im Sinne des KA-AZG anzusehen ist. Dies ermöglicht es, Arbeitszeitübertretungen auch im Bereich des öffentlichen Dienstes mit Geldstrafen zu sanktionieren, sofern die öffentliche Hand das ärztliche Personal dem Krankenanstaltenträger mittels Dienstzuweisung bzw. Arbeitskräfteüberlassung zur

Verfügung stellt, was in den meisten österreichischen Bundesländern der Fall ist. Eine vom IFES-Institut im Frühjahr 2010 durchgeführte Befragung der österreichischen Spitalärztinnen und -ärzte ergab diesbezüglich folgendes Bild:

- Der oberste Balken zeigt den Prozentsatz der Übertretungen des 60 Stunden Wochen-Maximaldurchschnitts an,
- der mittlere Balken Übertretungen der 72 Stunden Maximalarbeitszeithöchstgrenze pro Woche.
- Der unterste der drei Balken dokumentiert, dass noch immer viele Spitalsärztinnen und -ärzte 100 und mehr Stunden pro Woche arbeiten.
- Die Zahlen in den rechten beiden Spalten enthalten die diesbezüglichen Prozentwerte der Umfragen 2006 und 2003.



- ⇒ Pro futuro werden festgestellte Arbeitszeitübertretungen nicht mehr geheim bleiben, da seit November 2009 diesbezügliche Strafanzeigen in Kopie auch der Österreichischen Ärztekammer zu übermitteln sind. Dies soll die DienstgeberInnen präventiv und zusätzlich zur Einhaltung der Arbeitszeit-Höchstgrenzen motivieren.
- ⇒ Weitere Verbesserungen konnten im Zuge der KA-AZG Novelle 2010 (BGBl I 2010/93) erreicht werden: So kann die wöchentliche Ruhezeit nunmehr auch mittels Betriebsvereinbarung und Zustimmung der Arbeitszeitvertreter flexibilisiert werden, die Arbeitszeitvertreter sind lt. EB vom Betriebsrat in sämtlichen Arbeitszeitfragen

einzu beziehen und die Wochenzeiträume von KA-AZG und ARG können nunmehr durch Betriebsvereinbarung und Zustimmung der Ärztinnen- und Ärztevertreter synchronisiert werden.

## Universitäten

### Rahmenbedingungen an Universitäten

Immer häufiger und öfter beklagen Uni-Ärztinnen und -Ärzte, Betriebsräte und HochschulreferentInnen die sich verschlechternden Arbeits-, Forschungs- und sonstigen Rahmenbedingungen an den Medizinischen Universitäten.

Dabei wäre es gerade an den Universitäten wichtig, die fähigsten Ärztinnen und Ärzte dort tätig zu haben, und bei den Berufungen dem Niveau der Medizinischen Universität entsprechend vorzugehen.

Diese Verschlechterung der Bedingungen schlägt sich auch in der sinkenden Attraktivität der Universitäten als Arbeitgeber nieder. So gibt es bereits heute Fälle an der Medizinischen Universität Wien, wo offene Stellen gar nicht bzw. nicht mit ÖsterreicherInnen nachbesetzt werden konnten.

Ziel der Bundeskurie angestellte Ärzte der Österreichischen Ärztekammer ist, dass die Arbeits-, Forschungs- und sonstigen Rahmenbedingungen an den Medizinischen Universitäten wieder so attraktiv werden, dass die Reputation der Medizinischen Universitäten dahingehend steigt, dass die fähigsten und besten Spitalsärztinnen und Spitalsärzte dort gerne arbeiten bzw. arbeiten möchten.

Hinsichtlich der zukünftigen universitätsinternen Struktur hat die BKAÄ folgendes Konzept erarbeitet:

Nach der derzeitigen Struktur der Universitäten verfügen wenige Professorinnen und Professoren über überdurchschnittlich viel Einfluss, wogegen die Mehrzahl der WissenschaftlerInnen wenig bis gar keine Gestaltungsmöglichkeiten hat.

Mit einem „Faculty Modell“ könnte man die Basis verbreitern. Anstelle der Kurie der Professoren sollte eine wesentlich größere Gruppe, nämlich jene der „WissenschaftlerInnen der Universität“ („Faculty“) treten. Mitglieder dieser Gruppe sollten grundsätzlich alle Universitätsangehörigen sein, die zur Führung der Titel Doktorin/Doktor, PhD oder Dr<sup>in</sup>.med.science/Dr.med.science berechtigt sind. Um diese Gruppe quantitativ im Rahmen zu halten, wäre es vorstellbar, die Mitgliedschaft an ein Beschäftigungsausmaß von mindestens 50% zu binden. Diese Gruppe, konkret die von dieser Faculty gewählten VertreterInnen, sollte im Senat die Mehrheit, bzw. mindestens 50% stellen. Wissenschaftlich Mitarbeitende, die diese Kriterien nicht erfüllen, sollten eine eigene Gruppe innerhalb des Senats bilden.

Zusätzlich müssen natürlich auch das allgemeine Universitätspersonal sowie die Studierenden im Senat vertreten sein.

Die „Faculty“ sollte die Mitwirkungsrechte wahrnehmen, die derzeit von den UniversitätsprofessorInnen ausgeübt werden. Dazu zählt insbesondere die Erstellung und Zustimmung beim Entwicklungsplan, beim Organisationsplan, bei der Satzung, sowie das Vorschlagsrecht für Leitungsfunktionen und die Namhaftmachung von Mitgliedern von Berufungs- und Habilitationskommissionen. Auch die diesbezüglichen GutachterInnen sollten von der „Faculty“ bestellt werden (auf Vorschlag der in der Faculty vertretenen FachvertreterInnen; § 103 Abs 5 und § 98 Abs 3 UG). An Medizinischen Universitäten sollte der Senat auch der Anstaltsordnung und dem Zusammenarbeitsvertrag zustimmen müssen. Durch die größere zahlenmäßige Vertretung von Frauen in der „Faculty“ würde auch der Zugang von Frauen zu Leitungsfunktionen verbessert. Aufgrund der größeren Anzahl der Faculty-Mitglieder würde es weiters zu weniger Mehrfachnominierungen derselben Person kommen.

Dieser Vorschlag führt zu einer Verbreiterung der Repräsentanz und damit zu einer repräsentativeren und breiteren Meinungsbildung im Senat. Vorsitzende/r des Senats kann jede Person werden, die Mitglied des Senats ist und vom Senat mehrheitlich in diese Funktion gewählt wird. Dies gilt auch für die Stellvertreterinnen und Stellvertreter.

Dieser Vorschlag lässt sich auch sowohl demokratiepolitisch als auch von der Repräsentativität gut begründen, wenn man bedenkt, dass unter den z.B. an der Medizinischen Universität Wien derzeit tätigten 3.500 WissenschaftlerInnen lediglich etwas über 100 berufene Professorinnen und Professoren sind.

## **Kommissionen**

Hier gilt weiterhin, repräsentative Kommissionen zusammenzustellen. Diese Repräsentativität muss sich auch auf die Qualifikation der Kommissionsmitglieder beziehen. Es ist wie bisher zu gewährleisten, dass z.B. nicht mehrheitlich nicht Habilitierte über eine Habilitation bestimmen. Um dies zu verhindern, gehört garantiert, dass jeweils mehr als 50 % der Mitglieder einer bestimmten Kommission jene Qualifikation, über die die entsprechende Kommission entscheidet, selbst verfügen müssen. Konkret bedeutet dies, dass in Habilitationskommissionen mindestens 50% der Mitglieder habilitiert sein müssen bzw. dass in Berufungskommissionen mindestens 50% der Mitglieder berufene Professorinnen oder Professoren oder zumindest bereits in einem internationalen Dreivorschlag enthaltene Personen sein müssen.

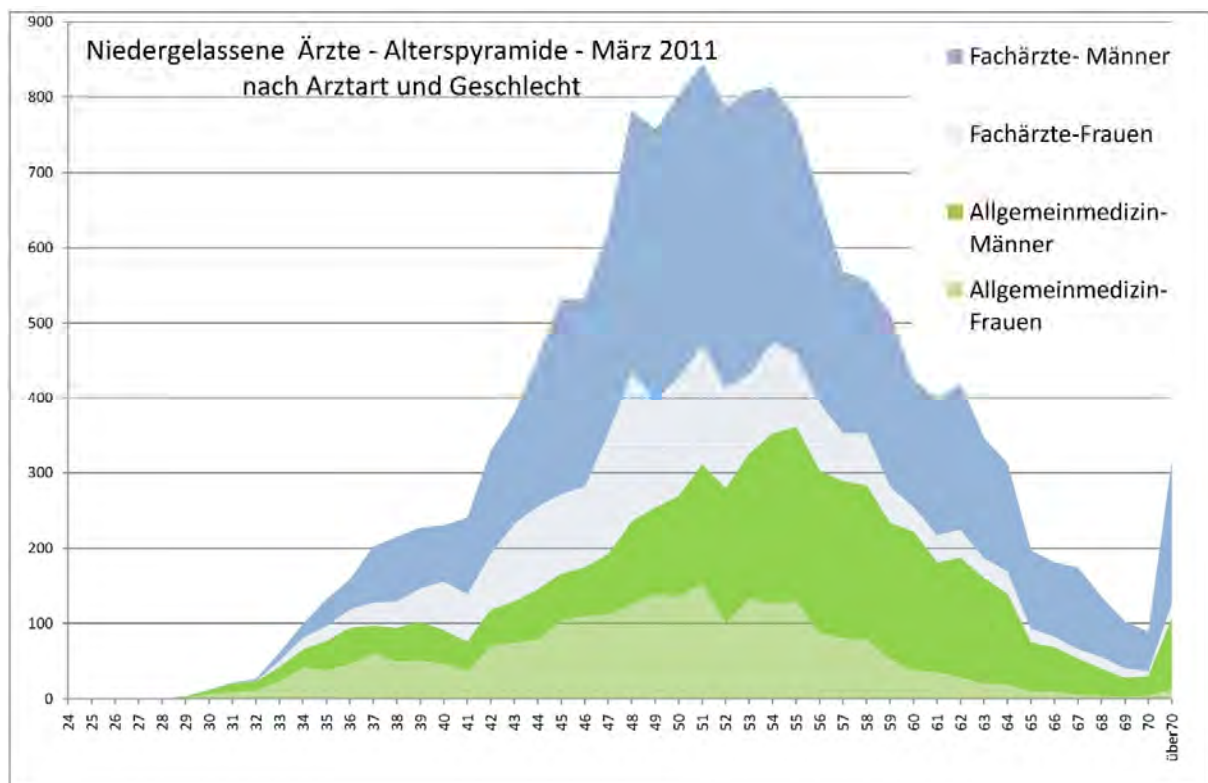
## **Bestellung der Rektorin und des Rektors**

Nach der derzeitigen Struktur der Universitäten entscheidet de facto eine sehr geringe Anzahl an Professorinnen und Professoren, wer den Posten der/des Rektorin/Rektors erhält.

Die/Der Rektorin/Rektor soll jedoch die Interessen der gesamten Universität sowie die EigentümerInneninteressen vertreten und nicht jene des höheren Managements. So wählen beispielsweise auch nicht die Abteilungsleitenden einer Bank ihre/n BankdirektorIn, denn dies würde dazu führen, dass die/der BankdirektorIn im Interesse der Abteilungsleitenden agiert, aber nicht die im Interesse der Bank liegenden Tätigkeiten primär verfolgt. Denkbare Alternative wäre, dass eine Universitätsversammlung nach einem vom neuen Senat zu erstellenden Dreivorschlag die/den Rektorin/Rektor bestellt.

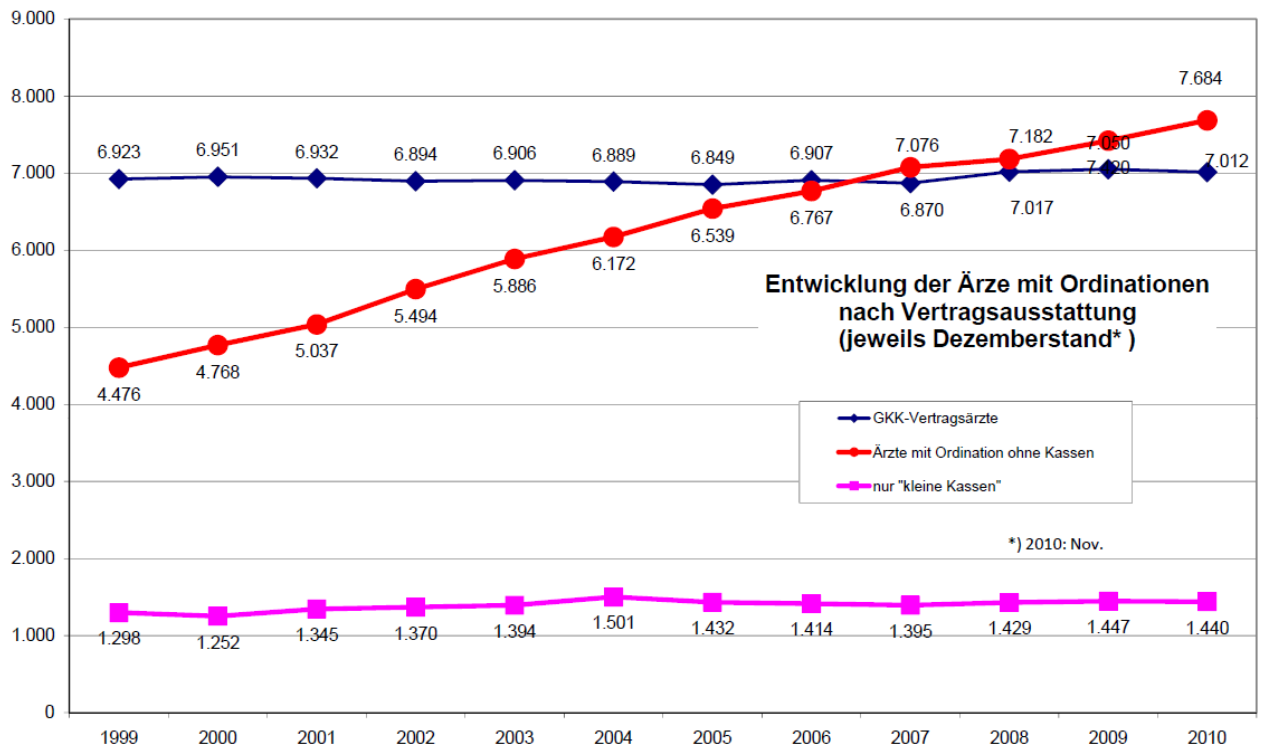
## 5. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

### Grafische Darstellung



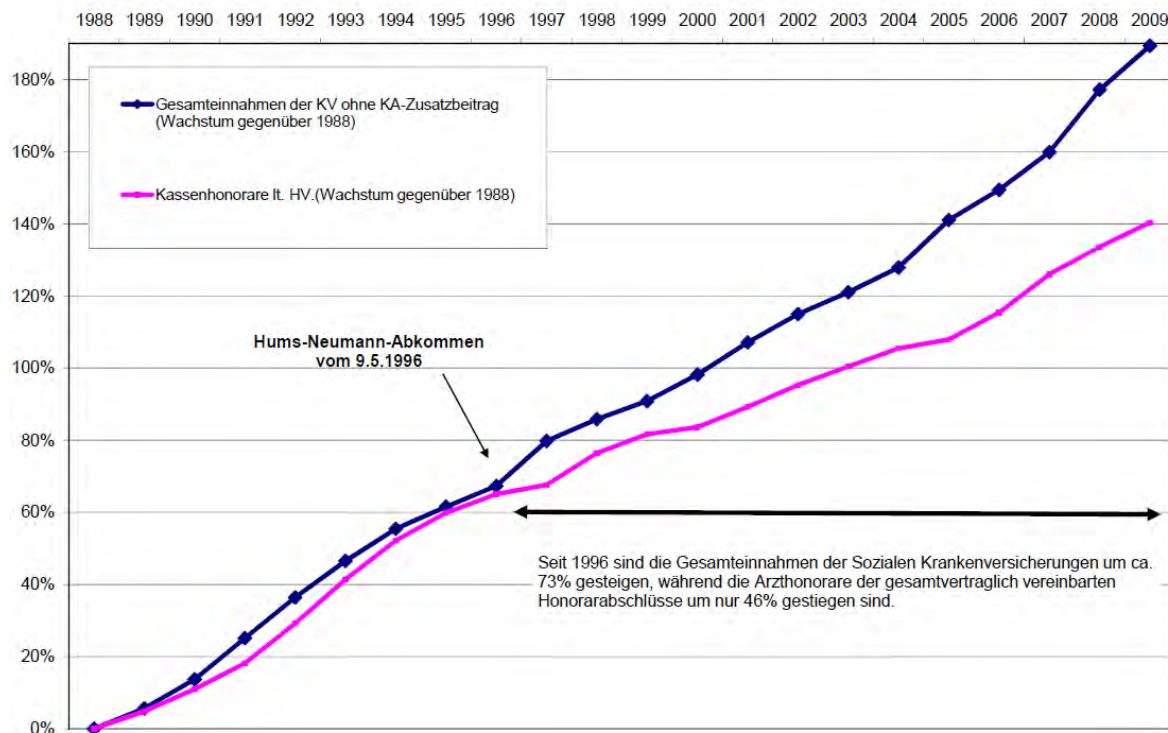
## Verträge mit den sozialen Krankenversicherungen; Wahlärztinnen und -ärzte

Die Statistik der letzten 11 Jahre zeigt, dass die Anzahl der Vertragsärztinnen und -ärzte nahezu konstant ist. Im Vergleich dazu steigt die Zahl der Wahlärztinnen und -ärzte stetig an.



## Honorarentwicklung

Die Honorare der Kassenvertragsärztinnen und -ärzte repräsentieren im Jahr 2009 rund 15 % der Ausgaben der sozialen Krankenversicherung. Dieser Anteil ist in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken (1990 betrug er über 19 %). Die absoluten Zuwächse der Kassenhonorare waren dabei immer unter der Einnahmensteigerung der Krankenversicherung, vor allem seit dem „Hums-Neumann-Abkommen“ vom Mai 1996. Seit diesem Zeitpunkt sind die Kasseneinnahmen der Krankenversicherungen (ohne Krankenanstaltensatzbeitrag) um ca. 73% gestiegen, währenddessen die Ärztinnen- und Ärztehonorare der gesamtvertraglich vereinbarten Honorarabschlüsse um 46 % gestiegen sind.



## Kassenkonsolidierung – Vereinbarung ÖÄK und Hauptverband

Nach dem großen Konflikt des Jahres 2008 hat die Vernunft gesiegt und so haben die Spitzenvertreter von Politik, Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer wieder zu einem Konsens gefunden. Verhandlungen zwischen HV und ÖÄK wurden in vier Arbeitsgruppen wieder aufgenommen und zwar zu den Themen:

- Finanzkonsolidierung
- Bedarfsplanung
- Qualität
- IT-Struktur

Am 10. Juni 2009 kam es zu einem umfassenden Vertrag zwischen HV und ÖÄK, der nicht nur die Kassenkonsolidierung sondern auch die Weiterentwicklung insbesondere der ambulanten medizinischen Versorgung zum Inhalt hat.

Der Kassenkonsolidierung diene die Einigung über Kriterien als Richtschnur für die zukünftigen Honorarvereinbarungen, die dann im § 342 Absatz 2a in das ASVG Eingang gefunden hat. Diese Kriterien sind: Die Entwicklung der Beitragseinnahmen, die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und die Ausgabenentwicklung der Krankenkassen, die gesamtwirtschaftliche Situation, die Kosten- und Frequenzentwicklung bei den Vertragsärztinnen und -ärzten, die medizinische Wissenschaft und Erfahrung, die demographische Entwicklung und die Qualitätsvorgaben.

Die Vereinbarung über Bedarfsplanung enthält die Verpflichtung zwischen Hauptverband und sozialer Krankenversicherung einerseits und Ärztekammern andererseits zur gemeinsamen Weiterentwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung.

Gemäß § 347 Absatz 4a ASVG sollen die ÖÄK und der Hauptverband gemeinsam festlegen, nach welchen Methoden der medizinischen und statistischen Wissenschaft Parameter entwickelt werden zur Beurteilung einer ausreichenden und zweckmäßigen, das Maß des Notwendigen nicht überschreitenden Krankenbehandlung im Konfliktfall durch die Schiedskommissionen.

Mit der Einigung über die Qualitätssicherung wurde das von der ÖÄK vorgeschlagene partnerschaftliche Modell für die ÖQMed vereinbart, dessen Umsetzung im Ärztegesetz erfolgt ist.

### **Entschließungsantrag „Sicherstellung der Sachleistungsversorgung“**

Aufgrund eines Entschließungsantrages im Oktober 2010 betreffend Sicherstellung der Sachleistungsversorgung wurde die Österreichische Ärztekammer gemeinsam mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger beauftragt, ein Procedere zu entwickeln, welches die bereits bestehenden Verfahren bei Kündigung der Gesamtverträge ergänzt.

### **SVA – Gesamtvertrag**

Nach 13 Tagen vertragslosem Zustand konnte im Juni 2010 rückwirkend eine gesamtvertragliche Einigung zwischen Österreichischer Ärztekammer und SVA erzielt werden.

Der neue Gesamtvertrag beinhaltet eine Erhöhung der Honorartarife um vier Prozent für alle SVA-Vertragsärztinnen und -ärzte. Bei den technischen Fächern wurden die Tarife für Großlabor massiv abgesenkt. Teil der vertraglichen Einigung ist auch die Brief-Gegenbrief-Vereinbarung, welche Basis für die Vorarbeiten des neuen Gesamtvertrages 2012 ist. Inhaltlich soll gemäß der Vereinbarung eine optimierte, effiziente PatientInnenversorgung und die Stärkung des niedergelassenen Bereichs angestrebt werden. Insbesondere mit der Etablierung eines Vertrauensarztmodells für chronisch Kranke, dem Ausbau der Präventionsmaßnahmen durch ein Call-Recall-System sollen neue Maßstäbe in der PatientInnenbetreuung gesetzt werden. Weitere Aspekte der Einigung sind die ausdrückliche Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Verbesserungen im Bereich der Psychotherapie und der therapeutischen Aussprache. Auf den Weg gebracht und erarbeitet werden die Details dieser neuen Konzepte von vier Arbeitsgruppen (Vorsorge, Haus-/Vertrauensarztmodell, Qualität, Finanzen). Zur Koordinierung und Problemlösung wurde eine paritätisch besetzte Task force eingerichtet.



## **Gruppenpraxen insbesondere Ärzte-GmbH**

Mit dem im August 2010 in Kraft getretenen „Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung“ wurde die Möglichkeit der ärztlichen Kooperationsformen um das Institut der GmbH erweitert. Damit wurde der langjährigen Forderung der Ärzteschaft Folge geleistet. Aufgrund der widerstreitenden Interessen der beteiligten Gruppen erfüllt das neue Konzept der ärztlichen Zusammenarbeit im niedergelassenen Bereich aber bei weitem nicht die Vorstellungen der Österreichischen Ärztekammer, um eine patientInnenorientierte flächendeckende Versorgung sicherzustellen und eine Entlastung der überfüllten Spitalsambulanzen zu erreichen. Der berufsrechtlichen Verankerung der Ärzte-GmbHs müssen nun in einem weiteren Schritt Anpassungen bzw. Ausverhandlungen der Verrechnungsmodalitäten für die Vertragsgruppenpraxen folgen. Mit der BVA ist eine Einigung bis zum 1. April 2011 zu erwarten.

## **Altersgrenze**

Entgegen der Vereinbarung zwischen Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und Österreichischer Ärztekammer normierte das 4. Sozialrechtsänderungsgesetz, eine gesamtvertragliche Regelung über die Festlegung einer Altersgrenze (längstens bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres) für die Beendigung der Einzelverträge auch von neu in Vertrag genommenen Kassenvertragsärztinnen und -ärzten und persönlich haftenden GesellschafterInnen einer Vertrags-Gruppenpraxis vorzusehen. Die dahingehend abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen mit der BVA und der VAEB statuieren in den Übergangsbestimmungen entsprechende Einschleifregelungen bis 31.12.2018. Überdies wurde eine Klausel in den Zusatzvereinbarungen verankert, welche subsidiär die Anwendung etwaiger zwischen Landesärztekammer und der jeweiligen Gebietskrankenkasse abgeschlossener Zusatzvereinbarungen zur Altersgrenze festlegt. Einzig die SVA hat es entgegen mehrfacher Aufforderung verabsäumt, mit der Österreichischen Ärztekammer eine Vereinbarung bezüglich der Altersgrenze abzuschließen.

## **Ordinationsbewertung**

Zur Sicherstellung einer geordneten Übergabe von Kassenordinationen und Gesellschaftsanteilen von Gruppenpraxen, welche ÜbergeberInnen- wie auch ÜbernehmerInneninteressen gleichermaßen berücksichtigt, hat die Bundeskurie niedergelassene Ärzte ein betriebswirtschaftliches Gutachten in Auftrag gegeben, um die Bewertung von Ordinationen zu objektivieren.

## Berufshaftpflichtversicherung

Teil des im August 2010 in Kraft getretenen „Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung“ ist die obligatorische Berufshaftpflichtversicherung für freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Gruppenpraxen. Entscheidende Eckpunkte der gesetzlichen Pflichtversicherung für die freiberufliche ärztliche Tätigkeit sind die Mindestversicherungssumme von zwei Millionen Euro pro Versicherungsfall mit einer Jahreshöchstsumme von sechs Millionen Euro. Bei Gruppenpraxen in der Rechtsform einer GmbH hat die Haftungshöchstgrenze pro einjähriger Versicherungsperiode zehn Millionen Euro zu betragen. Ein positiver Aspekt ist das – über Initiative der Österreichischen Ärztekammer – erreichte Verbot des Ausschlusses bzw. der zeitlichen Begrenzung der Nachhaftung des Versicherers sowie die Möglichkeit, den Versicherer anstelle der/des Ärztin/Arztes zu klagen. Überdies sieht das Gesetz vor, dass bei der Festlegung der Versicherungsbedingungen fachspezifische Prämien zu berücksichtigen sind. Auf Basis des § 117b Abs 1 Z 22a ÄrzteG erarbeitet zurzeit die Österreichische Ärztekammer gemeinsam mit dem Versicherungsverband Österreich eine Rahmenvereinbarung für Mindestbedingungen der abzuschließenden bzw. nachzuweisenden Berufshaftpflichtversicherungen. Die Versicherer haben der Ärztekammer die gesetzliche und vereinbarungskonforme Versicherung zu melden. Bereits bestehende Berufshaftpflichtversicherungen bedürfen lediglich einer Bestätigung des gesetzlich festgelegten bzw. einer etwaigen Erweiterung des Deckungsumfangs.

## Hausarztmodell

Der derzeit mögliche ungehinderte und de facto ungesteuerte Zugang der PatientInnen zu allen Versorgungsstufen des Systems stellt einen bedeutenden Kostenfaktor in unserem Gesundheitssystem dar und wird zwangsläufig auch weiterhin einen enormen Einfluss auf die Kostenentwicklung haben. Die Bundeskurie niedergelassene Ärzte reagierte auf diesen Zustand mit der Verabschiedung des sogenannten „Hausarztmodells“, welches ein klares Bekenntnis zur „Versorgungspyramide“ der ambulanten medizinischen Betreuung im niedergelassenen Bereich darstellt. Einigkeit besteht darüber, dass medizinische, aber auch ökonomische Effizienz vor allem dadurch erreicht wird, dass der Zugang zum System im Regelfall über die erste Ebene des Systems gesteuert wird. Die Hausärztin und der Hausarzt soll – als Ärztin/Arzt des Vertrauens – in diesem System die zentrale Rolle als BehandlerIn, BeraterIn und KoordinatorIn innehaben, die/der den Menschen ganzheitlich ein Leben lang betreut und daher umfassende Kenntnis über dessen Krankengeschichte und sein soziales Umfeld hat und so die/den Patientin/Patienten auf den richtigen Weg im Gesundheitssystem führt. Die Position als Hausärztin und Hausarzt kann sowohl ein/e Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin, wie auch ein/e Fachärztin/Facharzt erfüllen. Zu den Kernkompetenzen zählen, dem Modell des Hausarztes folgend, die besonderen Kenntnisse in Disease Management, die verstärkte Widmung der Vorsorgemedizin sowie die Sicherstellung einer effizienten, medizinischen Grundversorgung. Zur Umsetzung des Modells sind Anreizsysteme

zu schaffen, die/den Patientinnen/Patienten motivieren, zuerst die/den Hausärztin/Hausarzt aufzusuchen, weiters wird auch die Registrierung der/des Hausärztin/Hausarztes auf der e-Card angedacht.

Die Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der Österreichischen Ärztekammer hat Anfang des Jahres das Forschungsinstitut Spectra mit der Durchführung einer Bevölkerungs- bzw. Ärztinnen- und Ärzteumfrage beauftragt, welche den Stellenwert und die Rolle der/des Hausärztin/Hausarztes eruieren soll. Eine entsprechende Auswertung ist derzeit in Bearbeitung.

### **Disease Management Programm Therapie Aktiv – Diabetes mell. im Griff**

Im Rahmen umfangreicher Vorarbeiten im Bundesministerium für Gesundheit hat die Österreichische Ärztekammer insbesondere gemeinsam mit der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG), der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM) sowie der sozialen Krankenversicherung (insbesondere mit der Steirischen Gebietskrankenkasse) an der Ausarbeitung eines strukturierten Gesundheitsversorgungsprogramms für PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ II mitgewirkt.

Erst am Ende dieser gemeinsamen Bemühungen wurde seitens des Bundesministeriums beschlossen, aus den Ergebnissen dieser Arbeiten die erste Bundesqualitätsleitlinie gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz zu erlassen. Die Fassung vom Mai 2009 deckt den niedergelassenen Versorgungssektor ab, eine 2. Ausbaustufe für den intramuralen Sektor wurde beauftragt und ist derzeit im BIQG als Bundesqualitätsleitlinie in Bearbeitung.

Die Empfehlung zur strukturierten, spezifisch qualitätsgesicherten und zu evaluierenden Behandlung von PatientInnen mit Diab. Mell. Typ 2 bedurfte freilich der Umsetzungskompetenz der Landesärztekammern sowie der regional zuständigen Krankenversicherungsträger. Die Finanzierung bzw. Honorierung erfolgte jedenfalls zunächst über die Reformpoolprojekte (vgl. insbesondere Wien, Niederösterreich, Salzburg und Steiermark).

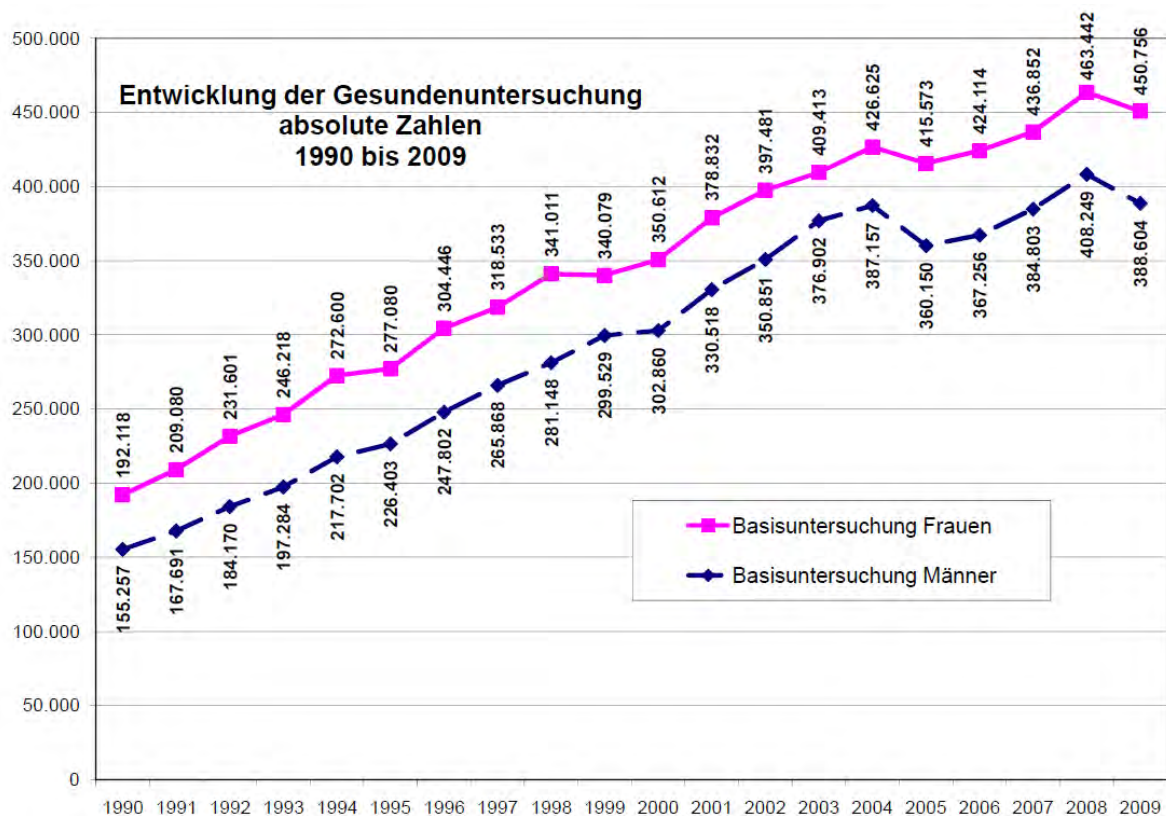
Gemeinsam mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger war für Ende 2010 eine intensive, jeweils mit regionalen Schwerpunkten konzipierte Bewerbung für Therapie Aktiv vorgesehen, um eine vermehrte Teilnahme sowohl aus Seiten der Ärztinnen und Ärzte als auch der PatientInnen zu erreichen.

Eine Interventionsstudie, durchgeführt von der Privaten Medizinischen Universität Salzburg gibt Anlass zu Optimismus im Hinblick auf Verbesserung der Behandlung, Betreuung wie auch der PatientInnenbeteiligung.

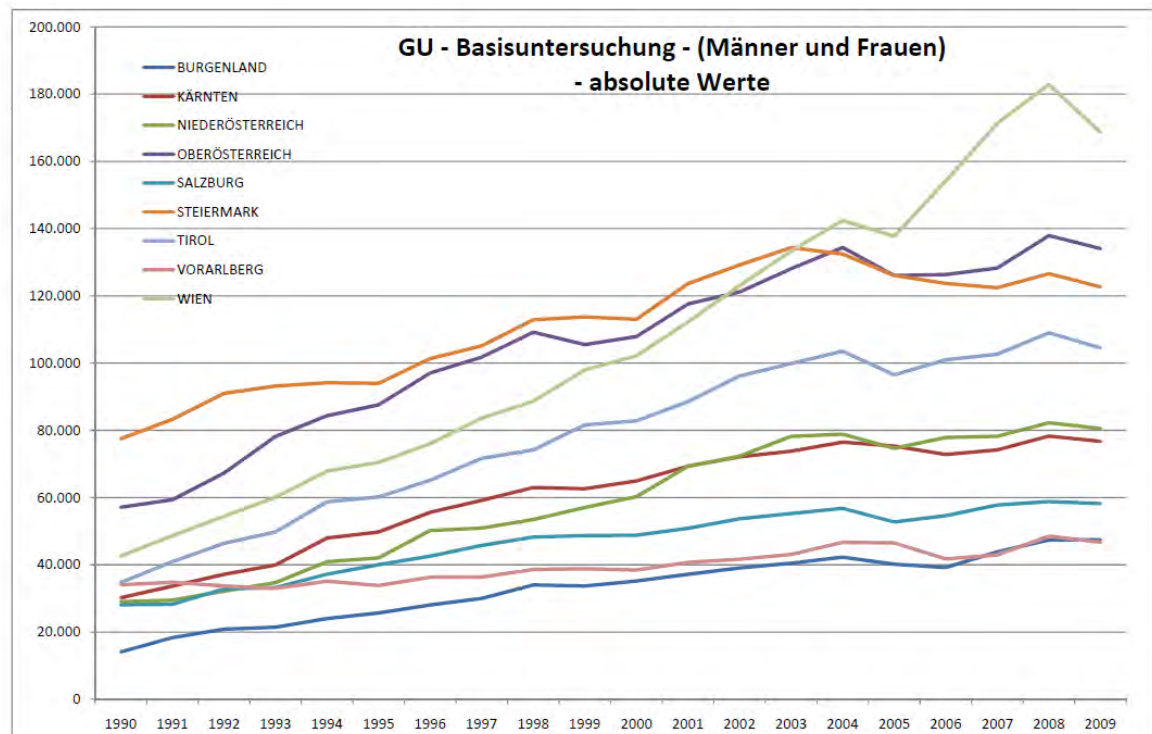
## Vorsorgeuntersuchung

Die Vorsorgeuntersuchung (Gesundenuntersuchung) ist ein wichtiges Instrument der Prävention und des Screenings im Bereich der sozialen Krankenversicherung.

Auf Basis des derzeitigen Vorsorgeuntersuchungsprogramms wurde gemäß § 16 VU-Gesamtvertrag im Jahr 2010 die Evaluierung der pseudonymisierten VU-Befunddaten gemeinsam durch ein zwischen Österreichischer Ärztekammer und Hauptverband paritätisch besetztes Evaluierungsteam durchgeführt. Ein vollständiger Ergebnisbericht ist zurzeit in Fertigstellung. Weiters hat das Evaluierungsteam gemäß seinem gesetzlichen Auftrag zur Optimierung der Auswertung und mit dem Ziel, die Vorsorgeuntersuchung auszubauen, Vorschläge formuliert, die geeignet sind, die Datenqualität zu verbessern. Nachstehende Grafik zeigt im Vergleich zu 2007 einen deutlichen Anstieg der Vorsorgeuntersuchung im Jahr 2008 sowie einen geringen Rückgang 2009.



Im Bundesländer-Vergleich zeigt sich im Jahr 2008 eine Steigerung der Vorsorgeuntersuchungen. Details sind der Grafik zu entnehmen.



## MUKI-Pass

Trotz ursprünglicher Widerstände des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie des BMG ist es gelungen, die interne Untersuchung im Untersuchungsprogramm des Mutter-Kind-Passes zu erhalten. Die mit 1. Jänner 2010 in Kraft getretene Novelle zur Mutter-Kind-Pass-Verordnung beinhaltet folgende wesentliche Neuerungen:

- Die Durchführung eines HIV-Tests im Rahmen der ersten Untersuchung.
- Die Durchführung eines oralen Glukoseintoleranztests im Rahmen der dritten Untersuchung.
- Die Möglichkeit einer Ultraschalluntersuchung der Schwangeren in der 8.-12. SSW. Sie dient neben der Feststellung des genauen Geburtstermins, der Differenzierung zwischen intra- und extrauteriner Schwangerschaft auch der Mehrlingsdiagnostik.

Nachstehende Grafik zeigt dennoch einen deutlichen Rücklauf bei der Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchung, der aber nicht zuletzt auch durch die rückläufigen Geburtenzahlen bedingt ist.

## Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen

Bundesland	e n d g ü l t i g e W e r t e											
	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Sonderleistungspositionen	Abgerechn. Betrag in 1.000 €	Sonderleistungspositionen	Abgerechn. Betrag in 1.000 €	Sonderleistungspositionen	Abgerechn. Betrag in 1.000 €	Sonderleistungspositionen	Abgerechn. Betrag in 1.000 €	Sonderleistungspositionen	Abgerechn. Betrag in 1.000 €	Sonderleistungspositionen	Abgerechn. Betrag in 1.000 €
Österreich	1.051.656	20.334	1.048.446	20.321	1.044.998	20.186	1.024.625	19.845	1.024.904	19.834	1.007.719	19.544
Wien	289.748	4.811	288.104	4.822	293.802	4.900	286.141	4.770	294.218	4.896	291.503	4.873
NÖ.	146.379	2.872	147.987	2.904	145.197	2.850	139.640	2.751	136.436	2.688	132.407	2.609
Bgld.	27.239	545	27.302	545	26.881	537	26.214	524	26.546	530	26.117	523
OÖ.	185.161	4.015	186.248	4.044	186.452	4.029	188.137	4.084	187.681	4.086	186.524	4.070
Stmk.	149.369	3.037	146.346	2.972	143.132	2.910	140.394	2.840	137.095	2.792	133.261	2.703
Kärnten	49.614	976	49.796	980	48.905	963	47.531	936	46.710	920	45.236	891
Salzburg	77.842	1.548	77.001	1.531	75.386	1.480	73.804	1.471	74.017	1.459	71.474	1.428
Tirol	75.582	1.522	75.127	1.517	74.841	1.511	74.659	1.508	75.368	1.525	73.286	1.485
Vlbg.	50.722	1.008	50.535	1.006	50.402	1.006	48.105	961	46.833	938	47.911	962

### Veränderung zum Vorjahr

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Sonderleistungspositionen	Abgerechn. Betrag	Sonderleistungspositionen	Abgerechn. Betrag	Sonderleistungspositionen	Abgerechn. Betrag	Sonderleistungspositionen	Abgerechn. Betrag	Sonderleistungspositionen	Abgerechn. Betrag	Sonderleistungspositionen	Abgerechn. Betrag
Österreich			-0,3%	-0,1%	-0,3%	-0,7%	-1,9%	-1,7%	0,0%	-0,1%	-1,7%	-1,5%
Wien			-0,6%	0,2%	2,0%	1,6%	-2,6%	-2,7%	2,8%	2,6%	-0,9%	-0,5%
NÖ.			1,1%	1,1%	-1,9%	-1,9%	-3,8%	-3,5%	-2,3%	-2,3%	-3,0%	-2,9%
Bgld.			0,2%	0,0%	-1,5%	-1,5%	-2,5%	-2,4%	1,3%	1,1%	-1,6%	-1,3%
OÖ.			0,6%	0,7%	0,1%	-0,4%	0,9%	1,4%	-0,2%	0,0%	-0,6%	-0,4%
Stmk.			-2,0%	-2,1%	-2,2%	-2,1%	-1,9%	-2,4%	-2,3%	-1,7%	-2,8%	-3,2%
Kärnten			0,4%	0,4%	-1,8%	-1,7%	-2,8%	-2,8%	-1,7%	-1,7%	-3,2%	-3,2%
Salzburg			-1,1%	-1,1%	-2,1%	-3,3%	-2,1%	-0,6%	0,3%	-0,8%	-3,4%	-2,1%
Tirol			-0,6%	-0,3%	-0,4%	-0,4%	-0,2%	-0,2%	0,9%	1,1%	-2,8%	-2,6%
Vlbg.			-0,4%	-0,2%	-0,3%	0,0%	-4,6%	-4,5%	-2,6%	-2,4%	2,3%	2,6%

## Substitutionsangelegenheiten

Ende 2009 trat die Novelle zur Weiterbildungsverordnung orale Substitution in Kraft. Teil der Neuerungen ist insbesondere die verstärkte Einbindung der Österreichischen Ärztekammer in das behördliche Verfahren, welche in der Anhörungspflicht im Zuge der Eintragung in die Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte zum Ausdruck kommt. Neu ist auch die jährliche Berichtspflicht der Ärztekammer an das Bundesministerium für Gesundheit über die Entwicklung bei der Organisation und Durchführung der Weiterbildung sowie die Beschränkung über das Recht auf Auskunft über die in der Liste eingetragenen Ärztinnen und Ärzte. Bezüglich der Diplomvoraussetzung sieht die Weiterbildungsverordnung von nun an die Absolvierung einer Basisweiterbildung (Basismodul „Indikationsstellung und Einstellung“) im Umfang von 40 Einheiten bzw. die regelmäßige vertiefende Weiterbildung (Weiterbildungsmodul) von zumindest 6 Einheiten pro Jahr oder 18 Einheiten innerhalb von 3 Jahren vor.

Überdies wird mit Inkrafttreten der neuen Diplomrichtlinie „ÖÄK-Diplom-Substitutionsbehandlung“ das Diplom künftig für die Substitutionsbehandlung unbefristet ausgestellt.

## Pflegegeldbegutachtung

Nach langwierigen Verhandlungen konnte im Herbst 2010 mit der Pensionsversicherungsanstalt eine Einigung hinsichtlich der Erhöhung der Honorare für die



Pflegegeld-Begutachtung erreicht werden. Unter Beibehaltung der Höhe des Hausbesuchszuschlags (€ 18,-) wurde das Honorar für die ärztliche Begutachtung von € 50,- auf € 54,- erhöht. Diese Regelung gilt rückwirkend seit 1.8.2010 und hat eine befristete Laufzeit von zwölf Monaten.

## **6. Aus- und Fortbildung**

### **Allgemein**

Der Österreichischen Ärztekammer wurden durch die 13. ÄrzteG Novelle, die mit 1. Jänner 2010 in Kraft getreten ist, zahlreiche Kompetenzen im Aus- und Fortbildungsbereich übertragen. Das Jahr 2010 zeichnete sich dadurch aus, dass die Österreichische Ärztekammer, teilweise in intensiver Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit, zahlreiche dieser Kompetenzen wahrnahm und Bereiche der Aus- und Fortbildung neu regelte.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Ergebnisse der 13. ÄrzteG-Novelle sich als taugliche Grundlage der rechtlichen Strukturierung der ärztlichen Aus- und Fortbildung erwiesen haben. Auch hat sich wieder einmal gezeigt, dass die Ärztekammer in der Lage ist, Qualitätsmaßnahmen ohne staatliche Einflüsse erfolgreich zu setzen.

### **Neue Verordnungen in Bildungsangelegenheiten**

Von der Vollversammlung wurden im Jahr 2010 folgende Verordnungsnovellen beschlossen:

#### **3. Novelle zur KEF- und RZ-Verordnung**

Die Novelle der Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt, sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse und Prüfungszertifikate (KEF und RZ VO), die mit 1. Jänner 2011 in Kraft getreten ist, wurde im breiten Konsens mit den Krankenhausträgern, dem BMG, den Universitäten, Wissenschaftlichen Gesellschaften und Fachgruppen erarbeitet.

Vor allem der Festlegung der Ausbildungsinhalte im Sonderfach Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin war ein jahrelanger Verhandlungsprozess unter Einbindung der Rechtsträger der Krankenanstalten und des BMG vorausgegangen, der 2010 von der Vollversammlung der Österreichischen Ärztekammer einstimmig angenommen wurde. Inhaltlich ging es vor allem um die Ausbildungsinhalte in psychotherapeutischer Medizin, die jetzt endgültig rechtlich verankert wurden, nachdem durch die ÄAO 2007 das genannte Sonderfach um „psychotherapeutische Medizin“ erweitert wurde. Mit diesem Beschluss ist nunmehr eine moderne, international herzeigbare psychiatrische Ausbildung sichergestellt.



Offen ist noch bei einigen Rechtsträgern die Umsetzung in dienstrechtlicher Hinsicht, vor allem hinsichtlich der Kostentragung. Die Österreichische Ärztekammer hofft, dass diese Gespräche auf Landes- bzw. Rechtsträgerebene rasch abgeschlossen werden können.

Die zweite Änderung betrifft die Ausbildungsinhalte des Sonderfaches Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Hier wurden vor allem einige Zahlen des OP Kataloges an die realen Bedingungen angepasst.

Die Verordnung über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten sowie über die Rasterzeugnisse liegt seit Anfang 2010 im übertragenen Wirkungsbereich. Es war diese Novelle die erste, die im übertragenen Wirkungsbereich von der Vollversammlung der ÖÄK beschlossen wurde und es lässt sich retrospektiv festhalten, dass die Kooperation mit dem BMG in diesem Bereich hervorragend geklappt hat.

Insgesamt wird es notwendig sein, durch die 13. ÄrzteG-Novelle alle Rasterzeugnisse wieder zu verlautbaren. Aus Sicht der Österreichischen Ärztekammer sollte man die Ausbildung etwas flexibilisieren, indem man eine 70:30 Modulausbildung etabliert. 70% sollten pro Fach Pflichtinhalte sein, die jede/r AssistentIn zu erlernen hat; 30% könnten in Form von frei wählbaren Modulen angeboten werden.

Im Frühjahr 2011 soll gemeinsam mit dem BMG ein Projektplan erstellt werden, wie dieses sehr umfangreiche Projekt der Überarbeitung der über 300 Seiten starken Verordnung bis 2013 abgeschlossen werden kann.

### **Wiederverlautbarung der Prüfungsordnung**

Durch die 13. ÄrzteG-Novelle ist es auch notwendig, alle Verordnungen der Österreichischen Ärztekammer bis 2014 neu zu verlautbaren. 2010 wurde als erster Schritt die Prüfungsordnung zur/zum Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin und zur/zum Fachärztin/Facharzt wiederverlautbart und in der Vollversammlung im Dezember 2010 beschlossen.

Inhaltlich erfolgten nur minimale, meist formale Anpassungen, die auf Grund der jahrelangen Erfahrungen mit den Ärztinnen- und Arztprüfungen im Bereich der Österreichischen Ärztekammer notwendig wurden. So konnte man z.B. alle Übergangsregelungen streichen, da nach Ende der gesetzlichen Übergangsfrist 2007 Arztprüfungen für alle Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung verpflichtend sind.

### **Verordnung über ärztliche Fortbildung**

Mit 1. Oktober 2010 ist auch die vollkommen neu gestaltete Verordnung über ärztliche Fortbildung in Kraft getreten. 1995 wurde von der Österreichischen Ärztekammer das Diplomfortbildungsprogramm erstmals beschlossen, das 2001 in die DFP-Richtlinie übergegangen ist und das nunmehr als Verordnung über ärztliche Fortbildung diese regelt.

Mit dieser Verordnung wurden die Regelungen zur ärztlichen Fortbildung nach jahrelanger Vorarbeit komplett neu aufgesetzt, wobei die Grundsätze der Fortbildungspflicht mit 150 Stunden Fortbildung in drei Jahren grundsätzlich ident belassen wurden. Wesentliche Änderungen betreffen vor allem die sehr strengen Regelungen über die Kooperation mit der pharmazeutischen bzw. Medizinprodukte-Industrie, sowie die Begrenzung der akkreditierbaren Veranstalter. Zudem wurden die Definitionen komplett überarbeitet und auch E-Learning und andere moderne Fortbildungsarten in die Verordnung eingearbeitet.

Insgesamt lässt sich auch im internationalen Bereich festhalten, dass die Österreichische Ärztekammer mit dieser Verordnung die österreichische Ärzteschaft in eine Poleposition gebracht hat und inzwischen schon andere Ärzteorganisationen diese vorbildhafte Regelung der ärztlichen Fortbildung übernehmen wollen (Näheres zum Diplom-Fortbildungsprogramm siehe unten).

## **Ärztegesetz / Ärzte-Ausbildungsordnung**

### **12. ÄrzteG-Novelle: Anerkennung von EWR- und Drittlanddiplomen**

Mit der 12. ÄrzteG-Novelle wurde 2009 ein vereinfachtes Verfahren zur Anerkennung von EWR- und Drittlanddiplomen eingeführt. Dieses gilt für Ärztinnen und Ärzte mit nicht EU-konformen Ausbildungsnachweisen aus anderen EWR-Staaten oder der Schweiz, mit Diplomen in europarechtlich nicht harmonisierten Sonderfächern und mit Drittstaatsdiplomen, die bereits in einem EU-Staat anerkannt wurden. Diese Ärztinnen und Ärzte brauchen in Zukunft weder ihr Studium in Österreich zu nostrifizieren noch das Verfahren vor der Ausbildungskommission zu durchlaufen. Die Österreichische Ärztekammer hat jedoch zu prüfen, ob diese Ärztinnen und Ärzte eine Eignungsprüfung ablegen müssen. Dazu sind ExpertInnen zuzuziehen. Die ExpertInnen – GutachterInnen und PrüferInnen/Prüfer – müssen in der Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer eingetragen sein und eine zumindest dreijährige Berufserfahrung im jeweiligen ärztlichen Fachgebiet aufweisen.

Die Österreichische Ärztekammer begrüßte diese Erleichterung der Migration von Ärztinnen und Ärzten und auch in der Vollziehung gab es bei der Bewältigung dieser Novelle kaum Probleme.

### **Mangelfach Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Im Rahmen einer Novelle der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 wurde das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Mangelfach erklärt. Dies bedeutet, dass pro Abteilung eine weitere Ausbildungsstelle geschaffen werden kann, da durch die Erklärung zum Mangelfach die Primarärztin und der Primararzt in die 1:1 Berechnung mit eingerechnet werden können.

Weitere Ansuchen um Erklärung zum Mangelfach liegen in der Österreichischen Ärztekammer auf, so z.B. die Fachrichtungen Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Strahlentherapie (Radioonkologie) und auch Radiologie. Es wurde gemeinsam mit dem BMG festgelegt, dass zuerst die Ergebnisse der Ärztinnen- und Ärztebedarfsstudie 2011 abgewartet werden sollen, bevor weitere Fächer zu Mangelfächern erklärt werden.

In derselben ÄAO-Novelle wurde die Ausbildung in Zytodiagnostik gemäß Vorschlag der Österreichischen Ärztekammer geändert und ein Redaktionsfehler in der Ausbildung zur/zum Fachärztin/Facharzt für Sozialmedizin bereinigt.

### **Additivfach Geriatrie**

Seitens der Österreichischen Ärztekammer wurden schon im Jahr 2009 Beschlüsse gefasst, um die Einführung eines Additivfaches Geriatrie für AllgemeinmedizinerInnen und die Fachrichtungen Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Physikalische Medizin zu befürworten. Während für die genannten vier Fachrichtung das Additivfach bereits 2008 in Begutachtung gegangen ist, forderte die Österreichische Ärztekammer unabdingbar, die Ausbildung im Additivfach Geriatrie auch für Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin zu eröffnen. Schließlich nehmen AllgemeinmedizinerInnen in der geriatrischen Versorgung eine wesentliche Rolle ein.

Mit der 14. ÄrzteG-Novelle im Sommer 2010 wurde hierfür eine wichtige Voraussetzung geschaffen, indem auch das Additivfach Geriatrie für AllgemeinmedizinerInnen etabliert wurde. In einer Novelle zur ÄAO, die im Jänner 2011 in Begutachtung ging, soll nunmehr das Additivfach Geriatrie für die vier Sonderfächer und die AllgemeinmedizinerInnen in die Rechtsordnung aufgenommen werden.

Ziel der Österreichischen Ärztekammer ist es dann, die Rasterzeugnisse für Geriatrie in der Vollversammlung im Juni 2011 zu beschließen, sodass Ärztinnen und Ärzte ab 1. Juli 2011 mit der Ausbildung im Additivfach Geriatrie beginnen können – vorausgesetzt, die entsprechenden geriatrischen Einrichtungen werden zuvor als Ausbildungsstätten anerkannt.

Insgesamt wäre dann ein lang andauernder Prozess zur Etablierung dieses Additivfaches im Sommer 2011 im Einvernehmen mit allen beteiligten Fachgesellschaften, den Rechtsträgern und dem BMG abgeschlossen.

### **Verpflichtende Rotation**

Das Konzept für die Rotation in den Fächern Frauenheilkunde und Gynäkologie, Innere Medizin, Chirurgie, Radiologie und Anästhesiologie und Intensivmedizin wurde gemeinsam mit den Trägern fast fertiggestellt: Es sind nur mehr Details zu den Themen Karenzierung und Ausnahmen von der Rotation festzulegen, wobei es bereits Einigung darüber gibt, dass als Ausnahmeregelung nur eine Distanz von mehr als 100 km vom Stamm-KH gelten soll. Zur

Finalisierung des Konzepts sind noch Gespräche mit den Universitäten und dem Wissenschaftsministerium ausständig. Ziel der Österreichischen Ärztekammer ist es, 2011 ein fertiges, mit allen abgestimmtes Rotationskonzept vorzulegen.

## **Visitation**

Die Bemühungen der Österreichischen Ärztekammer, eine Verordnung über die Durchführung von Visitation zu erlassen, stieß auf massive Widerstände der Krankenanstaltenträger und zeigte, dass ein anderes Instrument zur Überprüfung der Qualität der Ausbildung einzusetzen ist.

Die Einleitung eines verwaltungsrechtlichen Verfahrens zur Rücknahme oder Einschränkung der Ausbildungsberechtigung bei offenkundigen Missständen und Beanstandungen in der Ausbildung stellt eine Möglichkeit dar. Dieser Weg ist jedoch weder für die Krankenanstaltenträger, das BMG noch für die Österreichische Ärztekammer ein geeignetes Mittel zur Überprüfung der Ausbildungsqualität.

Die Etablierung eines sogenannten Auditverfahrens - im Sinne einer freiwilligen Überprüfung – scheint für alle Beteiligten ein adäquates Instrument für die Evaluierung und Verbesserung der Ausbildung zu sein. Eine Arbeitsgruppe hat sich die Erarbeitung eines Konzeptes zur Aufgabe gestellt, das den Rechtsträgern in einer Sitzung im Februar 2011 vorgestellt wurde. Aus unserer Sicht besteht daher auch keine Notwendigkeit mehr, die Umsetzung der Art 15a-Vereinbarung und die Einrichtung einer Bundesagentur für Ausbildungsmanagement zu betreiben.

## **Assoziierungen**

Im Jahr 2010 gelang es, die letzte wissenschaftliche Gesellschaft eines Sonderfaches, die noch nicht assoziiert war, zu assoziieren – es handelt sich um die Wissenschaftliche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie. Insgesamt ist der Prozess der Assoziierung von wissenschaftlichen Gesellschaften sehr positiv zu sehen, da die Kooperation und die gemeinsame Meinungsfindung der wissenschaftlichen Gesellschaften und der Österreichischen Ärztekammer günstig beeinflusst wird. Vor allem im Bereich der Aus- und Fortbildung, wo eine intensive Kooperation besteht (z.B.: Ärztinnen- und Arztprüfungen, Fortbildungsanerkennung, u.ä.) hat sich das System der Assoziierung bewährt und unterstützt klare Entscheidungsfindungen.

## Lehrpraxis

Mit 1. Jänner 2010 wurde der Lehrpraxis-Kollektivvertrag zwischen der Bundeskurie der angestellten Ärzte und der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte rechtswirksam abgeschlossen. Dieser Kollektivvertrag ist ein Meilenstein in der Lehrpraxis-Ausbildung und eine Grundlage, den in Österreich endlich notwendigen Status sowie die soziale Absicherung der LehrpraktikantInnen zu schaffen.

Im September 2010 übermittelte das BMG eine neue Sonderrichtlinie zur Lehrpraxisförderung, die mit der Österreichischen Ärztekammer nie abgestimmt wurde und auf massive Ablehnung stieß. So wurde leider, trotz gegenteiliger Bemühungen der Österreichischen Ärztekammer, der Lehrpraxis-Kollektivvertrag der Österreichischen Ärztekammer schlicht ignoriert, was in der Praxis zu zahlreichen Problemen führt. Zudem wurde beansprucht, dass die Fachärztinnen- und Facharztpraxen ab 2011 nicht mehr gefördert werden sollen.

Trotz des heftigen Protests der Österreichischen Ärztekammer gilt die neue Richtlinie seit Anfang 2011. Seitens der Österreichischen Ärztekammer wird man versuchen, zumindest für 2012 Verhandlungen mit dem BMG über sinnvolle Anpassungen zu erreichen, damit soziale Absicherung und Förderung durch die öffentliche Hand wieder besser zusammenpassen.

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Lehrpraxisfinanzierung in Österreich noch immer als katastrophal anzusehen ist. Durch die vollkommen unattraktive Lehrpraxis, die aber fachlich medizinisch unbedingt zumindest in einem Ausmaß von 12 Monaten dringend geboten ist, besteht die Gefahr, dass sich zunehmend weniger Jungärztinnen und Jungärzte für das Fach Allgemeinmedizin interessieren und dann vor allem in den ländlichen Gebieten, wie aktuell bereits in Deutschland sichtbar, Versorgungsprobleme entstehen.

Die Österreichische Ärztekammer wird keinesfalls locker lassen, das Thema Lehrpraxis und Lehrpraxisfinanzierung 2011 einer Regelung zuzuführen, wobei bereits mehrfach von uns diesbezügliche Ideen (z.B. eine Drittelfinanzierung durch Bund, Länder und Ärzteschaft) in die politische Diskussion eingebracht wurden. Unter Berücksichtigung des Kollektivvertrages wäre lediglich ein Betrag von ca. € 11 Mio. für eine österreichweite umfassende Lehrpraxisfinanzierung notwendig.

Sollte die Politik diese Problematik nicht raschest lösen, wird mit einem AllgemeinmedizinerInnenmangel, vor allem in den ländlichen Regionen, zu rechnen sein.

## **Approbation / „Fachärztin und Facharzt“ Allgemeinmedizin**

Vor dem Sommer 2010 kam es wieder zu Diskussionen rund um die Approbation von Ärztinnen und Ärzten nach dem Studium. Approbation bedeutet in diesem Zusammenhang die Idee, dass Ärztinnen und Ärzte nach dem Studium eine eingeschränkte Berufsberechtigung bekommen.

Aufgebrochen wurde diese Diskussion durch öffentliche Aussagen von Frau BM Karl. Diese verwechselte in ihren Pressemeldungen den Turnus mit einer verbesserten praktischen Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten im Studium. Eine Verkürzung des Turnus auf ein Jahr oder gänzliche Abschaffung desselben ist rechtlich nicht möglich, da die Ausbildung zur/zum Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin auf Basis der einschlägigen EU Richtlinie zumindest drei Jahre andauern muss.

BM Karl schlug eine bessere praktische Ausbildung im letzten Studienabschnitt vor, die dann zu einer Berufsberechtigung führt; danach folgt dann eine Ausbildung zur/zum Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin bzw. zur/zum Fachärztin/Facharzt.

Die Österreichische Ärztekammer wies Frau BM Karl in mehreren Gesprächen auf diese terminologische Ungenauigkeit hin. Die Diskussion war nicht neu: In der Österreichischen Ärztekammer wurde schon mehrfach darüber diskutiert, ob es diese Basisberufsberechtigung – analog zu den anderen EU Ländern – auch in Österreich geben soll. Bereits 2004 hatte die Österreichische Ärztekammer am Kammertag in Schruns beschlossen, dass es diese Approbation geben soll, wobei nach dem Studium – von einer Verlängerung der praktischen Ausbildung im Studium war damals nicht die Rede – eine Ausbildung von einem Jahr postgraduell folgen soll, verknüpft mit der Einführung eines Facharztes für Allgemeinmedizin.

Das mittlerweile überarbeitete Konzept weist nun eine Weiterbildung zur/zum Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin von 4 Jahren + 1 Jahr Lehrpraxis auf. Der Titel „Fachärztin/Facharzt“ wird nicht als notwendig erachtet und die Approbation soll von der Berufsbezeichnung getrennt werden. Zu diesem neuen Konzept signalisierte BM Stöger Zustimmung. Die Umsetzung hängt allerdings von der Finanzierung der Lehrpraxen ab.

## **ius migrandi**

Die ÖÄK hat sich bereits Mitte 2008 am Kammertag für ein „ius migrandi“ ausgesprochen, damit AbsolventInnen des österreichischen Medizinstudiums, die ins europäische Ausland migrieren, in den anderen EU Staaten den Inhabern der dort vorgesehenen ärztlichen Grundausbildung gleichgestellt werden.

Das ius migrandi für österreichische StudienabsolventInnen wurde im Dezember 2010 im Amtsblatt der Europäischen Union kundgemacht. Ab diesem Zeitpunkt gilt als österreichischer Ausbildungsnachweis über die ärztliche Grundausbildung nur mehr der

Studienabschluss, der allerdings in Österreich wie bisher nur zur unselbständigen Berufsausübung berechtigt. In anderen EWR-Staaten werden österreichische StudienabsolventInnen daher ab sofort automatisch den AbsolventInnen der dort vorgesehenen ärztlichen Grundausbildung gleichgestellt.

Seit Einführung des ius migrandi ist Österreich daher EU-rechtlich nur mehr verpflichtet, Ärztinnen und Ärzte mit Grunddiplomen aus anderen EU-Staaten österreichischen StudienabsolventInnen gleichzustellen und ihnen somit lediglich die ärztliche Tätigkeit zu Ausbildungszwecken unter Aufsicht zu ermöglichen.

Dazu wäre ergänzend eine Änderung des Ärztegesetzes 1998 erforderlich. Die Österreichische Ärztekammer fasste im Herbst 2010 den Beschluss, diese Gesetzesänderung im Bundesministerium für Gesundheit anzuregen, die zu einer „Abschaffung“ der approbierten Ärztinnen und Ärzte führen würde. Auf bereits approbierte in Österreich tätige Ärztinnen und Ärzte hätte diese Änderung selbstverständlich keine Auswirkungen. Die Europäische Kommission hat der Österreichischen Ärztekammer bereits die EU-Konformität dieses Beschlusses bestätigt.

Aus Sicht der ÖÄK wäre es an der Zeit, 2011 die Diskussion rund um die Approbation zu beenden, die ausländischen und inländischen Ärztinnen und Ärzte mit Grundausbildung gleichzustellen und allen eine Berufsberechtigung im Umfang der bisherigen Turnusärztinnen und -ärzte zu verleihen.

## **Spezialisierungen**

Mit der Einführung der Spezialisierungen Dermatohistopathologie und Handchirurgie sowie einer langen Liste an Spezialisierungsanträgen entbrannte unter den Fachgesellschaften eine Diskussion über die Anzahl der Spezialisierungen und deren Sinnhaftigkeit. Anfang Dezember 2010 wurden daher zur Delegiertenversammlung der Bundessektion Fachärzte alle Fachgruppenobleute und die PräsidentInnen der Wissenschaftlichen Gesellschaften eingeladen, um einen gemeinsamen Weg zu finden.

Bis dahin wurden seit September 2010 alle anstehenden Spezialisierungsanträge zurückgestellt. Das Ergebnis soll in eine Änderung der Spezialisierungsordnung münden und dort einfließen. Dabei soll bei fachspezifischen Spezialisierungen ausgesprochen restriktiv vorgegangen und eher der Weg für multidisziplinäre Spezialisierungen geebnet werden.

## **Spezialfortbildungen (ÖÄK-Spezialdiplome, Zertifikate)**

Ziel von Diplomen ist der Nachweis des vertieften geregelten Erwerbs eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für definierte ärztliche Tätigkeiten (z.B. Sportmedizin, Schulmedizin, Psychotherapie, Geriatrie etc.) nach Abschluss der ärztlichen Berufsausbildung. Durch den Erwerb eines Diploms weist eine/ein Ärztin/Arzt nach, dass



sie/er sich in einem definierten Gebiet der Medizin strukturiert, qualitätsgesichert besonders fortgebildet hat.

Neu beschlossen wurde 2010 eine Überarbeitung des Diploms „Substitutionsbehandlung“. Weiters wurde nach langen Diskussionen eine zweigliedrige Weiterbildung durch ein Zertifikat und ein Diplom im Gebiet der „Sexualmedizin“ fertiggestellt. Ebenfalls 2010 neu beschlossen wurde ein Zertifikat „Ärztliche Wundbehandlung“.

Schwieriger gestaltet sich die Umsetzung eines Sonografie-Zertifikats. Der Entwurf wurde mehrmals an alle Fachgesellschaften zur Begutachtung ausgesendet und es langten sehr viele Rückmeldungen mit weiteren Änderungswünschen zum Zahlenkatalog ein. Es wurde offenbar nicht verstanden, dass das Zertifikat nur ein Ausweis für eine Fort-/Weiterbildung ist und keinerlei Einfluss auf die Berufsberechtigung - auch hinsichtlich der Ultraschallverfahren - im Sonderfach hat. Schließlich wurden die Fächer aus dem Zahlenkatalog gänzlich weggelassen und die Richtlinie entsprechend abgeändert. Selbst hierzu müssen noch Widerstände ausgeräumt werden und es wird damit gerechnet, dass die Beschlussfassung im Jahre 2011 endlich erfolgt.

### **Diplom-Fortbildungs-Programm**

Mit dem Diplom-Fortbildungs-Programm ist in Österreich ein international renommiertes Programm zur Dokumentation der individuellen Fortbildung einerseits und der qualitätsgesicherten Angebotsevaluierung andererseits etabliert, das seit 1995 erfolgreich von der Österreichischen Ärztekammer bzw. der akademie der ärzte betreut wird. Nicht zuletzt die kontinuierliche Weiterentwicklung in Zusammenarbeit mit den Wissenschaftlichen Gesellschaften und weiteren Interessensgruppen sorgt für breite Akzeptanz dieses Programms und beweist, dass Qualitätssicherung durch die Österreichische Ärztekammer auch in der Fortbildung absolut wirksam ist. Zuletzt sorgte die Wiederverlautbarung der DFP-Richtlinie in Form einer Verordnung („Verordnung über ärztliche Fortbildung“) für eine weitere Verbesserung der qualitativen Anforderungen an Fortbildungsanbieter, insbesondere hinsichtlich des Umgangs mit Sponsoren, aber auch in anderen Punkten:

- Pro Tag kann zukünftig ein Punktemaximum von 10 DFP-Punkten erreicht werden.
- Fachpunkte richten sich zukünftig nach den Themenbereichen der Studienordnung Medizin. WissenschaftlerInnen dieser Bereiche können für ihre Fortbildungen Fachpunkte erhalten (z.B. Biologie, med. Informatik, Physik,...).
- Sponsoring (§3) wird klar und übersichtlich geregelt:
  - Bei DFP-Angeboten ist Sponsoring grundsätzlich möglich.
  - Jedes Sponsoring ist transparent zu machen.

- Die/Der SponsorIn darf den Inhalt der Fortbildung nicht beeinflussen. Das PatientInnenwohl und die Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit und Entscheidungsfreiheit dürfen nicht gefährdet oder beeinflusst werden.
- Werbung auf Programmen, in Einladungen und sonstigen Unterlagen oder Publikationen sind vom Umfang her dem Informationscharakter der Publikation unterzuordnen. Mindestens anzuführen sind der ärztliche Fortbildungsanbieter, die DFP-Approbation, die ReferentInnen und die Sponsoren.
- Die Inhalte von E-Learning-Fortbildungsmodulen dürfen nicht durch Werbe-Banner, Werbe-Pop ups oder ähnliche elektronische Werbe-Anwendungen unterbrochen werden.
- Social Side Events sind in begrenztem Umfang erlaubt, müssen sich aber unmissverständlich von der Fortbildung abheben.
- Die Offenlegung von Interessenskonflikten ist notwendig, sowohl vom Veranstalter gegenüber der Ärztekammer, als auch von den Vortragenden gegenüber dem Veranstalter und den TeilnehmerInnen.

(weitere Details unter [www.arztakademie.at/dfpverordnung](http://www.arztakademie.at/dfpverordnung) ).

Mit dem Erreichen von 150 Fortbildungspunkten in 3 Jahren können Ärztinnen und Ärzte nachweisen, dass sie Ihre Fortbildungspflicht erfüllen und ein DFP Diplom beantragen. 2007 wurde zudem eine Fortbildungsplattform im Internet gestartet, auf der Anfang 2011 bereits über 14.500 Ärztinnen und Ärzte ihre Fortbildungspunkte in einem Fortbildungskonto verwalten und via E-Learning aktiv Punkte sammeln. Die seit vier Jahren anhaltend steigenden Nutzungsaktivitäten zeigen den Fortbildungswillen der österreichischen Ärztinnen und Ärzte und den Erfolg dieser von der akademie der ärzte und der Ärztekammer ins Leben gerufenen Plattform [www.meindfp.at](http://www.meindfp.at). Grundsätzlich ist festzustellen, dass die Erwartungshaltung externer PartnerInnen und auch der Öffentlichkeit im Zusammenhang mit den „zu erbringenden“ Fortbildungsaktivitäten der Ärztinnen und Ärzte sehr hoch ist. Hingegen wird der notwendige Freiraum dafür sowohl im angestellten als auch niedergelassenen Bereich durch zunehmende Bürokratie immer mehr eingeengt. Positiv entwickelt sich das Vorhaben, gemeinsam mit dem Hauptverband an der Entwicklung von DMP Fortbildungsprogrammen zu arbeiten. Für das DMP Diabetes wurde die Konzeption einer E-Learning-Plattform begonnen, die für die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte eine Verbesserung bei der Beteiligung an diesem Programm bringen soll.

## 7. Qualitätssicherung

### Gesetzliche Evaluierung der Arztordinationen gemäß Qualitätssicherungs-Verordnung 2006

Alle österreichischen Arztordinationen und Gruppenpraxen wurden, wie vom Ärztegesetz 1998 vorgesehen bis 31.12.2008 mindestens einmal dem Evaluierungsverfahren unterzogen. Neueröffnete Ordinationen und Gruppenpraxen bzw Ordinationen, deren Leistungsspektren sich erweitern, werden laufend evaluiert.

#### Kennzahlen der Evaluierungen per 19.11.2010

Derzeit in Evaluierung	1.674 Ordinationen
zertifiziert	17.872 Ordinationen
Disziplinaranzeigen	15 Ärztinnen/Ärzte
<hr/>	
SUMME	18.561 Ordinationen

#### Ärztlicher Qualitätsbericht 2009

Der gesetzliche Auftrag der Qualitätssicherung in den ärztlichen Ordinationen und Gruppenpraxen wurde in der ersten Evaluierungsphase durch die ÖQMed auf Grundlage der Qualitätssicherungs-Verordnung 2006 vollzogen.

Die Auswertung dieser europaweit einzigartigen Evaluierung wurde im ärztlichen Qualitätsbericht 2009, herausgegeben von der ÖQMed im Juni 2009, gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer veröffentlicht ([www.oeqmed.at](http://www.oeqmed.at)).



#### Behindertengerechte Ordinationen

Unter [www.arztbarrierefrei.at](http://www.arztbarrierefrei.at) wurde eine österreichweite Ärztinnen- und Ärztesuchmaschine realisiert, wo sich PatientInnen, aber auch die interessierte Öffentlichkeit über Ordinationen, welche auf besondere Bedürfnisse eingestellt sind, informieren können. Die Suchmaschine wird laufend verbessert und den Bedürfnissen der NutzerInnen angepasst.

Mit Hilfe des Nutzerbeirats, in dem VertreterInnen unterschiedlicher Behindertenverbände mitwirken, wurde 2010 der Erhebungsbogen zur Barrierefreiheit neu überarbeitet, um auf diverse Behinderungen möglichst detailliert eingehen zu können. Dieser aktualisierte Erhebungsbogen erging im November 2010 als Beilage in der Österreichischen Ärztezeitung an alle niedergelassenen Ordinationen in Österreich und findet, wie anhand der retournierten Fragebögen ersichtlich wird, sehr hohen Zuspruch.

#### Projektstand

In die österreichweite Ärztinnen- und Arztsuchmaschine sind bereits 8.023 Ordinationen eingetragen. Davon wurden die Angaben von 680 Ordinationen von einem

Behindertenverband oder einer/einem QS-Beauftragten verifiziert. Diese Ordinationen sind im Barrierefreiheitsregister mit einem  bzw. mit einem  gekennzeichnet.

Die Plattform wird vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz unterstützt.

## **Partnerschaftliches Modell – Qualitätssicherung NEU**

Die Österreichische Ärztekammer setzte in ihrer Vollversammlung am 20. Juni 2008 in Eisenstadt eine Initiative für ein partnerschaftliches Modell – Qualitätssicherung NEU - zur Erarbeitung der Kriterien für die Prozess- und Strukturqualität in Einrichtungen der ambulanten Gesundheitsversorgung als nächsten Schritt für eine umfassendere Qualitätsevaluierung.

Dieses partnerschaftliche Modell wurde auf Ebene der Vertragspartner Österreichische Ärztekammer und Hauptverband der Sozialversicherungsträger besprochen. Hier konnte Konsens erzielt werden, dass jene Standards, die in der nächsten Evaluierungswelle für ärztliche Ordinationen und Gruppenpraxen im Rahmen der Qualitätssicherung evaluiert werden sollen, auch für die Qualitätsarbeit in den Instituten und Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien sowie in den Ambulatorien der sozialen Krankenversicherung bindend sein sollen.

## **Wissenschaftlicher Beirat neu**

So besteht der Wissenschaftliche Beirat nunmehr aus einer Vertreterin der Gesundheit Österreich GmbH, die den Vorsitz führt, und einem weiteren Vertreter der Gesundheit Österreich GmbH, zwei Vertretern des Bundesministers für Gesundheit, einem von der Verbindungsstelle der Bundesländer bestellten Vertreter der Bundesländer, zwei Vertretern des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, einem vom Bundesminister für Gesundheit bestellten Experten, der über Erfahrung auf dem Gebiet der Wahrnehmung von PatientInneninteressen verfügt, einem Vertreter der Bundessektion Ärzte für Allgemeinmedizin, einem Vertreter der Bundessektion Fachärzte, einem Vertreter der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte, einem Vertreter der österreichischen akademie der ärzte, einem Vertreter der Österreichischen Ärztekammer als Gesellschafter der ÖQMed, einem von der Universitätskonferenz bestellten Vertreter der Medizinischen Universitäten, einem Vertreter der Bundesarbeitskammer sowie einem Vertreter der gesetzlichen Interessenvertretung privater Krankenanstalten, die, sofern nicht anderes bestimmt wird, von der betreffenden Einrichtung entsandt werden und über hinreichende Erfahrung auf dem Gebiet der Qualitätssicherung verfügen sollen (vgl. § 118b Abs 2 Ärztegesetz 1998).

2010 konstituierte sich der Wissenschaftliche Beirat unter Vorsitz der GÖG und begann seine Arbeiten für Empfehlungen für die zu evaluierenden Kriterien, für das Verfahren für die Evaluierung und für die Kontrolle der ÖQMed sowie für das von der ÖQMed zu führende Qualitätsregister. Ein wesentlicher Fokus dabei ist der Qualitätsbericht, der nach Abschluss

der Qualitätsevaluierung über den evaluierten ambulanten Sektor für Österreich von der ÖQMed zu erstellen sein wird.

Für die Qualitätssicherungs-Verordnung 2011, für welche die Österreichische Ärztekammer im übertragenen Wirkungsbereich zuständig ist, folgte der Gesetzgeber mit der 14. Ärztegesetznovelle dem Konzept der Österreichischen Ärztekammer:

### **Evaluierung von Ordinationen, Ambulatorien**

Mit dieser Gesetzesnovelle wurde für die Krankenanstalten, die in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien sowie Ambulatorien der sozialen Krankenversicherung die Möglichkeit des opting-out aus der sanitären Aufsicht durch die örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden normiert und stattdessen eine wahlweise Inanspruchnahme der ÖQMed ermöglicht. Hierfür ist ein Vertrag zwischen der jeweiligen Krankenanstalt, die in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien geführt wird, oder eines Ambulatoriums der sozialen Krankenversicherung und der ÖQMed notwendig.

### **Hygiene-VO**

Gänzlich neu erstellt wurde die Verordnung über die hygienischen Anforderungen von Ordinationsstätten und Gruppenpraxen, deren umfangreicher Anhang eine verlässliche Anleitung zur sachgerechten Umsetzung aktueller Anforderungen an Hygiene und Arbeitsorganisation im Ordinationsbetrieb enthält.

## **8. PatientInnensicherheit**

Die Österreichische Ärztekammer setzt und unterstützt nach wie vor Initiativen zur PatientInnensicherheit. Von der Gesundheitspolitik wird in diesem Zusammenhang von allen im Gesundheitswesen Tätigen Unterstützung erwartet, wie dies beispielsweise durch eine klare Regelung der Haftungsminde rung bei nachweislichem aktivem Risikomanagement und durch gesetzlich garantierte Sanktionsfreiheit für die Berichterstattung über Zwischenfälle in Fehlerberichts- und Lernsystem der Fall wäre (zur Sanktionsfreiheit vgl. EU-Ratsempfehlung C 151, S. 3 Z 3 lit. b).

### **Ratsempfehlung der EU**

Die PatientInnensicherheit rückte 2009 ins Zentrum einer Empfehlung des Rates der Europäischen Union (vgl. ABl. C 151 vom 09.06.2009, S. 1). Auch die Kommission nannte schon am 23.10.2007 in ihrem Weißbuch „gemeinsam für die Gesundheit“ für 2008 bis 2013 die PatientInnensicherheit als einen Aktionsbereich innerhalb der EU.

Die Empfehlung des Rates der EU „zur Sicherheit der Patienten“ unter Einschluss der Prävention und Eindämmung von therapieassoziierten Infektionen (2009/C 151/01) vom 9.

Juni 2009 basiert auf den und ergänzt die Arbeiten auf dem Gebiet der PatientInnensicherheit, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durch ihre Weltallianz für PatientInnensicherheit (World Alliance for Patient Safety), vom Europarat und von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung geleistet wurden.

Darin werden die Mitgliedstaaten aufgefordert, umfassende Berichterstattungs- und Lernsysteme einzurichten, aufrecht zu erhalten oder zu verbessern, sodass Umfang und Ursachen von Zwischenfällen im Hinblick auf die Entwicklung effizienter Lösungen und Maßnahmen erfasst werden können.

Die Einführung bzw. der Ausbau von sanktionsfreien Systemen der Berichterstattung über Zwischenfälle und entsprechende Lernsysteme möge unterstützt werden. Diese Systeme sollen Informationen über Umfang, Art und Ursachen von Fehlern, Zwischenfällen und Beinaheunfällen liefern. Durch Schaffung eines offenen, fairen und sanktionsfreien Umfelds für die Berichterstattung sollen die Arbeitskräfte im Gesundheitswesen dazu angeregt werden, aktiv zu berichten.

### **ÖÄK Fehlerberichts- und Lernsystem (CIRSmedical)**

Die Österreichische Ärztekammer hat am 01. April 2009 die Einrichtung eines anonymen und offenen Fehlerberichts- und Lernsystems für alle im österreichischen Gesundheitswesen Tätigen beschlossen. Mit dem operativen Betrieb dieses CIRSmedical.at wurde die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed) beauftragt. In den Jahren 2009 und 2010 wurde die Einrichtung und der Betrieb von CIRSmedical.at ausschließlich durch Beiträge der österreichischen Ärztinnen und Ärzte finanziert.

Die Österreichische Ärztekammer hat damit als gesetzlicher Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte eine aktive Rolle bei der Gewährleistung der PatientInnensicherheit übernommen (vgl zur Rolle der Berufsverbände EU-Ratsempfehlung C 151, S. 3 Z 2 lit. e). Diese Initiative wurde vom Bundesministerium für Gesundheit insofern unterstützt und mitgetragen, als das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) beauftragt wurde, nach einer einjährigen Pilotphase eine Evaluierung von CIRSmedical.at durchzuführen.

### **CIRSmedical.at – online**

Am 06. November 2009 wurde CIRSmedical.at nach einer gemeinsamen Pressekonferenz der ÖÄK, vertreten durch Präsident MR Dr. Walter Dorner, des Bundesministers für Gesundheit, Alois Stöger diplomè, des österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes, vertreten durch Präsidentin Ursula Frohner sowie der ARGE Patientenanwälte, vertreten durch Dr. Erwin Kalbhenn im Internet unter [www.cirsmedical.at](http://www.cirsmedical.at) freigeschaltet.

Im Rahmen einer ExpertInnengruppe, der auch VertreterInnen der ÖÄK und ÖQMed angehörten, wurde 2010 durch das BIQG ein Leitfaden zur Implementierung von Reporting &

Learning Systemen erarbeitet, der als Download auf der Homepage des BIQG [www.goeg.at](http://www.goeg.at) veröffentlicht ist.

Ein Vergleich mit den Berichten ähnlicher überregionaler Fehlerberichts- und Lernsysteme zeigt, dass CIRSmedical.at eine hohe Akzeptanz der im österreichischen Gesundheitswesen Tätigen erreicht hat.

### **Meldegruppen in CIRSmedical.at**

Die Förderung der Sicherheitskultur, welche Motiv der Initiative der Österreichischen Ärztekammer war, scheint auch anhand der steigenden Zahl an Meldegruppen im Rahmen von CIRSmedical.at zu gelingen. Diese Meldegruppen wurden teilweise als geschlossene, dezentrale Fehlerberichts- und Lernsysteme in einzelnen Krankenanstalten, teilweise aber auch als offene Systeme, wie jenes für die österreichischen Rettungsdienste, eingerichtet. Auch einzelne Berufsgruppen, wie jene der RadiologInnen richten bereits Meldegruppen im Rahmen von CIRSmedical.at ein.

### **Details zu CIRSmedical.at**

Der organisationsübergreifende Wissensaustausch für Beschäftigte des Gesundheitswesens auf der Lernplattform [www.cirsmedical.at](http://www.cirsmedical.at) dient vor allem dazu, die PatientInnensicherheit nicht nur zu gewährleisten, sondern auch weiter zu erhöhen.

[www.cirsmedical.at](http://www.cirsmedical.at) ist somit eines von vielen Instrumenten des Risikomanagements und ersetzt nicht eine umfassende Qualitäts- und Risikostrategie, wie sie für Gesundheitseinrichtungen gefordert wird.

Im Idealfall haben Einrichtungen bereits bestehende Systeme, welche durch Vertrauenspersonen, die Berichte mit überregionaler Bedeutung an das österreichweite CIRSmedical.at übermitteln, integriert werden.

Es steht jeder/jedem MitarbeiterIn des Gesundheitswesens offen, an CIRSmedical.at teilzunehmen und aus den Erfahrungen anderer zu lernen. Es geht nicht darum, eine/einen Schuldige/n zu finden, sondern zu sehen, dass es Menschen gibt, welchen ähnliches passiert ist und möglichst viel Verbesserungspotenzial aus kritischen Ereignissen zu gewinnen.

### **Der Prozess**

Es können Fehler, Beinahefehler, unerwünschte Ereignisse und risikogeneigte Situationen aus eigener Wahrnehmung gemeldet werden. Eingehende Berichte werden technisch und gegebenenfalls redaktionell von einer in dieser Tätigkeit weisungsfreien Mitarbeiterin der ÖQMed anonymisiert und gemäß einem von der strukturgebenden Gruppe - in welcher beispielsweise die ÖÄK, das BIQG und der ÖGKV vertreten waren - erstellten Regelwerk inhaltlich überprüft. Bei Notwendigkeit werden ExpertInnenstellungen aus dem jeweiligen Bereich eingeholt, welche nach Freigabe des BIQG veröffentlicht werden.



Veröffentlichte Berichte können durch Dritte kommentiert werden. Die banalsten Dinge können oft große Probleme verursachen, daher ist fast jeder Bericht wertvoll.

### **Aktuelle Zahlen**

Seit Herbst 2009 sind mit Stand 04.02.2011 159 Berichte eingegangen. Davon wurden 114 Fälle veröffentlicht und 29 Meldungen gelöscht. Die anderen Berichte befinden sich derzeit in Bearbeitung. Bisher wurden 59 LeserInnenkommentare zu veröffentlichten Berichten abgegeben und freigeschaltet. Zudem konnte die Homepage 34.447 Aufrufe verzeichnen.

### **Ständige Optimierung**

Durch die internationale Nutzung der Software kann das österreichische System an regelmäßigen Weiterentwicklungen des Systems, das ident auch im Rahmen des deutschen CIRSmde.de in Verwendung steht, teilnehmen. Im Sommer 2010 wurde ein neues Layout entwickelt, in welchem viele Verbesserungsvorschläge von ExpertInnen und BerichterstellerInnen berücksichtigt wurden. So wurden beispielsweise die Suchoptionen optimiert und eine Titelvergabe zu den Berichten ermöglicht. BerichterstellerInnen können nun durch die Eingabe der Fallnummer (die Nummer wird nach der Eingabe eines Berichts eingeblendet) den Prozessstatus des Berichts abfragen.

### **Evaluierung**

Mit der Evaluierung des bundesweiten Systems wurde das BIQG beauftragt. Das Projekt wird von der Österreichischen Ärztekammer und vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt.

### **„Surgical Safety Checklist“ der WHO**

Die WHO empfiehlt in ihrer seit Jänner 2007 laufenden Kampagne „Safe surgery saves lives“ die Anwendung von „Surgical Safety Checklists“. Die Ergebnisse einer Evaluierung zeigen, dass die korrekte Anwendung von OP-Sicherheits-Checklisten die PatientInnensicherheit signifikant erhöht. So konnte eine Verminderung von mehr als 30 % bei Seitenverwechslungen, chirurgischen Infektionen, perioperativen Komplikationen und Todesfällen erreicht werden. Die Ergebnisse einer diesbezüglichen Studie wurden im Jänner 2009 publiziert, vgl Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population, N Engl J Med 2009; 360:491-9.

### **OP-Sicherheits-Checkliste-Austria**

Die Österreichische Ärztekammer unterstützte 2009 die Plattform Patientensicherheit bei der Erarbeitung einer Sicherheitscheckliste, modifiziert nach der WHO, der OP-Sicherheits-Checkliste-Austria. Die WHO Checkliste (vgl WHO Surgical Safety Checklist, URL:

<http://www.who.int/patientsafety/safetysurgery/en>) wurde dazu von einem interdisziplinären ExpertInnenboard übersetzt und den österreichischen Gegebenheiten angepasst. Dazu wurde ein Katalog zur Beantwortung häufig gestellter Fragen zur Implementierung von OP-Sicherheits-Checklisten verfasst.

### **Veröffentlichung mit Empfehlung zur Implementierung**

Am 09. Dezember 2009 stellte die Österreichische Ärztekammer gemeinsam mit der Plattform Patientensicherheit die OP-Sicherheits-Checkliste-Austria im Rahmen einer Pressekonferenz vor. Die OP-Sicherheits-Checkliste-Austria wurde auf der Homepage der ÖÄK ([www.aerztekammer.at](http://www.aerztekammer.at)) und der Plattform Patientensicherheit ([www.plattform-patientensicherheit.at](http://www.plattform-patientensicherheit.at)) veröffentlicht. Die vorgegebene Checkliste inklusive des Briefingverfahrens soll an die jeweiligen lokalen Rahmenbedingungen adaptiert und bei Bedarf erweitert werden. Wesentliche Voraussetzung für das erfolgreiche Arbeiten mit Checklisten im Team sind allerdings Schulung und Training im Team.

### **Kommunikation und PatientInnensicherheit**

Fehler in der Kommunikation gehören zu den häufigsten Ursachen für sicherheitsrelevante Ereignisse im Zuge der Krankenbehandlung.

### **When Things go wrong – Harvard-Konsenspapier**

Bereits im Jahr 2006 wurde auf Grund einer Arbeit von Lucian Leape das sogenannte Konsens-Dokument der Harvard Spitäler veröffentlicht.

Das Konsensdokument der Harvard-Spitäler steht zum freien Download unter <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Literature/WhenThingsGoWrongRespondingtoAdverseEvents.htm> zur Verfügung. Es handelt sich um Empfehlungen für die Kommunikation und das Handeln nach vermeidbaren oder nicht vermeidbaren unerwünschten Ereignissen in der Krankenbehandlung.

### **Broschüre „Wenn etwas schief geht – Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall“**

Die Österreichische Ärztekammer hat daher die Plattform Patientensicherheit im Jahr 2009 unterstützt, um die Freigabe der deutschen Version der Stiftung für Patientensicherheit für Österreich zu erlangen. Die Broschüre „Wenn etwas schief geht – Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall“ folgt zwei leitenden Prinzipien: die medizinische Betreuung muss erstens sicher sein, und sie muss zweitens patientInnenorientiert sein. Sie gibt konkrete Empfehlungen für das Risikomanagement wie auch für betroffene Tätige im Gesundheitswesen, um PatientInnen und ihre Familien sowie Betreuungspersonen nach

Zwischenfällen zu unterstützen. Dabei werden auch ganz konkrete Vorschläge für die Kommunikation und deren Training angeboten.

Die Broschüre kann direkt bei der Österreichischen Plattform Patientensicherheit bezogen werden. Sie steht auch als Download auf der Homepage der Österreichischen Ärztekammer ([www.aerztekammer.at](http://www.aerztekammer.at)) zur Verfügung.

## **PatientInnenbefragungen**

Die PatientInnenbefragung ist ein Instrument der PatientInnenorientierung und somit des Qualitätsmanagements. Die ÖQMed bietet ein standardisiertes Verfahren für Ärztinnen- und Arztpraxen an, das der/dem ordinationsführenden Ärztin/Arzt Verbesserungspotentiale aus der Sicht ihrer/seiner PatientInnen aufzeigt. Gleichzeitig erhält sie/er einen Vergleich ihrer/seiner Ordinationssituation mit ihren/seinen MitbewerberInnen (Benchmarking).

Bis einschließlich 2010 haben 309 Ärztinnen und Ärzte die strukturierte PatientInnenbefragung für ihre Praxis in Anspruch genommen.

## **Einschlägige Aus- und Weiterbildungen Stand 4.2.2011**

### **Interdisziplinäre Riskmanagerausbildung für das Krankenhaus (sechstägig)**

Inhalte:

- Grundlagen des Riskmanagements
  - Riskmanagement in Einrichtungen des Gesundheitswesens (inkl. einschlägiger Normen und Rechtsgrundlagen)
  - Fehleranalyse
  - WHO-OP Sicherheitscheckliste
  - Prozess- und fallorientierte Vorgehensweisen und Handlungsstrategien
  - Fehlermanagement in Einrichtungen des Gesundheitswesens
  - Kommunikation des Riskmanagers
  - Versicherung und Risiko im Krankenhaus und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens
- ⇒ 152 AbsolventInnen

### **Fortbildungen am Sektor Risikomanagement und Qualitätsmanagement**

- ⇒ 36 AbsolventInnen

## **Interdisziplinäre Kommunikationstrainings (ein- und zweitägig)**

⇒ 46 AbsolventInnen

## **Health technology assessment – HTA-Methodenhandbuch**

Im Herbst 2010 wurde die Österreichische Ärztekammer im Rahmen eines öffentlichen Begutachtungsverfahrens zur Abgabe einer Stellungnahme zu einem Entwurf für ein HTA-Methodenhandbuch eingeladen.

Dieser Entwurf wurde von der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit erstellt. Ziel war es, einen Standard für die in den letzten Jahren seitens der Gesundheitspolitik, aber wohl auch der sozialen Krankenversicherung häufig eingesetzten Produkte von HTA, insbesondere HTA-Berichte und Quick Assessments, zu etablieren. Immerhin gewinnt die systematische Analyse und Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien auf der Grundlage von HTA in den vergangenen Jahren für versorgungs- und gesundheitspolitische Entscheidungen zunehmend an Bedeutung (so die Begründung der Auftragsvergabe gemäß Entwurf HTA-Handbuch, Version 1.2010, S. 11).

Für die Österreichische Ärztekammer erhebt sich in Bezug auf HTA die ganz grundsätzliche Frage, welche Wertigkeit politische Entscheidungsträger, insbesondere in der Gesundheitspolitik, der Sozialversicherung, von Gesundheitseinrichtungen oder auch der Angehörigen der Gesundheitsberufe selbst, Health Technologie Assessments einräumen.

Für die Ärzteschaft ist Konsens über folgendes Verständnis von den Erkenntnissen aus HTAs unentbehrlich:

⇒ Die Bewertung der gewonnenen Erkenntnisse aus HTA sind Entscheidungshilfen, sie stellen aber niemals die eigentliche Entscheidung selbst dar.

## **Maßstab Methode wissenschaftlicher Studien**

Zur Bewertung der empfohlenen Methode zur Erstellung von HTAs ist unseres Erachtens derselbe Maßstab anzuwenden, der für wissenschaftliche Studien gilt.

## **Qualifikation der in HTA beigezogenen Personen**

Der Begutachtungsentwurf Methodenhandbuch HTA war sehr theorielastig: Der Bezug zur Praxis ist jedoch nach Ansicht der ÖÄK in jedem HTA unbedingt herzustellen. Zur Beurteilung der Relevanz von HTA für die medizinische Praxis müssen ärztliche ExpertInnen unbedingt miteinbezogen werden. Nur sie können bspw. jene Behandlungsmethoden einbringen, die aufgrund der Themenstellung eines spezifischen HTAs ausgeschlossen werden. Nur sie können aufzeigen, wie die Versorgungsstrukturen und Abläufe vor Ort sind.

Aus diesem Grund fordert die Österreichische Ärztekammer, dass mindestens die Hälfte der ExpertInnen, die an einem HTA arbeiten, aus der Praxis kommen müssen und über die Expertise im Fachgebiet der zu untersuchenden Methoden („Repräsentanten der Anwender) verfügen müssen. Es ist offenzulegen, welche Funktion die namentlich zu nennenden ExpertInnen in Verfahren des konkreten HTAs hatten (zB wurde beigezogen, Stellungnahme erstellt, begleitet ...).

Wir betonen, dass im Sinne von Peerreview nur ExpertInnen aus der Praxis den Realitätsbezug zu typischen Fallszenarien bestätigen oder verneinen können. Daher werden sie folgende Kriterien besonders berücksichtigen:

- Praxisbezug
- Alternativen zum Gegenstand des konkreten HTAs (alternative Therapien, ... etc.)
- Zukunftstrends – zeitliche Perspektive für die Gültigkeit der Erkenntnisse aus einem HTA
- Stichtag hinsichtlich einbezogener Daten
- Verfügbarkeit von Ressourcen
- Regionale Besonderheiten

Für soziale Auswirkungen ist bei in der Regel fehlender Evidenz die bestmögliche Evidenz der ExpertInnen aus deren Praxis zu berücksichtigen. Zu dieser Forderung nach Praxisbezug zitieren wir Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS, BMJ 1996; 312 (7032): 71 – 72: Analyses have to reflect real life – no cyber space. Wir schließen uns in diesem Rahmen auch seiner Ablehnung an: „No solely RCT or Meta Analysis based treatment“.

### **Externe praktische Expertise zur abschließenden Beurteilung**

Zum Review des HTA-Berichts sollen mindestens zwei externe BegutachterInnen, die medizinische Sachkenntnis im HTA-Thema sowie in der Methode eines Assessments haben, beauftragt werden. Der Review-Bericht der externen BegutachterInnen muss Teil des HTA-Berichts sein.

### **Review-Bericht durch ÖQMed**

Die Österreichische Ärztekammer fordert, dass für HTA-Berichte, die medizinische Inhalte haben, vor der Veröffentlichung zwingend eine Weiterleitung an die ÖQMed zu erfolgen hat, die zusätzlich zu den externen BegutachterInnen eine Reviewbericht erstellt, der ebenfalls mit dem HTA-Bericht zu veröffentlichen ist.

## Transparenz

Mit jedem HTA-Bericht ist zu veröffentlichen, nach welchen Kriterien Literatur etc. einbezogen bzw. ausgeschlossen wurde und welche Literatur (genaues Zitat) aus welchem Grund ausgeschlossen wurde. Die veröffentlichten Berichte müssen an den betroffenen Adressatenkreis weitergeleitet werden.

## 9. ELGA- Elektronische Gesundheitsakte

Seit mehreren Jahren wird von der nunmehrigen ELGA-GmbH (die im Eigentum von Bund, Ländern und Sozialversicherung steht, vormals ARGE-ELGA) an einem Projekt gearbeitet, an dessen Ende die elektronische Gesundheitsakte stehen soll. Bislang wurde noch nirgends in Europa ein vergleichbares flächendeckendes System umgesetzt, aber in vielen Ländern denkt man über die Einführung eines solchen Informationssystems nach.

### Was ist ELGA?

Zunächst soll ELGA dem Informationsaustausch zwischen Spitalsärztinnen und -ärzten und Ärztinnen/Ärzten im niedergelassenen Bereich in beide Richtungen dienen, indem ein elektronischer Zugang zu Entlassungsinformationen, Labor- oder Röntgenbefunden eröffnet werden soll. In einer weiteren Entwicklungsstufe könnten sodann weitergehende Informationen über ELGA ausgetauscht bzw. abgefragt werden (Befunde niedergelassener Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und niedergelassener Fachärztinnen und Fachärzte).

Auch an die Errichtung eines Web-Portals ist gedacht, das der Ärztin und dem Arzt ermöglicht, im Behandlungsfall Gesundheitsdaten abzurufen. Zusätzlich wird mit einem solchen Web-Portal auch die Möglichkeit geschaffen, dass die PatientInnen Zugang zu Gesundheitsinformationen haben. Jede Patientin und jeder Patient mit einer Bürgerkarte hätte außerdem das Recht und die Möglichkeit, ihre/seine in der E- Datenbank abgestellten Befunde selektiv zu verbergen.

Als dritte Dimension steht eine „E-Medikationsdatenbank“ zur Debatte. Eine solche Übersicht würde es Ärztinnen und Ärzten ermöglichen, sich über die gesamte Medikation ihrer PatientInnen besser als bisher informieren zu können und so Wechselwirkungen von Medikamenten, die unter Umständen auch die Gesundheit des/der Betroffenen gefährden können, im Vorhinein abzuklären.

Unabhängig von all den Möglichkeiten des ELGA-Systems ist jedenfalls darauf Bedacht zu nehmen, dass nicht unnötig viele Daten gespeichert werden, der Aufwand verhältnismäßig und nützlich ist und vor dem Hintergrund bestehenden Datenaustausches kein Zwang zu unnötigen Investitionen bestehen wird.

## Probleme

Die Schwierigkeiten bei der Entwicklung und Implementierung von ELGA liegen vor allem darin, dass man mehreren sehr unterschiedlichen Zielsetzungen gerecht werden soll und muss.

Einerseits soll ELGA möglichst viele Informationen enthalten und für die Berechtigten gut zugänglich sein, um auch tatsächlich für die ärztliche Behandlung einen Nutzen zu ziehen. Demgegenüber stehen das besondere Vertrauensverhältnis, das eine Arzt/Patienten-Beziehung mit sich bringt, sowie die Rechte der PatientInnen auf Verschwiegenheit der Ärztin und des Arztes und der Datenschutz.

Zum Schutz der Patientenrechte soll jedem Patienten/jeder Patientin die Möglichkeit gegeben werden, zu bestimmen, welche Befunde elektronisch abrufbar sind und welche nicht. Diese Option dient zwar der Selbstbestimmung der PatientInnen, schadet aber dem intendierten Informationsaustausch und damit dem Nutzen von ELGA, vor allem dann, wenn für ÄrztInnen, die Informationen aus ELGA abrufen, nicht ersichtlich ist, ob irgendwelche Befunde ausgeblendet wurden oder nicht. Die/der NutzerIn weiß also nicht, ob es sich um eine vollständige Gesundheitsakte handelt. Vom BMG wird eine gesetzliche Verpflichtung zum Eintritt in das ELGA- System mit der Möglichkeit eines nachträglichen „Opt-Out“ - generell oder partiell - gefordert.

Der Eintritt in das ELGA- System sollte nicht nur auf PatientInnen- sondern auch auf ÄrztInnenseite freiwillig erfolgen. PatientInnen und ÄrztInnen/Ärzte sollten die Möglichkeit haben, selbst zu entscheiden, ob ihre Gesundheitsdaten oder Dokumentationen elektronisch erfasst werden bzw. ob sie in ihrer Ordination von einem solchen System Gebrauch machen möchten.

Das Vertrauen in die ärztliche Verschwiegenheit muss ohne Einschränkung erhalten bleiben. Gleichzeitig müssen die Patientinnen und Patienten auch die Sicherheit haben, dass ihre Daten nicht in falsche Hände geraten.

Die Frage, ob die Gesundheitsdaten zentral oder dezentral gespeichert werden sollen, muss einer Lösung zugeführt werden, wobei im Sinne des Datenschutzes einer dezentralen Speicherung beim Datenersteller/ Leistungserbringer, also bei den ÄrztInnen oder einem von ihnen beauftragten Dienstleister, der Vorzug zu geben ist.

In diesem Zusammenhang ist auch zu fordern, dass nur ein bestimmter Personenkreis Zugriff auf die gespeicherten Gesundheitsdaten hat. Das Abrufen der Daten sollte ausschließlich ÄrztInnen und nur im Zuge einer aktuellen medizinischen Behandlung ermöglicht werden.

## Kosten/Nutzen

Zusätzlich zur Frage, wie man alle Anforderungen an ein elektronisches „Gesundheitsinformationssystem“ bestmöglich miteinander vereinbart, erhebt sich die Frage der Kosten und des Nutzens eines solchen Systems bzw. die Frage, wer die Kosten dafür zu tragen hat, zumal Nutzbarkeit und Umfang durch die notwendige Bedachtnahme auf PatientInnenrechte und Datenschutz eingeschränkt sind.



Die Etablierung von ELGA darf nicht mit zusätzlichen finanziellen Belastungen für ÄrztInnen verbunden sein. Aber auch die Finanzierung aus Mitteln, die eigentlich für kurative Leistungen für PatientInnen vorgesehen sind, erscheint aus Sicht der Österreichischen Ärztekammer als untragbar. ELGA muss als öffentliches Infrastrukturprojekt auch öffentlich finanziert werden.

Im Sinne der Effizienz sollte man bereits vorhandene (und auch erprobte) Datenübertragungssysteme nutzen und weiterentwickeln, anstatt neue Systeme zu installieren, die sich technisch noch nicht bewährt haben und die neuerlich Zeitaufwand und Kosten verursachen.

Viele dieser Punkte sind nach wie vor ungeklärt. Auch eine vom BMG vorgelegte „Kosten-Nutzen-Analyse“ legte weder die exakten zu erwartenden Kosten dar, noch zeigte sie den entsprechenden Nutzen auf. Daher, sowie aufgrund fehlender Rechtsgrundlagen ist eine objektive Beurteilung von ELGA zurzeit auch noch nicht möglich.

Weitere offene Punkte sind die Verantwortlichkeit und Haftung der Ärztinnen und Ärzte und anderer GesundheitsdienstleistungsanbieterInnen.

Standpunkt der Österreichischen Ärztekammer ist, dass sämtliche offenen ELGA-Fragen zunächst einmal von der Politik umfassend beantwortet werden müssen, um in weiterer Folge eine wirkliche Beurteilung des Projektes ELGA überhaupt einmal zu ermöglichen.

## **10. Entwicklungen im Arzneimittelbereich**

### **Neuverblisterungsbetriebsordnung**

Seit Juli 2009 sieht das Arzneimittelgesetz die Möglichkeit der Neuverblisterung von Arzneimitteln „auf Grund besonderer Anordnung durch die Ärztin oder den Arzt oder im Auftrag der Patientin und des Patienten“ vor.

Ende Oktober 2010 sandte das BMG einen Entwurf für eine Neuverblisterungsbetriebsordnung und eine Änderung der Apothekenbetriebsordnung 2005 zur Begutachtung aus. Mit BGBl. II Nr. 474/2010 vom 27. Dezember 2010 wurde die Verordnung kundgemacht. Sie regelt die Neuverblisterung, also die Verblisterung einzelner Arzneimitteldosen für individuelle PatientInnen, nach hohen Qualitätsstandards, die sich an der Guten Herstellungspraxis (Good Manufacturing Practice, GMP) orientieren. Die Neuverblisterung von Arzneimitteln kann durch öffentliche Apotheken, Anstaltsapotheken oder Betriebe mit entsprechender Herstellungsbewilligung gemäß § 63 Abs. 1 Arzneimittelgesetz vorgenommen werden. Ärztliche Hausapotheken können nur eine öffentliche Apotheke mit der Neuverblisterung von Arzneimitteln beauftragen, wobei die Österreichische Ärztekammer davon ausgeht, dass ein Sub-Auftrag der öffentlichen Apotheke an einen Betrieb mit entsprechender Herstellungsbewilligung gemäß § 63 Abs. 1 Arzneimittelgesetz zulässig ist.

Der neue § 10a der Apothekenbetriebsordnung sieht vor, dass immobile BewohnerInnen eines Alten- oder Pflegeheimes mindestens einmal in der Woche in den Räumen des Alten- oder Pflegeheimes durch eine/einen ApothekerIn der versorgenden Apotheke zu beraten sind. Erfolgt die Arzneimittelversorgung der HeimbewohnerInnen durch die Hausapotheke der/des behandelnden Ärztin/Arztes, obliegt diese Aufgabe der/dem Ärztin/Arzt.

- ⇒ Die Österreichische Ärztekammer begrüßt die Tatsache, dass in der Verordnung ein hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandard an die Neuverblisterung von Arzneispezialitäten angelegt wird. Allerdings muss in der Umsetzung sichergestellt werden, dass die ärztliche Therapiefreiheit bei der Verschreibung von Arzneimitteln ungeachtet einer möglichen Neuverblisterung der Arzneimittel gewährleistet bleibt und kein Austausch des von der Ärztin oder vom Arzt verschriebenen Arzneimittels durch die öffentliche Apotheke (aut idem Substitution) erfolgt. Die durch die Neuregelung angestrebte Verbesserung der Arzneimittelsicherheit kann überdies nur erreicht werden, wenn sich die Neuverblisterung auf jene Fälle beschränkt, in denen diese Vorgangsweise möglich und sinnvoll ist.

Neben verschiedenen Verbesserungsvorschlägen zum Verordnungstext hat die ÖÄK im Begutachtungsverfahren die Frage aufgeworfen, wer die Kosten für die Neuverblisterung von Arzneimitteln übernimmt. Die Österreichische Ärztekammer lehnt es entschieden ab, diese Kosten der/dem Patientin/Patienten zu überantworten. Aus Sicht der ÖÄK ist die Neuverblisterung von Arzneispezialitäten für BewohnerInnen von Alten- und Pflegeheimen von den Betreibern dieser Einrichtungen zu finanzieren, da sie i.d.R. im Rahmen ihres Vertrags mit den PatientInnen zur Verabreichung von Arzneimitteln an letztere verpflichtet sind und die Vorteile einer Verminderung des Personalaufwands durch die Neuverblisterung lukrieren.

## **Verordnung über die Meldepflicht von Nicht-interventionellen Studien**

Die neue Verordnung über die Meldepflicht für Nicht-interventionelle Studien (vormals Anwendungsbeobachtungen) gilt für alle Nicht-interventionellen Studien, die ab 1. September 2010 begonnen werden.

Nicht-interventionelle Studien sind demnach entsprechend dem Stand der Wissenschaften zu planen und durchzuführen, die PatientInnen sind über ihre Teilnahme an einer Nicht-interventionellen Studie aufzuklären. Jede Nicht-interventionelle Studie ist vor ihrer Durchführung von der/dem Verantwortlichen elektronisch dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) zu melden. Diese Meldung hat unter anderem Name und Anschrift der voraussichtlich teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Muster der mit ihnen abzuschließenden Verträge einschließlich der vorgesehenen Entschädigungen (Honorare) zu enthalten.

Wenn die von der Studie erfassten Arzneispezialitäten im Erstattungskodex angeführt sind, hat das BASG dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger auf

begründetes Verlangen Name und Anschrift der voraussichtlich teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Krankenanstalten und Apotheken zugänglich zu machen.

Nach Beendigung der Nicht-interventionellen Studie sind dem BASG ein Abschlussbericht sowie eine Kurzfassung des Abschlussberichts vorzulegen. Diese hat unter anderem Name und Anschrift der Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und -ärzte, Krankenanstalten und Apotheken, die an der Nicht-interventionellen Studie teilgenommen haben, sowie eine Beschreibung des Ergebnisses zu enthalten. Das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen hat ein elektronisches Register über alle gemeldeten Nicht-interventionellen Studien zu führen. Im Rahmen dieses Registers ist die Kurzfassung des Abschlussberichts über das Internet der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

### **Ethische Verhaltensregelungen zur Arzneimittelanwendung durch die Ärztin und den Arzt**

Am 18. Dezember 2009 beschloss der 120. Österreichische Ärztekammertag Änderungen am Ärztlichen Verhaltenskodex, die unter anderem die unmittelbare Anwendung von Arzneimitteln im Zuge der ärztlichen Behandlung regeln.

Das Thema war aktuell geworden, nachdem der Oberste Gerichtshof im Jahr 2008 judiziert hatte, dass die unmittelbare Anwendung von Arzneimitteln durch die/den Ärztin/Arzt an der Patientin/dem Patienten keine Arzneimittelabgabe im Sinne des Arzneimittelgesetzes darstellt. Die Anwendung von Arzneimitteln ist jeder Ärztin und jedem Arzt im Rahmen ihres/seines Leistungsspektrums erlaubt, die Abgabe von Arzneimitteln hingegen nur ärztlichen Hausapotheken und öffentlichen Apotheken.

Gemäß Artikel 6, erster Absatz des geänderten Verhaltenskodex liegt die Anwendung eines Arzneimittels im Zuge der ärztlichen Behandlung dann vor, wenn das Arzneimittel während der Behandlung von der/dem Ärztin/Arzt unmittelbar an der/dem Patientin/Patienten angewendet bzw. der/dem Patientin/Patienten verabreicht wird. Oft handelt es sich dabei um Injektabilia wie Impfungen oder Infusionen, es kann aber ebenso vorkommen, dass die/der Ärztin/Arzt der/dem Patientin/Patienten im Zuge einer Behandlung ein oral, äußerlich oder auf andere Art zu applizierendes Arzneimittel verabreicht. Eine unmittelbare Arzneimittelanwendung liegt auch vor, wenn die Ärztin oder der Arzt der/dem Patientin/Patienten im Rahmen eines Hausbesuches Arzneimittel verabreicht.

### **Maßnahmen gegen Doping**

Die Österreichische Ärztekammer erachtet Doping durch Ärztinnen und Ärzte als einen der schwerwiegendsten Verstöße gegen den Hippokratischen Eid und geht in aller Entschiedenheit gegen derartige Praktiken vor.

Als weitere Maßnahme zur Verhinderung von Doping wurde im Ärztlichen Verhaltenskodex ausdrücklich festgehalten, dass die Anwendung oder Verschreibung nach dem Anti-Doping-Bundesgesetz 2007 verbotener Wirkstoffe und/oder verbotener Methoden zum Zwecke des Dopings im Sport keine Behandlung zum Wohl der Patientin oder des Patienten darstellt und als Disziplinarvergehen zu ahnden ist.

Weiters wurde im Verhaltenskodex festgeschrieben, dass Arzneimittel zur Steigerung der Leistungsfähigkeit nur in Zusammenhang mit einer ärztlichen Behandlung verschrieben oder angewendet werden dürfen. Laut Medienberichten werden zunehmend schon Kindern zur Erzielung besserer Schulleistungen aufputschende Mittel verabreicht. Die Österreichische Ärztekammer will dazu beitragen, dieser besorgniserregenden Entwicklung entgegenzutreten und die ärztliche Verantwortung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu betonen.

### **Quick Assessments zur Beurteilung von Arzneimitteln**

Die Gesundheit Österreich GmbH (Geschäftsbereich BIQG) hat im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen von sogenannten Quick Assessments, also verkürzter HTA-Berichte, die Wirkungsweise von Arzneimitteln beurteilt. Die Quick Assessments betrafen einerseits die Wirksamkeit und Sicherheit von SSRI Präparaten, andererseits die Interaktionen von Antidementiva mit anderen Medikamenten und die Zahl der Krankenhauseinweisungen aufgrund dieser Interaktionen.

- ⇒ Die Österreichische Ärztekammer hat deutlich zum Ausdruck gebracht, dass ein verkürztes Verfahren wie ein Quick Assessment kein taugliches Mittel zur Beurteilung von Arzneimitteln ist. Arzneimittel sind Gegenstand intensiver Forschung und wissenschaftlicher Studien, die ein hoch komplexes Geflecht an medizinisch-therapeutischen Zusammenhängen erfassen. Unseres Erachtens kann eine seriöse Beurteilung der Wirkungen, Neben- und Wechselwirkungen eines Arzneimittels nur auf wissenschaftlicher Ebene durch einschlägige FachexpertInnen und nicht mit rein technisch-administrativen Methoden vorgenommen werden.

### **Vorschlagspaket der ÖÄK und des Hauptverbandes zu Einsparungen im Heilmittelbereich**

Im Juni 2009 haben die Österreichische Ärztekammer und der Hauptverband der Sozialversicherungsträger gemeinsame Vorschläge zu Einsparungen im Heilmittelbereich veröffentlicht. Das Paket umfasst ein breites Spektrum an Maßnahmen auf mehreren Ebenen:

Auf Ebene der Verordner im niedergelassenen Bereich sollen unter anderem der Einsatz der jeweils kostengünstigsten Arzneispezialität, insbesondere bei Neueinstellungen, forciert, der Arzneidialog zwischen Landesärztekammern und Krankenversicherungsträgern intensiviert und positive Anreizsysteme geschaffen werden. Auf Ebene der PatientInnen wird eine

niedrigere Rezeptgebühr für kostengünstigere wirkstoffgleiche Arzneyspezialitäten vorgeschlagen. Auf Ebene der pharmazeutischen Industrie soll die Transparenz von Marketingmaßnahmen erhöht und die Möglichkeit für Werbung eingeschränkt werden. Darüber hinaus beinhaltet das Paket die Forderung nach einer eindeutigen Nomenklatur für wirkstoffgleiche Arzneyspezialitäten, die den internationalen Namen des Wirkstoffes beinhaltet, eine Optimierung der Regelungen über Packungsgrößen und weitere Maßnahmen.

In vielen Bundesländern kam es in Umsetzung dieser Vereinbarung zu Initiativen zwischen Ärztekammern und Sozialversicherungsträgern, die auf eine Senkung der Arzneimittelausgaben abzielen. In manchen dieser Länder, wie etwa in Vorarlberg, sind diese Vereinbarungen mittlerweile Bestandteil des jeweiligen Gesamtvertrags. Nicht zuletzt dank dieser Projekte kam es nach Angaben des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger im Jahr 2010 mit 1,3% zu einem deutlich geringeren Anstieg der Heilmittelausgaben als in den Vorjahren.

### **Salzburger Medikamentenvereinbarung**

Die Ökonomievereinbarung der Ärztekammer für Salzburg mit der Salzburger Gebietskrankenkasse trat am 1.1.2010 als Pilotprojekt in Kraft. Sie verpflichtet alle Vertragsärztinnen und -ärzte, aus bestimmten Wirkstoffgruppen bei therapeutischer Gleichwertigkeit das zum Verschreibungszeitpunkt kostengünstigste wirkstoffgleiche oder (bei manchen Indikationen) wirkstoffähnliche Medikament zu verschreiben. Diese Verpflichtung bezieht sich auf Erstverschreibungen.

Der Krankenhausbereich wird insofern eingebunden, als es gemeinsame Arbeitskreise von Krankenhausärztinnen und -ärzten mit niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen gibt, in denen Fragen der ökonomischen Verschreibung bei der Entlassung von PatientInnen besprochen werden.

Im Jahr 2010 wurde durch die Vereinbarung eine Einsparung bei den Arzneimittelkosten in Höhe von rund 2,5 Millionen Euro erzielt. Darüber hinaus war ein sprunghafter Anstieg des Anteils an Generikaverordnungen zu beobachten.

Die Vereinbarung wurde von den PatientInnen wie der Ärzteschaft positiv aufgenommen. Allerdings erhob die Pharmig, der Interessenverband der Arzneimittelindustrie, Klage wegen unlauteren Wettbewerbs gegen die Salzburger Gebietskrankenkasse. Der Verband sieht in der Vereinbarung eine gesetzlich nicht gedeckte Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit, die zu einer Wettbewerbsverzerrung zugunsten bestimmter Präparate führt. Die SGKK hält dem entgegen, die Vereinbarung stelle lediglich eine Umsetzung der Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise dar. Das Verfahren ist am Landesgericht Salzburg anhängig.

## **Weiterleitung von PatientInnendaten an Arzneimittelhersteller unzulässig**

In Folge einer Eingabe der Ärztekammer für Tirol hat die Datenschutzkommission amtswegig ein Verfahren nach § 30 DSG 2000 eingeleitet. Gegenstand des Verfahrens war die Forderung der Firma „Wyeth“ an die Apotheken, bei der Verschreibung der Arzneyspezialität „Enbrel“ auf den Rezepten eine Diagnose zu vermerken und die Rezepte – mit den personenbezogenen Angaben der/des Patientin/Patienten und der/des Ärztin/Arztes – an das Unternehmen zu übermitteln. Das Unternehmen begründete diese Vorgangsweise damit, dass von der Europäischen Arzneimittelagentur erteilte Auflagen für einen sicheren Arzneimittelvertrieb zu beachten seien, was die Kenntnis von PatientInnendaten erforderlich mache. Die Datenschutzkommission gelangte zu dem Schluss, dass diese Vorgangsweise mangels Rechtsgrundlage nicht zulässig sei. Mit Schreiben vom 26. August 2010 ersuchte sie daher die Österreichische Apothekerkammer, die Apotheken darauf hinzuweisen, dass diese keine personenbezogenen Daten der PatientInnen zur Bestellung von Arzneimitteln an Erzeuger oder Zwischenhändler weiterleiten dürfen.

## **Rezeptgebührenobergrenze**

Seit 1. Jänner 2008 sind die Rezeptgebühren auf zwei Prozent des jährlichen Nettoeinkommens der versicherten Person ohne Berücksichtigung der Sonderzahlungen begrenzt - „Rezeptgebührenbefreiung nach Erreichen der persönlichen Obergrenze (REGO)“. Die Rezeptgebührenobergrenze gilt für alle Personen, die nicht schon automatisch bzw. auf Antrag von der Rezeptgebühr befreit sind. Die Sozialversicherung führt für jede/n Versicherte/n ein eigenes Rezeptgebühren-Konto, auf dem die im laufenden Kalenderjahr bezahlten Rezeptgebühren addiert werden. Sobald diese 2% des Jahres-Nettoeinkommens erreicht haben, muss die/der Versicherte in diesem Jahr keine weiteren Rezeptgebühren bezahlen. Im Jahr 2010 waren mehr als 294.000 Versicherte wegen des Erreichens der Rezeptgebührenobergrenze von der Rezeptgebühr befreit. Uneinigkeit zwischen dem Gesundheitsministerium und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger besteht in der Frage, ob die Ausgaben für Arzneimittel, deren Kosten unter der Rezeptgebühr liegen, bei der Berechnung der persönlichen Obergrenze berücksichtigt werden müssen. Derzeit bleiben Arzneimittel, für die die Patientin oder der Patient weniger als die Rezeptgebühr bezahlt hat, bei der Berechnung der persönlichen Rezeptgebührenobergrenze außer Betracht. Eine Einbeziehung dieser Ausgaben hätte ein früheres Erreichen der Rezeptgebührenobergrenze und damit einen früheren Eintritt der Rezeptgebührenbefreiung zur Folge.

Während SeniorenvertreterInnen und Oppositionsparteien auf eine Änderung dieser Praxis drängen, fürchtet der Hauptverband der Sozialversicherungsträger dadurch Mehrkosten in Höhe von 18 Millionen Euro, und die Österreichische Ärztekammer bürokratische Belastungen für Ärztinnen und Ärzte aufgrund des erhöhten Erfassungsaufwands.

## **11. Gesundheitsförderung und Prävention**

Ein besonderes Anliegen der Österreichischen Ärztekammer ist die verstärkte Gesundheitsförderung und die Sicherstellung verbesserter Präventionsmaßnahmen. Generell wird diesem Thema viel zu wenig Aufmerksamkeit und Unterstützung zuteil.

Dabei wollen wir unser Augenmerk auf einige ausgewählte Bereiche legen:

### **Kinder- und Jugendgesundheit**

#### **Gesundheit muss Schule machen**

Das Regierungsprogramm für die XXIV. Gesetzgebungsperiode hebt hervor, dass die Entwicklung des Staates von der Investition in seine Jugend abhängig sei. Kinder und junge Menschen sind das wichtigste Potenzial für die Zukunft unseres Landes. Deshalb müssen diese jungen Menschen gefördert werden. Daraus ergibt sich das vorrangige Ziel des Staates - die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen. Um die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Österreich ist es aber leider nicht allzu gut bestellt, wie der Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich 2010 durch die Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit ausweist.

Einem OECD-Bericht zufolge ist Österreich bei jugendlichen RaucherInnen trauriger Weltmeister. 27 Prozent der 15-Jährigen - in der Mehrzahl Mädchen - rauchen, knapp 40 Prozent waren zumindest zweimal betrunken. Und die Anzahl der adipösen Burschen hat sich innerhalb von vier Jahren verdoppelt. „Die Jugendlichen von heute sind dann die chronisch Kranken von morgen.“ Zudem kommt die immer größere Anzahl von "jugendlichen AltersdiabetikerInnen": Klassische AltersdiabetikerInnen werden in der Zukunft nicht mehr um die 50, sondern um die 15 Jahre alt sein. Damit steht eine dramatische Entwicklung bevor, die insbesondere auf Übergewicht und Fettleibigkeit bei Jugendlichen zurückzuführen ist.

Kranke Kinder werden kranke Erwachsene. Ein rasches Handeln ist angezeigt, um eine Explosion der Gesundheitskosten hintanzuhalten und damit sinnvolle Investitionen in unserem Land zu setzen. Bereits jetzt können wir davon ausgehen, dass der schlechte Gesundheitszustand unserer Jugend im Jahr 2030 für jährliche Mehrkosten in der Höhe von 1,6 Milliarden Euro verantwortlich sein wird.

Die einzige Chance ist, dass der Gesundheitszustand der österreichischen Kinder und Jugendlichen verbessert wird. Gerade in dieser Altersgruppe muss man an den richtigen Hebeln ansetzen. Die ÖÄK hat deshalb ein umfassendes Forderungspaket ausgearbeitet. Es beginnt bei der Gesundheitserziehung vom Kindergarten über die Volksschule bis zur Matura unter Einbindung der Schulärztinnen und Schulärzte, bezieht zielgruppengerechte NichtraucherInnen-Kampagnen, um Jugendliche vom Nikotinkonsum abzuhalten, ebenso mit



ein, wie vermehrten Turnunterricht. Darüber hinaus werden unserer Ansicht nach vorhandene Strukturen derzeit zu wenig genutzt und gefördert. Beispielsweise sei die im Rahmen des Mutter-Kind-Passes angebotene Vorschuluntersuchung erwähnt. Um die Frequenz (von dzt. rund 30 Prozent) anzuheben, wäre eine verpflichtende Teilnahme (beispielsweise in Form eines Nachweises der Untersuchung beim Schulaufnahmeverfahren) an diesem für die Kinder wichtigen Untersuchungsprogramm vorzusehen.

Als ersten Schritt in die richtige Richtung werden die von Bundesminister Alois Stöger vorgestellten Maßnahmen zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit angesehen. Zentrale Forderungen der ÖÄK jedoch, wie vermehrte Gesundheitsprävention in den Schulen durch die Einführung eines fächerübergreifenden Gesundheitsunterrichtes, mehr Turnstunden bzw. Ausbau des Sportunterrichts in den Schulen, ein verpflichtendes Fach „Ernährungskunde“, flächendeckende Pneumokokken-Impfung oder die Behebung von Versorgungsmängeln in der Rehabilitation von Kindern nach Krankheiten, verpflichtende Vorschuluntersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes sowie Verbesserungen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sind aber nach wie vor ausständig. Leider mussten wir die Erfahrung machen, dass man bei der Forderung nach Verbesserungen für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen und entsprechender Gesundheitsprävention leicht zum Spielball zwischen Gesundheits- und Unterrichtsministerium wird.

Einen ganz wichtigen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen können die Schulärztinnen und Schulärzte leisten. Eine aktuelle Umfrage der Österreichischen Ärztekammer unter Bundesschulärztinnen und -ärzten, die im Rahmen einer Pressekonferenz im März 2010 präsentiert wurde, bestätigt in diesem Zusammenhang, dass sich das Berufsbild „Schulärztin und Schularzt“ wesentlich verändert hat. Die Ärztinnen und Ärzte werden immer mehr zu VertreterInnen der Gesundheitsinteressen der Schülerinnen und Schüler, Eltern, Lehrerinnen und Lehrer. Sie setzen sich für gesundheitliche Anliegen und folglich für die Förderung der Leistungsfähigkeit sowie für die Sicherheit am „Arbeitsplatz“ Schule ein.

## **Nationaler Aktionsplan Ernährung – NAP.e**

Ernährungsbedingte Erkrankungen stellen große Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen, Übergewicht und Adipositas, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, dar und werden von enormen Folgeschäden begleitet, welche massive Herausforderungen an das Gesundheitssystem stellen. Die Zahlen der an ernährungsbedingt erkrankten Personen in Österreich steigen. Deshalb begrüßt die Österreichische Ärztekammer die Vision des Nationalen Aktionsplans Ernährung sowie die Intention, ernährungspolitische Maßnahmen bundesweit zu bündeln.

Das Hauptaugenmerk des Nationalen Aktionsplans Ernährung liegt jedoch auf der Informationsvermittlung. Dies alleine genügt aber nicht. Viele Menschen wissen genau, welche Ernährung gesund ist, verhalten sich aber dennoch dissonant. Wenngleich die

Eigenverantwortung jeder Person für eine gesunde Ernährung hervorzuheben ist, ist dennoch nach wie vor ein Mangel an zusätzlichen tauglichen Programmen zur Förderung einer richtigen Ernährung in Kombination mit regelmäßiger Bewegung in Österreich festzustellen.

Die Vereinigung von sportlicher Aktivität und ausgewogener Nahrungszufuhr wird von der Österreichischen Ärztekammer betont und die Vernachlässigung des Themengebietes „Bewegung“ im NAP.e wird bemängelt. Hinsichtlich der unerlässlichen Kombination zwischen Ernährung und Bewegung sind sich die ExpertInnen einig. So soll es neben einem Nationalen Aktionsplan Ernährung nun auch zukünftig einen Nationalen Aktionsplan Bewegung geben.

### **NichtraucherInnen-Schutz**

In zahlreichen Aussendungen, Stellungnahmen und öffentlichen Auftritten hat die Österreichische Ärztekammer auf die Gefahren des Rauchens hingewiesen, in diesem Zusammenhang insbesondere auf die große Anzahl der jugendlichen RaucherInnen aufmerksam gemacht. Das Einstiegsalter für das Rauchen liegt in Österreich bei 12 Jahren und ist damit EU-weit das niedrigste. Wir fordern die Politik auf, sich nachhaltig für einen konsequenten NichtraucherInnenschutz sowie vermehrte Gesundheitsförderung einzusetzen, denn mit den vielen jugendlichen RaucherInnen wächst eine neue Generation chronisch kranker Erwachsener heran.

### **Alzheimer**

Alzheimer ist die zahlreichste Form unter den dementiellen Krankheiten. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen steigt exponentiell mit dem Alter an. Derzeit gibt es über 100.000 Betroffene, doch ExpertInnenschätzungen gehen laut zuletzt verfügbaren Daten von bis zu rund 270.000 Demenzfällen im Jahr 2050 aus. Österreich hinkt bei flächendeckenden Vorsorge-, Früherkennungs- und Betreuungsprogrammen im internationalen Vergleich hinterher. Die ÖÄK fordert den Ausbau einer flexiblen, mobilen Pflege, mehr Tageszentren sowie spezielle Demenz-Wohngemeinschaften und mehr Unterstützung der Angehörigen.

## **12. Medizinische Versorgung älterer PatientInnen**

Auf Grund der demographischen Entwicklung der Bevölkerung ist in den nächsten Jahren und Jahrzehnten mit einer massiven Zunahme der älteren Bevölkerung zu rechnen. Dies bringt große Herausforderungen in der geriatrischen Versorgung, dh. in der kurativen, palliativen, präventiven und rehabilitativen Betreuung älterer PatientInnen, sowohl im niedergelassenen als auch stationären Bereich mit sich. Als erste kompetente Ansprechpartner in der ärztlichen Betreuung älterer PatientInnen fungieren niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen. Die ÖÄK setzt sich allerdings auch für einen

konsequenten Ausbau der Abteilungen für Akutgeriatrie und sonstiger Betreuungseinrichtungen ein, hier gibt es zwischen den einzelnen Bundesländern noch große Unterschiede.

## **Medizinische Qualität in Alten- und Pflegeheimen**

Immer mehr Menschen verbringen ihren Lebensabend in Alten- und Pflegeheimen. Sie wollen ihre Gesundheit und Mobilität im Sinne einer größtmöglichen Lebensqualität lange erhalten. In diesem Sinne fordern wir einheitliche Qualitätsstandards für die medizinische Versorgung in Alten- und Pflegeheimen, wobei weiterhin die ärztliche Behandlung durch die/den Vertrauensärztin und -arzt sichergestellt bleiben soll. Zur optimalen Betreuung und Setzung von Maßnahmen zur Sicherstellung der größtmöglichen individuellen Lebensqualität und Gesundheit der BewohnerInnen sollte jedoch für medizinische Belange unter besonderer Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Aspekte in jedem Heim ein/e Ärztin/Arzt als Ansprechperson zur Verfügung stehen, zum Beispiel in Fragen der richtigen Ernährung, Mobilität, Beschäftigung, Erhalt und Förderung kognitiver Leistung.

## **Additivfach Geriatrie**

Über Initiative der Österreichischen Ärztekammer erfolgten in den letzten Jahren umfangreiche Vorarbeiten für die Einführung des Additivfaches Geriatrie, das auch für Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, - die ja im Rahmen der hausärztlichen Betreuung älterer PatientInnen einen wesentlichen Beitrag zur medizinischen Versorgung leisten - zugänglich gemacht werden soll. Eine entsprechende Gesetzesänderung ist in Vorbereitung. Es handelt dabei um eine Vertiefung des Wissens im Bereich der Geriatrie. Die ÖÄK wird in Zukunft vermehrt Augenmerk auf die medizinische Betreuung von geriatrischen PatientInnen, unter besonderer Berücksichtigung der Polypragmasie legen. Pflegegeldbegutachtung siehe oben (Kap. Niedergelassene Ärzte).

## **Heimaufenthaltsgesetz**

Mit 1.7.2010 trat eine Novelle des HeimaufG in Kraft. Die Befugnis zur Anordnung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen wurde mit dieser Novelle neu geregelt: Die Anordnung kann - je nachdem, ob es sich um eine medikamentöse oder sonstige medizinische, pflegerische oder heilpädagogische Maßnahme handelt - entweder durch eine/n Ärztin/Arzt, eine/n Angehörige/n des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. der pädagogischen Leitung vorgenommen werden.

Da eine Freiheitsbeschränkung nur auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung angeordnet werden darf und auch das Krankheitsbild sowie die daraus resultierenden Eigen- oder Fremdgefährdungen eine Rolle spielen, bedarf es vor der Anordnung der freiheitsbeschränkenden Maßnahme der medizinischen Beurteilung durch eine/n Ärztin/Arzt (Gutachten, ärztliches Zeugnis oder sonstige ärztliche Aufzeichnungen).

Mit dem Dachverband der Heimträger, Lebenswelt Heim, wurden im Frühjahr 2010 Tarife für die ärztlichen Tätigkeiten im Rahmen des HeimaufG abgeschlossen.

## **13. Gesundheitsberufe**

Es werden immer größere Bestrebungen der Wirtschaftskammer und des Wirtschaftsministeriums wahrgenommen, das Gesundheitswesen zu beeinflussen und die gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe sowie die Qualitätssicherung in der Medizin in ihren Einflussbereich zu ziehen. Zuletzt konnten die Bestrebungen, die Pflege als Lehrberuf zu installieren, abgewendet werden. Dies veranlasste die gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe zum Zusammenschluss, um solche Entwicklungen aber auch anstehende Fragen und Problemstellungen gemeinsam zu bewältigen bzw. für die neuen Herausforderungen im Gesundheits- und Sozialwesen gerüstet sein und geeignete Lösungen zu erarbeiten.

### **Gründung Gesundheitsberufe-Konferenz**

Im Mai 2009 fand über Initiative der Österreichischen Ärztekammer die erste Sitzung der Gesundheitsberufekonferenz statt. Es haben sich alle gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe zusammengeschlossen, um gemeinsam in grundsätzlichen Angelegenheiten des Gesundheitswesens sowie in Fragen der PatientInnenbetreuung und Gesundheitsförderung tätig zu werden und gegenüber Politik, Regierung, PatientInnenvertretungen und Öffentlichkeit aufzutreten. Gemeinsam ist man der Ansicht, dass die Gesundheitsversorgung öffentliche Aufgabe ist, sie muss in der staatlichen Verantwortung bleiben und darf nicht dem Einzelnen überantwortet werden. Die Gesundheitsberufekonferenz spricht sich generell gegen die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens aus. Demgegenüber bedarf es auf Seiten der Leistungserbringer einer finanziellen und wirtschaftlichen Unabhängigkeit und Sicherheit bei der Leistungserbringung. Auf der Seite der PatientInnen bedarf es des gleichen Rechts auf Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, unabhängig von deren sozialer Herkunft und wirtschaftlichen Verhältnissen. Hauptaugenmerk wird auf eine qualitativ hochwertige PatientInnenversorgung gelegt und eine klare Abgrenzung zu gewerblichen Berufen, die ohne oder nur geringe Ausbildung – oftmals unzulässig – in der PatientInnenversorgung tätig werden, postuliert.

Die Gesundheitsberufe-Konferenz hat mittlerweile in der Öffentlichkeit durchwegs sehr positive Reaktionen hervorgerufen und auch schon einen guten Bekanntheitsgrad erwirkt.

## 14. Entwicklungen auf europäischer Ebene

### I. Gesetzgebung

#### Richtlinie über die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

Nach Trilog-Gesprächen zwischen Parlament, Ministerrat und Kommission einigte sich der Ausschuss der Ständigen Vertreter der Mitgliedstaaten am 21. Dezember 2010 auf einen Kompromiss zu dem Vorschlag für eine Richtlinie über die Ausübung der PatientInnenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung.

Die Richtlinie verbietet es den Mitgliedstaaten, ambulante Behandlungen in einem anderen EU-Staat dem Erfordernis einer vorherigen Genehmigung durch den Versicherungsstaat zu unterwerfen. In diesen Fällen hat die/der Patientin/Patient aber keinen Anspruch auf Ersatz der vollen Kosten der Krankenbehandlung, sondern nur auf jenen Betrag, der ihr/ihm zugestanden wäre, hätte sie/er die Behandlung im Heimatstaat in Anspruch genommen.

Die Mitgliedstaaten sind jedoch weiterhin berechtigt, PatientInnen eine Vorabgenehmigung für stationäre, hoch spezialisierte, sehr teure oder riskante Behandlungen im Ausland vorzuschreiben. Die Kategorien von Behandlungen, für die eine solche Vorabgenehmigung vorgeschrieben ist, müssen aber der EU-Kommission bekanntgegeben werden. Die Ablehnung einer Vorabgenehmigung durch den Versicherungsstaat ist nur unter bestimmten Voraussetzungen zulässig.

Die Mitgliedstaaten dürfen den PatientInnen ein System der freiwilligen Vorabgenehmigung anbieten. Die Kostenerstattung kann in diesem Fall direkt zwischen der Krankenkasse des Versicherten und dem ausländischen Krankenhaus erfolgen, sodass die/der Patientin/Patient die Behandlung als Sachleistung in Anspruch nehmen kann.

Die Verantwortung für grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen einschließlich Haftung und Schadenersatz für fehlerhafte Leistungen liegt bei jenem Staat, auf dessen Gebiet die Behandlung erfolgt. Daraus ergibt sich die Anwendbarkeit der Rechtsordnung dieses Staates (Bestimmungslandprinzip), was eines der zentralen Anliegen der Österreichischen Ärztekammer war.

Der eHealth-Bereich war einer der kritischsten Verhandlungspunkte im Ministerrat. Die Richtlinie sieht nun die Einrichtung eines freiwilligen Behördennetzwerks in diesem Bereich vor, das Leitlinien erstellen und Lösungen für interoperable Systeme entwickeln soll.

Das Plenum des Europäischen Parlaments hat das Kompromisspapier am 19. Jänner 2011 in zweiter Lesung angenommen. Der Rat der EU hat am 28. Februar 2011 seine Zustimmung erteilt. Damit gilt die Richtlinie als beschlossen.

- ⇒ Die Österreichische Ärztekammer unterstützt die europaweite Wahlfreiheit für PatientInnen unter der Voraussetzung, dass das Recht des Behandlungsstaates nicht unterminiert wird. Der vorliegende Kompromiss erscheint als tragfähige Lösung, die die Rechte der PatientInnen stärkt.

## **Richtlinie für Gesundheitsschutz der Beschäftigten im Gesundheitswesen**

Am 1. Juni 2010 wurde die Richtlinie 2010/32/EU zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente im Krankenhaus- und Gesundheitssektor im Amtsblatt der EU kundgemacht. Mit dieser Richtlinie, die bis 11. Mai 2013 in österreichisches Recht umzusetzen ist, wird ein Rahmenabkommen auf der Ebene der Sozialpartner zwischen der Europäischen Arbeitgebervereinigung für Kliniken und Gesundheitswesen (HOSPEEM) und dem Europäischen Gewerkschaftsverband für den öffentlichen Dienst (EGÖD) in verbindliches Recht übernommen.

Die Richtlinie verpflichtet die ArbeitgeberInnen u. a., Maßnahmen zur Risikobewertung und -prävention zu ergreifen und ihren MitarbeiterInnen regelmäßig verpflichtende Schulungen für den Umgang mit scharfen und spitzen Instrumenten anzubieten. Verbesserungen soll es darüber hinaus bei der Informationsvermittlung, Überwachung und Reaktion auf Nadelstichverletzungen geben. Die Richtlinie verbietet den Einsatz zweihändiger konventioneller Nadelsysteme (d.h. von Nadelsystemen, auf die nach Gebrauch eine Kappe aufgesetzt wird) im Krankenhausbereich sowie im niedergelassenen Bereich überall dort, wo ArbeitnehmerInnen mit Nadeln in Berührung kommen können. Sie sieht weiters vor, dass allen ArbeitnehmerInnen, SchülerInnen und Studierenden im Gesundheitsbereich, die biologischen Arbeitsstoffen ausgesetzt sind, die Möglichkeit einer kostenlosen Impfung gegen Hepatitis zur Verfügung gestellt wird.

## **Pharma Package**

### **Information der breiten Öffentlichkeit über rezeptpflichtige Arzneimittel**

Das EU-Parlament hat am 24. November 2010 über den Vorschlag der EU-Kommission für eine Richtlinie über die Information der breiten Öffentlichkeit über verschreibungspflichtige Arzneimittel abgestimmt. Der Vorschlag war zuvor heftig umstritten und stieß bei vielen Mitgliedstaaten auf Ablehnung, da sie eine Lockerung des Werbeverbots für rezeptpflichtige Arzneimittel befürchteten. Die Kommission hatte in ihrem Vorschlag vorgesehen, zwischen „Information“ über und Werbung für rezeptpflichtige Arzneimittel zu unterscheiden und erstere unter bestimmten Auflagen zuzulassen.

Das Parlament ändert den Fokus der Regelung, indem es die PatientInnen und ihre Rechte in den Mittelpunkt stellt. Kernstück des Dossiers ist die Einführung von unabhängigen Gesundheitsportalen im Internet. PatientInnen sollen sich hier über Medikamente, Krankheiten, Behandlungsmethoden und Präventionsmaßnahmen informieren können. Die

Mitgliedstaaten werden verpflichtet, der Öffentlichkeit objektive Arzneimittelinformation, wie etwa die Fachinformation und den Prüfbericht, zugänglich zu machen. Die Informationsrechte für Pharmaunternehmen sind demgegenüber stark eingeschränkt. Sie dürfen Arzneimittelinformationen für PatientInnen nur auf (aktiv zu konsultierenden und behördlich kontrollierten) Websites veröffentlichen, während jegliche „Zwangsbeglückung“ der PatientInnen durch Einschaltungen in Gesundheitspublikationen, im Radio oder TV verboten bleibt.

Eine Einigung steht derzeit nicht im Raum. Beim Ratstreffen der Gesundheitsminister im Dezember 2010 informierte die Europäische Kommission die Minister, dass sie Anfang 2011, aufbauend auf den Ergebnissen der ersten Lesung im Europäischen Parlament, einen revidierten Richtlinienvorschlag vorlegen wolle. Damit verbindet die Kommission die Hoffnung, dass sich die Blockade im Ministerrat auflöst und das Dossier ergebnisorientiert beraten werden kann.

- ⇒ Die Österreichische Ärztekammer unterstützt die Sichtweise des Europäischen Parlaments. Informationen über rezeptpflichtige Arzneimittel sollten nur auf Initiative von PatientInnen abgerufen werden können („Pull-Prinzip“) und nicht von außen an PatientInnen herangetragen werden dürfen („Push-Prinzip“).

#### Pharmakovigilanz von Humanarzneimitteln

Am 31.12.2010 wurden die Richtlinie 2010/84/EG und die Verordnung (EU) Nr. 1235/2010, die auf eine Verbesserung der Pharmakovigilanz von Humanarzneimitteln in Europa abzielen, im Amtsblatt der EU kundgemacht. Während die Verordnung unmittelbare Rechtswirksamkeit entfaltet, ist die Richtlinie bis 21.7.2012 in nationales Recht umzusetzen.

Demnach kann künftig die Arzneimittelzulassungsbehörde auch nach der Zulassung Daten zur Wirksamkeit von Arzneimitteln vom Arzneimittelhersteller verlangen. Außerdem wird es PatientInnen ermöglicht, auftretende Nebenwirkungen direkt an die Behörden der Mitgliedstaaten zu melden. Um die PatientInnen besser über Arzneimittel und ihre potentiellen Nebenwirkungen zu informieren, wird eine europäische Arzneimitteldatenbank eingerichtet, die mit den nationalen Arzneimitteldatenbanken der Mitgliedstaaten verlinkt wird. In dieser Datenbank finden die PatientInnen umfangreiche, unabhängige Informationen über Arzneimittel. Arzneimittelgebrauchsinformationen werden in allen Amtssprachen im Internet veröffentlicht. Darüber hinaus sollen Arzneimittel, die weiterer Überwachung bedürfen, mit einem schwarzen Symbol und einem erklärenden Satz auf der Packungsbeilage gekennzeichnet werden.

#### Maßnahmen gegen gefälschte Arzneimittel

Ein weiterer Baustein im „Pharma Package“ der Europäischen Kommission ist eine Richtlinie, die das Eindringen gefälschter Arzneimittel in die legale Lieferkette verhindern soll. Konkret soll hierzu künftig auf allen Packungen rezeptpflichtiger Arzneimittel eine Seriennummer



oder ein Sicherheitssiegel aufgebracht werden, das die Identifizierbarkeit, Authentizität und Rückverfolgbarkeit des Produkts sicherstellt. Weiters enthält der Richtlinienvorschlag unter anderem ein grundsätzliches Verbot des Manipulierens der Sicherheitsmerkmale auf der Verpackung, strengere Anforderungen an die Einfuhr von Arzneimittelwirkstoffen aus Drittländern sowie Betriebsprüfungen bei Wirkstoffherstellern und Arzneimittelgroßhändlern.

Der zuständige Ausschuss des EU-Parlaments hat den Vorschlag am 27. April 2010 angenommen und um weitere Regelungen ergänzt, die dazu dienen sollen, den Handel mit gefälschten Arzneimitteln über das Internet zu bekämpfen. So sollen nach dem Recht eines EU-Mitgliedstaates zugelassene Online-Apotheken eine spezielle Genehmigung beantragen, was durch ein EU-weit einheitliches Logo auf ihrer Website nachzuweisen ist. Öffentlich zugängliche Listen geprüfter Internetapotheken sollen sicherstellen, dass das Logo nicht missbraucht wird. Den EU-Mitgliedstaaten bleibt es dennoch weiterhin gestattet, den Verkauf von rezeptpflichtigen Arzneimitteln im Internet zu verbieten. Außerdem sollen die Staaten die Bürger in Informationskampagnen über die Gefahren des illegalen Versandhandels mit Arzneimitteln aufklären.

Das EU-Parlament hat den Vorschlag am 16. Februar 2011 in erster Lesung angenommen. Die Zustimmung des Ministerrats wird bis Mitte 2011 erwartet.

#### Neuregelung zur Koordinierung der sozialen Sicherheit

Bisher waren die sozialrechtlichen Konsequenzen, die sich bei der Migration von einem EWR-Mitgliedstaat in einen anderen ergaben, in der Verordnung 1408/71 geregelt. Am 1. Mai 2010 trat an die Stelle dieser Verordnung die Nachfolgeverordnung 883/2004, zeitgleich mit der Durchführungsverordnung 987/2009.

Besonders in den Bereichen Familienleistungen sowie Kranken-, Pensions- und Arbeitslosenversicherung wird die Inanspruchnahme von Sozialleistungen vereinfacht. Weiters wird die Verpflichtung zur Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten gestärkt. Unter anderem sehen die neuen Vorschriften eine aktive Information der BürgerInnen durch die zuständigen nationalen Stellen über bestehende Sozialleistungen sowie die Einführung eines neuen elektronischen Systems „EESSI“ („Electronic exchange of social security information“) zum Informationsaustausch zwischen den Mitgliedstaaten vor. Durch die Etablierung dieses Netzwerks sollen rund 2000 Papierformulare entfallen. Zudem wird die Möglichkeit von zeitweisen Mitgliedschaften in bestimmten Sozialschutzsystemen geschaffen, wenn sich verschiedene nationale Behörden nicht über den Status einer/eines EU-Bürgerin/EU-Bürgers in Hinblick auf die Frage einigen können, welche Gesetzgebung im Bereich der sozialen Sicherheit zur Anwendung kommt.

Wenn eine/ein EWR-StaatsbürgerIn gleichzeitig in mehreren Mitgliedstaaten erwerbstätig ist, gibt es Kollisionsregeln, die festlegen, in welchem Mitgliedstaat die Zugehörigkeit zum

Sozialversicherungssystem besteht. Grundsätzlich gilt, dass bei Erwerbstätigkeit in zwei Mitgliedstaaten die Sozialversicherung jenes Mitgliedstaats greift, in dem die/der Erwerbstätige ihren/seinen Wohnsitz hat. Zur Vermeidung von Missbrauch gilt dies jedoch nur dann, wenn im Wohnsitzstaat auch ein wesentlicher Teil der Erwerbstätigkeit ausgeübt wird.

#### [Evaluierung der Diplomanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG](#)

Die Europäische Kommission hat einen umfangreichen Prozess zur Evaluierung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen eingeleitet. Die Österreichische Ärztekammer hat an diesem Evaluierungsprozess teilgenommen und einen ausführlichen Erfahrungsbericht an die Europäische Kommission übermittelt. Zu diesem Thema fanden wiederholt informelle Netzwerktreffen der zuständigen Behörden der Mitgliedstaaten (darunter die Österreichische Ärztekammer) mit Vertretern der EU-Kommission statt, die in einer gemeinsamen Stellungnahme, dem sogenannten Berlin Statement, der nationalen Diplomanerkennungsbehörden gipfelten.

Darin fordern die Behörden u.a. einen Warnmechanismus, der es eine gegenseitige Information über Berufsverbote gegen Ärzte und Ärztinnen ermöglicht. Damit würde der Vorgangsweise, dass „schwarze Schafe“ in andere EU-Staaten ausweichen, ein Riegel vorgeschoben. Die Österreichische Ärztekammer unterstützt diese Initiative mit Nachdruck. Weiters fordern die Behörden die Kommission auf, Maßnahmen gegen Dokumentenfälschungen zu ergreifen.

In ihrer Bewertung der Erfahrungsberichte stellt die Europäische Kommission das System der automatischen Diplomanerkennung, dem auch Arztdiplome unterliegen, positiv heraus. Gleichzeitig nennt sie problematische Bereiche, in denen es Verbesserungsbedarf gebe, wie z.B. die Mindestausbildungsanforderungen für bestimmte Gesundheitsberufe (u. a. ÄrztInnen), die mitunter mehr als 30 Jahre alt sind.

Im Herbst 2011 will die Kommission ihren endgültigen Evaluierungsbericht und ein Grünbuch vorlegen, im Jahr 2012 wird ein Vorschlag für eine Revision der Richtlinie folgen.

#### [Europarat entscheidet sich für ärztliche Gewissensfreiheit](#)

Am 7. Oktober 2010 beriet die Parlamentarische Versammlung des Europarates über den Entwurf einer Resolution und Empfehlung mit dem Titel „Der Zugang von Frauen zu legaler ärztlicher Versorgung: Das Problem der unregulierten Ablehnung [ärztlicher Dienstleistungen] aus Gewissensgründen“.

Ziel der Initiative war es, die Mitgliedstaaten zur Erstellung von Regelungen zu veranlassen, die die Ablehnung ärztlicher Dienstleistungen, einschließlich solcher aus dem Bereich der Fortpflanzungsmedizin, aus Gewissensgründen definieren und regeln. Dabei hatte die britische Berichterstatterin Christine McCafferty äußerst restriktive Regelungen im Auge. Im

Ergebnis hätten diese dazu geführt, dass Ärzte und Ärztinnen aufgrund des enormen Haftungsrisikos, das mit der Ablehnung einer Dienstleistung aus Gewissensgründen verbunden wäre, de facto kaum in der Lage wären, ethisch umstrittene Dienstleistungen abzulehnen.

Die Parlamentarische Versammlung des Europarates hat das Dokument am 7. Oktober abgelehnt. Stattdessen wurde eine Resolution verabschiedet, die das Recht auf Ablehnung ärztlicher Dienstleistungen aus Gewissensgründen betont. Die Resolution hält fest, dass keine Person oder Krankenanstalt haftbar gemacht werden kann, weil sie die Vornahme einer Abtreibung oder Euthanasie verweigert. Aus dem ursprünglichen Entwurf blieb (in modifizierter Form) nur die Forderung erhalten, dass die Mitgliedstaaten umfassende und klare Regelungen erstellen sollen, welche einerseits das Recht auf Ablehnung von ärztlichen Dienstleistungen aus Gewissensgründen garantieren und andererseits sicherstellen, dass die betroffenen PatientInnen rechtzeitig darüber informiert und an einen anderen Gesundheitsdienstanbieter verwiesen werden, sowie dass PatientInnen eine angemessene Behandlung bekommen, vor allem in Notfällen.

- ⇒ Die Österreichische Ärztekammer lehnte den ursprünglichen Entwurf als massiven Eingriff in die ärztliche Gewissensfreiheit ab. Hingegen findet der letztlich angenommene Kompromiss die Unterstützung der Österreichischen Ärztekammer.

## **II. Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs**

### **Beschränkungen des Hochschulzugangs in Europa zulässig**

Zulassungsbeschränkungen wie Quoten für ausländische MedizinstudentInnen sind laut Urteil des EuGH in der Rechtssache C-73/08 zulässig, wenn sie dazu dienen, den Schutz der öffentlichen Gesundheit zu gewährleisten. Der EuGH führt dazu aus: „Das Unionsrecht steht der Beschränkung der Erstimmatrikulation von nichtansässigen Studierenden für universitäre Studiengänge im Bereich des Gesundheitswesens grundsätzlich entgegen, lässt jedoch eine Beschränkung ausnahmsweise zu, wenn diese einschränkende Regelung im Hinblick auf das Ziel des Schutzes der öffentlichen Gesundheit gerechtfertigt ist“. Eine solche Beschränkung ist unter folgenden Voraussetzungen gerechtfertigt: Es muss eine Gefährdung des Schutzes der öffentlichen Gesundheit vorliegen, die Regelung muss als geeignet erscheinen, das gesetzte Ziel des Gesundheitsschutzes zu erreichen, und sie muss verhältnismäßig sein, d.h. das Ziel darf nicht durch weniger einschneidende Maßnahmen erreichbar sein.

Das EuGH-Urteil betraf ein belgisches Dekret, welches zur Sicherung der medizinischen Versorgung in der Französischen Gemeinschaft die dortigen Hochschulen verpflichtet, die Zahl der nicht in Belgien ansässigen Studierenden prozentual zu begrenzen.

- ⇒ Dieses Urteil stärkt die Position Österreichs, gegen das ebenfalls ein Verfahren anhängig ist. Dieses Verfahren ist noch bis November 2012 ausgesetzt, um der österreichischen Bundesregierung Gelegenheit zu geben, einen Nachweis dafür zu erbringen, dass die Einführung und Aufrechterhaltung von Quoten für MedizinstudentInnen mit nicht-österreichischem Schulabschluss notwendig, geeignet und verhältnismäßig ist, um einen sonst drohenden Ärztemangel in Österreich zu verhindern.

### **Finanzielle Verschreibungsanreize für Ärzte und Ärztinnen zulässig**

Der EuGH hat in seinem Urteil in der Rechtssache C-62/09 entschieden, dass staatliche Behörden Ärzten und Ärztinnen finanzielle Vorteile anbieten dürfen, damit diese preisgünstigere Arzneimittel verschreiben. Das EU-rechtliche Verbot finanzieller Anreize für Ärzte und Ärztinnen bei der Verschreibung von Arzneimitteln stehe einer solchen Regelung nicht entgegen, da dieses Verbot hauptsächlich auf die Verkaufsförderungsmaßnahmen der Pharmaindustrie abziele. Mit der von einem Mitgliedstaat definierten Gesundheitspolitik und der Kontrolle der öffentlichen Ausgaben in diesem Bereich werde dagegen kein Erwerbszweck oder kaufmännischer Zweck verfolgt. Aus diesem Grund können nationale Behörden frei auf der Grundlage von Bewertungen der therapeutischen Eigenschaften von Arzneimitteln unter Berücksichtigung ihrer Kosten für den öffentlichen Haushalt bestimmen, welche Arzneimittel innerhalb derselben therapeutischen Klasse mit unterschiedlichen Wirkstoffen vorzugswürdig sind. Die Richter mahnten jedoch gleichzeitig ein, dass die Behörden sicherstellen müssten, dass die entsprechenden Regelungen auf objektiven, nicht diskriminierenden Kriterien beruhen und insbesondere die ihr zugrunde liegenden therapeutischen Bewertungen öffentlich gemacht werden.

### **Rechtsprechung zum Apothekenrecht**

#### **Fremdbesitzverbot für Apotheken zulässig**

Am 19. Mai 2009 bestätigte der Europäische Gerichtshof das Fremdbesitzverbot für Apotheken in Deutschland und Italien.

Aus Gründen des Gesundheitsschutzes sei es durchaus gerechtfertigt, dass nur approbierte PharmazeutInnen eine Apotheke und maximal drei Filialen besitzen und betreiben dürften. Zwar greife diese Regelung in die Niederlassungsfreiheit und den freien Kapitalverkehr der EU ein, "diese Beschränkung lässt sich jedoch mit dem Ziel rechtfertigen, eine sichere und qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicherzustellen".

#### **Bedarfsprüfung für Apotheken zulässig**

In einer Entscheidung vom 1. Juni 2010 betreffend die Rechtslage in der spanischen Provinz Asturien hat der Europäische Gerichtshof entschieden, dass demographische und

geographische Voraussetzungen für die Eröffnung neuer Apotheken mit EU-Recht vereinbar sind, wenn sie bestimmte Kriterien erfüllen. Die Maßnahmen müssen diskriminierungsfrei angewandt werden, durch zwingende Gründe des Allgemeininteresses gerechtfertigt sein, geeignet sein, die Erreichung des mit ihnen verfolgten Ziels zu gewährleisten, und nicht über das hinausgehen, was zur Erreichung dieses Ziels erforderlich ist.

- ⇒ Die österreichische Regelung der Apothekenniederlassung unterscheidet sich zwar wesentlich von der in Asturien und auch von der Rechtslage in Deutschland und Italien, dennoch wird der Tenor der Urteile auch auf die österreichische Regelung zutreffen. Es ist daher davon auszugehen, dass das österreichische Bedarfsprüfungssystem und Fremdbesitzverbot für öffentliche Apotheken mit EU-Recht vereinbar ist.

### Hartlauer-Verfahren: Österreichische Bedarfsprüfung für Krankenanstalten unzulässig

Am 10.03.2009 hat der EuGH sein Urteil im "Hartlauer"-Verfahren veröffentlicht. Er kommt darin - entgegen dem Schlussantrag des Generalanwalts - zu der Erkenntnis, dass die österreichische Regelung der Bedarfsprüfung für private Zahnambulatorien gegen EU-Recht verstößt.

Dies wird mit zweierlei Argumentation begründet:

Zum einen führt der Gerichtshof detailliert aus, es bestehe seiner Ansicht nach kein wesentlicher Unterschied zwischen privaten Krankenanstalten und zahnärztlichen Gruppenpraxen, weshalb die Anwendung der Bedarfsprüfung nur für erstere nicht gerechtfertigt sei (Randziffern 56 bis 63 des Urteils).

Zum zweiten vertritt der Gerichtshof die Ansicht, das Bedarfskriterium sei weder ausreichend klar definiert noch für den Rechtsunterworfenen abschätzbar. Der Behörde werde daher ein zu weiter Ermessensspielraum eingeräumt (Randziffern 65 bis 70 des Urteils).

Diese Rechtsprechung fand im Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung, BGBl. I Nr. 61/2010, Niederschlag.

## II. Europäische Gesundheitspolitik

### Eklatanter Fachkräftemangel im Gesundheitswesen bis 2020 erwartet

Schätzungen der Europäischen Kommission zufolge könnten den Gesundheitssystemen der EU im Jahr 2020 bis zu zwei Millionen Arbeitskräfte fehlen. Allein beim Pflegepersonal würde es an mindestens 600.000 Fachkräften, bei Ärztinnen und Ärzten an 230.000 Personen mangeln.

Hauptgrund seien die steigende Lebenserwartung und der damit einhergehende höhere Versorgungsbedarf. Nach Ansicht der Kommission könne der drohende Fachkräftemangel im schlimmsten Fall bedeuten, dass rund 15 Prozent der Leistungen für PatientInnen nicht mehr erbracht werden können.

Die Kommission will gemeinsam mit den Mitgliedstaaten die Initiative ergreifen, um dieser Entwicklung gegenzusteuern. Die Arbeitsbedingungen der Gesundheitsberufe und in der PatientInnenbetreuung müssen attraktiver gestaltet werden, um eine Abwanderung von Fachkräften aus dem Gesundheitsbereich zu verhindern.

- ⇒ Die Österreichische Ärztekammer erwartet auch hierzulande einen Ärztinnen- und Ärztemangel in bestimmten Bereichen. Faire Arbeitsbedingungen, angemessene Arbeitszeiten sowie eine Entbürokratisierung des Ärztinnen- und Arztberufs werden notwendig sein, um dieser Entwicklung entgegenzuwirken.

## **E-Health und Telemedizin**

Bei einem informellen Ministerratstreffen anlässlich einer Konferenz zum Thema „E-Health“ am 15. März 2010 in Barcelona, an der als Repräsentant Österreichs neben Bundesminister Stöger auch ÖÄK-Präsident Dorner teilnahm, haben die EU-Gesundheitsminister eine Deklaration zu E-Health verabschiedet. Diese umfasst fünf Punkte:

- die Integration von E-Health in alle Fachpolitiken
- die Verpflichtung zu stärkerer politischer Koordination
- die Erzielung größerer Synergien in den Bereichen Wettbewerbsfähigkeit, Forschung und Entwicklung
- Aktionen auf EU-Ebene zur Förderung von Innovation und Entwicklung im Bereich E-Health und
- die Einbeziehung aller betroffenen Sektoren in die zukünftige Entwicklung und Planung.

In den letzten 20 Jahren seien 450 E-Health-Projekte im Wert von über 1 Mrd. Euro in der EU entwickelt worden. Dies sei ein enormer Wachstumsmarkt, der sein Potential auch in der Krise beweisen könne. Die elektronischen Gesundheitsdienste sollen den, durch Überalterung der Gesellschaft unter Druck geratenen, öffentlichen Gesundheitssystemen helfen, die Kosten zu senken. Nach Ansicht einzelner KommissarInnen, wie von Gesundheitskommissar John Dalli und Kommissarin Nelli Kroes (Digitale Agenda), würden die Gesundheitssysteme zusammenbrechen, wenn man das Potential von E-Health nicht ausschöpft.

Mit der Unterzeichnung einer Vereinbarung zu E-Health haben weiters die EU und die USA ein gemeinsames Vorgehen verabredet, mit dem die Entwicklung der Interoperabilität elektronischer PatientInnenakten sowie Bildungsprogramme für IT-Personal und medizinische Fachkräfte gefördert und die Zusammenarbeit ausgebaut werden soll.

Weiters hat die Europäische Kommission eine Mitteilung zur „Digitalen Agenda für Europa“ vorgelegt, mit dem Ziel, die Möglichkeiten des digitalen Marktes besser zu nutzen. Im Kern konzentriert sich der Aktionsplan auf sieben Bereiche zum Ausbau der wirtschaftlichen und sozialen Potenziale des Internets.

Unter den sieben Aktionsbereichen der Agenda ist auch die zügige Einführung der Telemedizin (eine auf digitalen Technologien basierende elektronische Gesundheitsversorgung) vorgesehen, die die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern und deren Kosten senken soll. Nach Ansicht der Kommission können chronisch Kranke und behinderte Menschen mittels telemedizinischer Dienstleistungen besser überwacht, Online-Konsultationen durchgeführt und die Notdienste verbessert werden.

Bis 2012 will die Kommission eine Empfehlung zur Festlegung eines gemeinsamen Mindestsatzes von PatientInnen Daten vorlegen, um die Interoperabilität beim Zugang und elektronischen Austausch von PatientInnenakten zwischen den Mitgliedstaaten sicherzustellen. 2015 sollen PatientInnen einen sicheren Online-Zugang zu ihren Gesundheitsdaten erhalten und bis 2020 telemedizinische Dienstleistungen auf breiter Ebene angeboten werden.

## **15. Das Gesundheitswesen im Spiegel der Medien**

Gesundheit und Gesundheitspolitik zeigen in den Medien hohe Präsenz. Tageszeitungen, Zeitschriften, Magazine und auch die elektronischen Medien widmen zunehmend eigene Rubriken und Formate „gesundheitslichen“ Inhalten. Damit versuchen sie, den vitalen Bedürfnissen der Lesergemeinschaft Rechnung zu tragen. Das liegt gleichzeitig im wirtschaftlichen Interesse der Verlage, da es zu hohen Auflagen beiträgt und den Stoff für Schlagzeilen bietet.

Da die Gesundheitspolitik seit geraumer Zeit als wesentliche staatliche Aufgabe bei der Finanzkonsolidierung öffentlicher Haushalte apostrophiert wird, hat auch sie zunehmend mediale Aufmerksamkeit erfahren. Nach vorerst eher unkritischer Wiedergabe des ökonomisch dominierten Zuganges zu gesundheitspolitischen Themen, setzte sich nach und nach eine ausgewogenere Betrachtungsweise durch, wonach finanz- und wirtschaftspolitische Überlegungen gerade in Fragen der zentralen Daseinsvorsorge mit sozialpolitischen Zielen konkurrieren. Diesen Antipoden folgend zeichnen die Medien auch ein widersprüchliches Bild der Ärzteschaft und ihrer gesetzlichen Vertretung. Einerseits werden sie in der wirtschafts-affinen Auslegung als Reibebäume und Bremser vermeintlich kostensenkender Reformen gesehen, andererseits gelang es den Ärztinnen und Ärzten, der mechanistischen Ideologie der Finanzwirtschaft die soziale und solidarische, daher auch emotionale Komponente des Gesundheitswesens entgegenzuhalten.

Der Bruch verläuft ebenso durch die Begriffswelt:



Die Sprache der Gesundheitsökonomie formuliert technokratisch und distanziert; sie taxiert Gesundheit als Produkt eines Prozesses auf abstrakt-monetärer Basis. Der ärztlich determinierte Stil hingegen orientiert sich größtenteils an der konkreten Notlage der PatientInnen vor dem Hintergrund eines humanistischen und ganzheitlichen, bio-psycho-sozialen Menschenbildes. Dieses semantische Spannungsfeld fand in den letzten Jahren seinen medialen Niederschlag: Der Anspruch der Ökonomie auf Macht und Deutungshoheit im Gesundheitssystem steht sowohl im Konflikt mit den ethischen und gesetzlichen Bindungen der geregelten Gesundheitsberufe als auch mit den gesellschaftlichen Erwartungen.

Noch immer geistern Milliardenbeträge als mögliches „Einsparpotenzial“ im Gesundheitswesen herum. Dass es sich dabei nur um einen möglichen Umschichtungsbetrag handelt, scheint in der Presse noch nicht ausreichend klargestellt. Überhaupt stand in der Darstellung ökonomischer Denkmodelle der Kostenfaktor im Mittelpunkt, während Nutzen und Wertschöpfung des Gesundheitswesens in der Höhe von 22,5 Milliarden Euro erstmals durch eine von der Ärztekammer in Auftrag gegebene IHS-Studie in Spiel gebracht wurden und entsprechende Beachtung fanden.

## **Institutionen**

Der Diskurs zwischen wirtschaftsgetriebener und ethikbasierter Gesundheitsversorgung spielt sich auch auf institutionalisierter Ebene ab. Von der Wirtschaftskammer wurde mit medialen Begleiterscheinungen eine „Plattform Gesundheitswirtschaft“ ins Leben gerufen, die gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe formierten sich als Gegenpol in einer „Gesundheitsberufe-Konferenz“, die im Beobachtungszeitraum in der Phase der Gründung war und daher zunächst nur marginal in der Öffentlichkeit in Erscheinung trat.

## **SVA**

Die Antinomie zwischen Ökonomie und unmittelbaren Lebensbedürfnissen der PatientInnen trat in den Jahren 2009 und 2010 im unmittelbaren Einflussbereich der Wirtschaft und der Wirtschaftskammer zu Tage. Nachdem ein bereits bis ins Detail mit den Ärztinnen und Ärzten ausverhandelter Vertrag von der SVA – der Sozialversicherungsanstalt der UnternehmerInnen – gekippt worden war, kam es zu einem mehrmonatigen Tarifstreit, der in eine kurze vertragsfreie Zeit mündete. Die Berichterstattung war zu Beginn äquidistant. Doch mit dem Herannahen der Vertragslosigkeit wandten sich PatientInnen verärgert gegen die SVA; nicht zuletzt deshalb, weil die Leistungen der Unternehmerversicherung im vertragslosen Zustand stark reduziert würden. In Demonstrationen machten sie ihrer groben Verstimmung vor versammelter Presse Luft – das Meinungsklima wendete sich. Die Realität der PatientInnenbetroffenheit wog stark, und man einigte sich auf eine neue Leistungsvereinbarung, die im Wesentlichen der ursprünglichen, von der SVA im Herbst 2009 verworfenen, entspricht.

## Kassensanierung

Ein weiterer Schwerpunkt der medialen Resonanz lag bei den monatelangen Verhandlungen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Bundeskurie Niedergelassene Ärzte zur „Finanzkonsolidierung“ der Krankenkassen. Die Medien begleiteten die auf mehreren Ebenen geführten Arbeitsgespräche und vermerkten das von beiden Seiten eingebrachte bemühte Ringen um Lösungen. Unmissverständlich kam auch die Verpflichtung des Staates durch, „versicherungsfremde Leistungen“ abzugelten, da die Dämpfung des Ausgabenwachstums allein nicht in der Lage wäre, die Kassen zu entschulden. Argumente und Sorgen, dass eine auf Einsparungen konzentrierte Gesundheitspolitik zu Leistungseinschränkungen, Qualitätseinbrüchen und Unterversorgung besonders an der Peripherie führt, wurden im Beobachtungszeitraum aufgegriffen und durchaus kritisch kommentiert. Dies betrifft etwa die schwierige Situation der Landmedizin mit ihren umfassenden Aufgaben oder auch damit zusammenhängende Fragen der politisch unumstrittenen, bis dato jedoch verabsäumten Neupositionierung der/des Haus- und Vertrauensärztin- und Arztes als lebenslanger und generationenüberschreitender Begleiter ihrer/seiner PatientInnen.

## Hausarztmodell

Das von der Österreichischen Ärztekammer ausgearbeitete Haus- und Vertrauensarztmodell war Anlass, die Aufgaben der/des Hausärztin/Hausarztes, und ihre/seine oft prekäre Situation medial zu beleuchten und auf ihre/seine notwendige Aufwertung im Gesundheitssystem hinzuweisen. In einer Vielzahl von flankierenden Wortmeldungen hat die ÖÄK im Zusammenhang mit verwandten Themen wiederholt auf die Wichtigkeit des Hausarztmodells aufmerksam gemacht, was zu einer eingehenderen Befassung der Medien mit diesem Thema führte.

## Ausbildung

Die postpromotionelle Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte wurde auf zwei Ebenen diskutiert. Zum einen wurde der Vorschlag von Ministerin Beatrix Karl aufgegriffen, den Turnus in seiner derzeitigen Form abzuschaffen und nach einem einjährigen Praxisjahr das Studium mit einer Teilapprobation abzuschließen. Auch die auf die Heranzüchtung von billigen Systemerhaltern abzielende Kritik der Ärztekammer an dieser „Teilberechtigung“ und ihre Forderung nach einer grundlegenden Reform der allgemeinmedizinischen Weiterbildung mit einer Verlängerung und Vertiefung inklusive verpflichtender, öffentlich finanzierter Lehrpraxis wurden breit reflektiert. Auf der anderen Seite setzte eine Diskussion über einen drohenden Ärztinnen- und Ärztemangel als Folge verstärkter Migrationstendenz und verlockender ausländischer Stellenangebote für junge österreichische Ärztinnen und Ärzte ein. Dabei verankerte sich die Notwendigkeit zur Attraktivierung des Ärztinnen- und Arztberufes in Österreich – dies betrifft sowohl die Ausbildungssituation in den Spitälern als auch die Rahmenbedingungen einer ärztlichen Niederlassung.

## **Arbeitsbedingungen**

Im medialen Bewusstsein fest verankert sind die schwierigen Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte in Spital und Niederlassung. Überlange Dienste, die schwierige Ausbildungssituation und der überbordende administrative Einsatz in den Krankenhäusern wurden durch eine IFES-Studie der Bundeskurie Angestellte Ärzte im Zeitablauf dokumentiert und aufmerksam verfolgt.

## **Spitalsreform**

Die Spitalsreform, die Entlastung des Personals und die Übernahme von Leistungen der Spitalsambulanzen durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte spielten medial eine große Rolle. Diese Themen wurden im Umfeld der Konsolidierung der Krankenkassen mehrfach, in der Folge durch den Gesundheitsminister, die Ärztekammer und im gegen Ende 2010 vorgelegten „Masterplan Gesundheit“ des Hauptverbandes thematisiert. Dabei lag der Fokus vor allem auf Fragen der Wirtschaftlichkeit; vor diesem Hintergrund wurde etwa die Schließung kleiner Spitäler diskutiert.

Indes stieß die von Gesundheitsminister Stöger aufgegriffene, langjährige ÖÄK-Forderung nach Vereinheitlichung der derzeit existierenden zehn Krankenanstaltengesetze auf breite öffentliche Zustimmung.

## **Ärztliche Kooperationen**

Als kreatives Modell zur Entlastung der Spitalsambulanzen wurde die Schaffung der Ärzte-GmbHs gefeiert – nach monatelangem Ringen wurden die neuen Gruppenpraxen vom Nationalrat im Juli 2010 gesetzlich ermöglicht. Während das Gesundheitsministerium mit dieser Möglichkeit sehr hohe Erwartungen verbindet, sieht die Ärzteschaft in der konkreten Umsetzung zu viele Einschränkungen. Ihre maßvoll geäußerten Bedenken verhallten in der Jubelstimmung beinahe ungehört.

## **E-Projekte**

Vorgebliche Innovationen wie etwa die E-Medikation oder ELGA wurden differenziert und kritisch betrachtet:

Mögliche Vorteile halten sich in der medialen Aufarbeitung mit erwartbaren Nachteilen und Gefahren, zum Beispiel hohe Kosten oder Datensicherheit und Datenschutz, die Waage. Die Bevölkerung kann sich E-Medikation und ELGA durchaus vorstellen. Die Verzögerung des Medikationsprojektes und seine Gründe - zum Beispiel die schwierige Verhandlung des Hauptverbandes mit den Softwarefirmen - werden bestenfalls am Rande erwähnt.

## Qualitätssicherung

Von großer medialer Präsenz waren Fragen der Qualitätssicherung in der Medizin. Die von der Österreichischen Ärztekammer gesetzten Initiativen auf den Gebieten der ärztlichen Fortbildung, der Praxenevaluierung durch die ÖQMed, der 2009 erfolgten Etablierung eines Fehlerberichts- und Lernsystems (CIRSmedical) wurden breit gewürdigt. Ebenso wurde die oftmals reflexartige Kritik einiger weniger nichtärztlicher Exponenten, wie zum Beispiel des Sprechers der PatientInnenanwälte, gerne gebracht. Dieser äußert mit geradezu ostinater Regelmäßigkeit Zweifel an der Seriosität der Bemühungen, da seiner Ansicht nach Ärztinnen und Ärzte ärztliches Handeln schlechter beurteilen könnten als unabhängige, staatliche und nichtärztliche Stellen.

## Masterplan Gesundheit

Gegen Ende des Jahres 2010 schließlich stellte der Hauptverband mit kräftiger Unterstützung der Medien den „Masterplan Gesundheit“ vor.

Den überwiegend positiven bis abwartenden Resonanzen stand die pointiert kritische Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer und ihres Präsidenten gegenüber. Sie fiel auf sehr fruchtbaren Boden und wurde im Detail wiedergegeben: Der Hauptverband maße sich eine Rolle an, die dem Gesundheitsminister zustehe; auch wenn zum Teil altbekannte Forderungen unter anderem zahlreiche Ärztekammer-Vorstellungen aufgegriffen würden, wolle der Hauptverband eine Zentralisierung der Kompetenzen in seinen Händen; manche seiner Vorstellungen widersprächen den erst im Zuge der Kassensanierung mit der Ärztekammer vertraglich festgelegten Inhalten – in Summe sei „dieses Papier schlechter als PISA“.

Die Pläne des Hauptverbandes stehen darüber hinaus im Gegensatz zum kooperativen Ansatz der Österreichischen Ärztekammer. Ihre „Gesundheitspolitischen Perspektiven“ bevorzugen ein duales Finanzierungsmodell nach Sektoren gegenüber einem monistischen, genauso wie sie sich für ein partnerschaftlich-solidarisches System statt eines zentralistisch-verstaatlichten aussprechen.

Nicht zuletzt erwies sich auch hier, dass trotz positiver Grundtendenz zu notwendigen Veränderungen ökonomische Argumente nicht mehr vorbehaltlos übernommen werden. Diese Entwicklung ist auch als Anpassung der veröffentlichten Meinung an eine in der Bevölkerung verankerte Grundstimmung zu sehen, welche immer wieder in einschlägigen Demoskopien als Angst vor Verschlechterungen in der medizinischen Versorgung durchschlägt. Dazu hat die kontinuierliche Platzierung des klar umrissenen ärztlichen Standpunktes beigetragen.

Für Ihre persönlichen Notizen:

Für Ihre persönlichen Notizen:

Anregungen und Kritik nehmen wir gerne entgegen:  
Österreichische Ärztekammer  
Weihburggasse 10–12  
A-1010 Wien, Austria  
Tel.: +43 (1) 51406-0, Fax: 42 Dw  
post@aerztekammer.at  
www.aerztekammer.at