

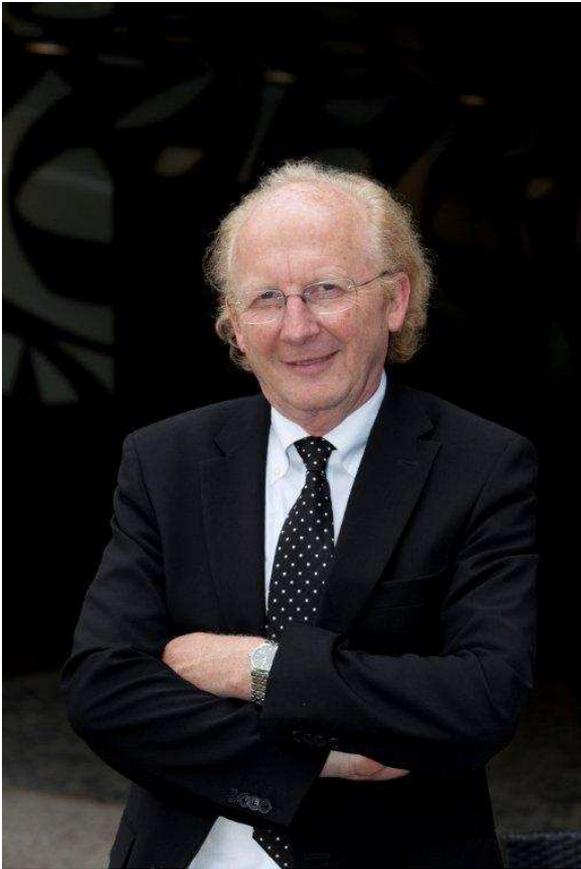
Wahrnehmungsbericht

2011 und 2012



Gesundheitswesen unter der Lupe

Vorwort



Dr. Artur Wechselberger
Präsident

Wie in den letzten Jahren erstellt die Österreichische Ärztekammer auch heuer wieder einen Wahrnehmungsbericht zum Gesundheitswesen für die Jahre 2011 und 2012.

Die Inhalte des Berichts - die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben - zeigen die Bandbreite und Vielfalt der Themen im Gesundheitswesen und die unglaubliche Breite des Engagements der Ärztinnen und Ärzte und der Österreichischen Ärztekammer.

Wien im Februar 2013

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	2
1. Entwicklung des Gesundheitswesens aus der Sicht der Österreichischen Ärztekammer	5
2. Gesundheitsreform	6
3. ELGA	6
ELGA-Gesetz kundgemacht	6
Erreichte Verbesserungen	6
Offene Fragen	7
Freiwilligkeit	7
Usability	7
Datenschutz und Datensicherheit	8
Finanzierung	8
Pilotprojekte	8
4. ÄrztInnenbedarfstudie	8
Ergebnis	9
Empfehlungen	10
5. Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG)	12
6. Die Österreichische Ärztekammer und ihre Aufgaben im Gesundheitswesen	13
Behördliche Aufgaben und Verordnungsmächtigungen der ÖÄK	13
Anerkennung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsstellen	16
Führung Ärzteliste	16
Anzahl der in Österreich tätigen Ärztinnen und Ärzte	17
7. Angestellte Ärztinnen und Ärzte	18
Grafische Darstellung	18
Blitzumfrage Spitalsärztinnen- und Spitalsärzte 2012	18
Turnusevaluierung	19
Akutordinationen zur Entlastung der Spitalsambulanzen	20
8. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	21
Alterspyramide – Ärztinnen und Ärzte mit Ordination	21
Verträge mit den sozialen Krankenversicherungen; WahlärztInnen	22
Honorarentwicklung	22
Kassenverhandlungen	24
Kinder- und Jugendpsychiatrie	24
Hausarztmodell - „Arzt der Zukunft – Zukunft des Arztes“	24
Vorsorgeuntersuchung	25
9. Aus- und Fortbildung	26
Allgemein	26
Verhandlungen zur Ausbildungsreform	26
Lehrpraxis	27
Verordnungen in Bildungsangelegenheiten	27

Arztprüfungen	29
Rotationskonzept	29
Visitation	30
Spezialisierungen	30
Spezialfortbildungen (ÖÄK-Spezialdiplome, Zertifikate)	30
Diplom-Fortbildungs-Programm	30
Novelle Ärzteausbildungsordnung	32
Additivfach Geriatrie	32
Mangelfach Kinder- und Jugendpsychiatrie	33
Ästhetische Operationen	33
Normierungen in der Medizin	34
Migration Additivfächer	34
10. Ärztliche Qualitätssicherung	35
Ärztliche Qualitätssicherung im eigenen Wirkungsbereich	35
Ärztliche Qualitätssicherung im übertragenen Wirkungsbereich	35
Qualitätssicherungsverordnung 2012	35
EbM-Guidelines – Evidenzbasierte Medizin für Klinik und Praxis	36
Brustkrebsfrüherkennungs-Programm	36
DMP Diabetes mell Typ 2 – Therapie Aktiv „Diabetes im Griff“	36
Gesetzliche Qualitätssicherung der Arztordinationen & Gruppenpraxen	37
ÖQM®-Launch	38
Fehlerberichts- und Lernsystem CIRSmedical.at	39
Barrierefreie Ordinationen gemäß QS-VO 2006	40
11. Gesundheitsberufe	40
Gesundheitsberufe-Konferenz	40
Medizinische Assistenzberufe – Gesetz (MAB-Gesetz)	41
12. Entwicklungen auf europäischer Ebene	42
Gesetzgebung	42
Europäische Gesundheitspolitik	44
13. Das Gesundheitswesen im Spiegel der Medien	45
Ärzte-Burnout	46
Ärztammerwahlen	46
ELGA/E-Medikation	46
Gesundheitsreform – Ökonomisierung des Gesundheitswesens	47
Hausapothekenregelung	47
Haus- und Vertrauensarzt-Modell	48
Initiativen zu Hörstörungen und Schlaganfall	48
Kinderpsychiatrie	48
SVA-Vorsorgemodell	48
TurnusärztInnenproblematik	49
Zwei-Klassen-Medizin	49
14. Stellungnahmen der Österreichischen Ärztekammer zu Themen des Gesundheitswesens	50
ÖÄK-Stellungnahmen 2011	50
ÖÄK-Stellungnahmen 2012	54

1. Entwicklung des Gesundheitswesens aus der Sicht der Österreichischen Ärztekammer

Die Österreichische Ärztekammer nimmt mit dem vorliegenden Wahrnehmungsbericht auf Sachverhalte und Entwicklungen in den Jahren 2011 und 2012 in verschiedenen Bereichen des österreichischen Gesundheitswesens Bezug. Ihrem gesetzlichen Auftrag folgend, die gemeinsamen Interessen aller in Österreich tätigen Ärztinnen und Ärzte zu vertreten, haben die Österreichische Ärztekammer und die Ärztekammern in den Bundesländern zahlreiche gesundheitspolitische Maßnahmen vorgeschlagen und umgesetzt, Problemstellungen analysiert, Konzepte erarbeitet, Schwierigkeiten und Defizite im Gesundheitswesen aufgezeigt, Anregungen zur Verbesserung verschiedener Problemstellungen geliefert und behördliche Aufgaben erfüllt. Gemeinsam mit der Politik wurde versucht, konfligierende Interessen auszugleichen.

Immer stärker sind jedoch - auch bei gesundheitspolitischen Maßnahmen - finanzpolitische Auswirkungen zu spüren bzw ein Kostendruck wahrzunehmen. Die ärztliche Tätigkeit unterliegt immer mehr dem Einfluss der Politik, gekennzeichnet durch zunehmende Kontrolle. Der freie Arztberuf wird zunehmend stärker reglementiert und staatlicher Bevormundung unterworfen. Es drohen Einschränkungen bestehender Versorgungsstrukturen, wie etwa der Rückbau der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung. Demgegenüber fehlen jedoch Verbesserungen der Rahmenbedingungen für die ärztliche Berufsausübung. Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation, Verschlechterung der Ausbildungsbedingungen, Arbeitsverdichtung, sowie die Zunahme von Bürokratie belasten die ärztliche Tätigkeit mehr denn je. Dazu kommt die Sorge eines künftigen ÄrztInnenmangels auf dem Land, in Ordinationen und Spitälern.

Aus Sicht der Ärztinnen und Ärzten stehen aber die Qualität ihrer Leistung und das Wohl sowie ausreichend Zeit für PatientInnen im Vordergrund. ÄrztInnen befinden sich in einem ethischen Spannungsverhältnis. Für sie zählt der Kontakt mit ihren Patientinnen und Patienten, Empathie, Hinwendung und Kommunikation. Der medizinische Fortschritt wird als Chance, nicht als Belastung gesehen.

Rationierungsentscheidungen durch die Ärztin/den Arzt werden klar abgelehnt und widersprechen zudem dem Berufsethos und zerstören das Vertrauen im Arzt/Patientenverhältnis.

Will man durch eine Verbesserung der Abläufe und Prozesse, Effizienz- und Produktivitätssteigerungen erzielen, muss die medizinische Kompetenz berücksichtigt werden, dh die Kompetenz derjenigen, die dafür ausgebildet sind und Tag für Tag in diesem Bereich arbeiten. In diesem Sinne ist die Österreichische Ärztekammer stets bemüht, ihre Expertise einzubringen, Lösungsvorschläge zu erstatten und verbesserte Rahmenbedingen für die ärztliche Berufsausübung zu schaffen.

Nachfolgend ein Überblick aus den verschiedenen Bereichen:

2. Gesundheitsreform

Die Ausarbeitung der Artikel 15a B-VG-Vereinbarungen hat vor allem die zweite Jahreshälfte 2012 dominiert. Es kam zu schweren Irritationen über Stil und Inhalt der Verhandlungen von Vertretern des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung. Hinter verschlossenen Türen - ohne Einbeziehung der Ärzteschaft - wurde über die weitere Entwicklung des sozialen Gesundheitssystems in Österreich entschieden. Konkret ging es um eine Artikel 15a B-VG-Vereinbarung - Zielsteuerung-Gesundheit sowie die Änderung der Art. 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Beide Vereinbarungen intendieren die Steuerung der medizinischen Versorgung über Zielsteuerungskommissionen, Kostendämpfungsmaßnahmen und haben zudem weitere Bürokratisierung im Gesundheitswesen im Blickpunkt.

Im Rahmen eines Protestkonvents der Ärzteschaft am 21.11.2012 wurde die Politik aufgefordert, die Pläne und Folgen der „Gesundheitsreform“ offenzulegen und die als „Dämpfungsmaßnahmen“ bezeichneten Einsparungen konkret darzustellen, sowie die Ärzteschaft in die Gespräche miteinzubeziehen.

Die Österreichische Ärztekammer warnte in diesem Zusammenhang vor den drohenden negativen Auswirkungen des von der Politik als „Gesundheitsreform“ bezeichneten Sparpakets besonders bezüglich der Versorgungssicherheit und wegen der zu erwartenden medizinischen und epidemiologischen Entwicklung in Österreich.

Die Vollversammlung der Österreichischen Ärztekammer hielt anlässlich Ihres Kammertages am 14.12.2012 fest, dass es Signale von Gesundheitsminister Stöger gäbe, einige ärztliche Bedenken, insbesondere die Stärkung der niedergelassenen Ärzte bei der ambulanten Gesundheitsversorgung aufzugreifen und darüber hinaus in einen fachlichen Dialog mit der Ärztekammer einzutreten. Dabei gehe es primär um die aktive Einbindung der Ärztekammern in die Ausarbeitung der Begleitgesetze und in der Umsetzung der Organisations- und Finanzreform in eine echte Versorgungsreform. In den Jahren 2011 und 2012 hat sich die Österreichische Ärztekammer abgesehen oben genannter „Gesundheitsreform“ mit folgenden gesundheitspolitischen und medizinischen Themen auseinandergesetzt, Lösungen vorgeschlagen bzw ist ihre Tätigkeit von folgenden Prämissen ausgegangen:

3. ELGA

ELGA-Gesetz kundgemacht

Mehr als eineinhalb Jahre nach der Präsentation der ersten Gesetzesvorlage wurde das ELGA-Gesetz am 29.11.2012 im Nationalrat beschlossen und mit BGBl I 111/2012 vom 14.12.2012 kundgemacht. Gegenüber der Regierungsvorlage gab es einen Abänderungsantrag (Abänderungsantrag zur RV 1936 BlgNR XXIV GP ELGA-G).

Erreichte Verbesserungen

Gegenüber dem Begutachtungsentwurf vom 22. Februar 2011 konnten ua folgende Verbesserungen erreicht werden:

- Keine Einsichtspflicht für ÄrztInnen in ELGA
- Automatische Erstellung einer Patient summary
- Dokumentenkorrekturmöglichkeit
- Speicherpflicht nur für Kassenvertragsärzte (eMedikation), Labor-Fachärzte und Fachärzte für Hygiene und Mikrobiologie (Laborbefunde), Fachärzte für Radiologie (Radiologiebefunde) und Spitäler (Entlassungsbriefe, Labor- und Radiologiebefunde)
- Keine Speicherpflicht für Wahlärzte (ausgenommen LAB-, HYG- und RAD-Wahlärzte)
- Keine Verpflichtung zur Speicherung von Bilddaten
- Keine Speicher-/Verwendungspflicht, wenn der ELGA-Zugriff technisch nicht möglich oder so zeitaufwändig ist, dass die Gesundheit von Patienten gefährdet ist.
- Keine € 10.000,- Strafe bei Nichtspeicherung von Dokumenten
- Datenspeicher muss in der EU sein, somit Anwendung des europäischen Datenschutzrechts
- eMedikation ohne zentrale Interaktionsdatenbank
- Durch den Betrieb des eMedikationssystems darf nicht in die Leistungserbringung der Ärzte, insb. nicht in die Therapiefreiheit, eingegriffen werden
- Ausblendungen gehen zu Lasten des Patienten
- Ärzte müssen nicht nachfragen, ob der Patient etwas ausgeblendet hat.

Offene Fragen

Das bereits kundgemachte ELGA-Gesetz ist besser als der ursprüngliche Entwurf, doch noch weiter verbesserungsbedürftig. Es gibt nach wie vor offene Fragen. Eine Nachjustierung des ELGA-Entwurfes durch den Gesetzgeber wird erforderlich sein, um eine praktikable Lösung sicherzustellen. Es besteht Verbesserungsbedarf, insbesondere betreffend die Bestimmungen zur geforderten Nutzerfreundlichkeit (Usability), zum Datenschutz, zur Datensicherheit, zur Kostentragung und Finanzierung, zu den Nutzungsrechten und zur Verantwortlichkeit für das ELGA-System. Offen ist weiteres die Frage der Finanzierung. Eine Pilotphase wird im Gesetz optional angesprochen und sollte unbedingt vorgeschaltet werden.

Freiwilligkeit

Begrüßt wird die vorgesehene Abschwächung der Teilnahmepflicht für Ärztinnen und Ärzte hin zu einem „Verwendungsrecht“.

Usability

Unzureichend ist nach heutiger Sicht die von den Experten und ÄrztInnen reklamierte Nutzerorientierung geregelt. Hier gibt es lediglich unverbindliche Aussagen über eine Usability, die erst zu einem späteren Zeitpunkt – 2018 - angestrebt werden soll bzw dann durch Verordnung des Gesundheitsministers festzulegen sein wird. Im Sinne der raschen Umsetzbarkeit des ELGA-Projektes sind dringend und rasch Verbesserungen bei der Dokumentenarchitektur und Suchfunktion erforderlich. Diese muss den Ärztinnen und Ärzten sofortige und punktgenaue Informationen zu ganz konkreten Fragen in der Patientenbehandlung ermöglichen. Derzeit ist lediglich eine Suche in den „Metadaten“ nach Autor, Erstellungsdatum, Fachrichtung, Typ und nicht nach relevanten Gesundheitsinformationen vorgesehen. Sollten hier keine Änderungen erfolgen, droht Kollaps der Patientenversorgung.

Auch in der Patientenversorgung für den Krankenhausbetrieb ist eine zeitgemäße Usability notwendig, stoßen in diesem Bereich doch externe Befunddokumente auf unterschiedlichste hausinterne Krankenhaus-Informationssysteme. Eine Konstellation die nicht zu bewältigen ist, wenn nicht eine entsprechende Architektur und Struktur der Dokumente verbunden mit einem schnellen Suchsystem ein fehlerfreies Zusammenspiel ermöglichen.

Datenschutz und Datensicherheit

Auch bei Datenschutz und Datensicherheit finden sich offene Punkte. Es muss unmissverständlich festgehalten werden, dass Gesundheitsdaten keinesfalls dazu verwendet werden dürfen, Patienten zu kontrollieren oder beliebige Rückschlüsse zu ziehen. Auch die Verschlüsselung von Daten bei der Speicherung ist noch nicht klar gelöst.

Finanzierung

Es ist zu befürchten, dass sich die kolportierten Kosten von 130 Millionen vervielfachen werden. Alleine der Aufwand der ÄrztInnen für die Erstinvestition ohne laufende Kosten ist mit mindestens 30 Millionen zu veranschlagen. Die öffentliche Abgeltung ist noch nicht geregelt.

Pilotprojekte

Die nötige Pilotphase wurde gesetzlich nicht verpflichtend vorgesehen, obwohl sie sich aus der Verpflichtung gegenüber den Steuerzahlern sowie gegenüber den Systemanwendern ergibt. Die „schwammige“ Möglichkeit regional verteilter Tests reicht nicht, denn das System ist vorab verbindlich zu testen und von unabhängiger Seite zu evaluieren.

4. ÄrztInnenbedarfstudie

Zusammen mit dem BMG und dem BMWF wurde erstmals gemeinsam der künftige Bedarf an Ärztinnen und Ärzten sowie an entsprechenden Ausbildungskapazitäten in Österreich abgeschätzt.

Die demografische Entwicklung der Bevölkerung wird unbestritten eine große Herausforderung für die Gesundheitsversorgung Österreichs darstellen. Ein wesentliches Kriterium wird parallel dazu die demografische Entwicklung der Ärztinnen und Ärzte sein. Schon jetzt ist vor allem in den ländlichen Regionen Österreichs ein ÄrztInnenmangel spürbar. Dieser Trend wird sich in den nächsten Jahren bzw Jahrzehnten weiter verschärfen und betrifft sowohl den niedergelassenen als auch den spitalsärztlichen Bereich. Umso wichtiger ist es bereits heute, über die Sicherstellung der medizinischen Betreuung der Bevölkerung von morgen nachzudenken. Die vorliegende Studie trägt diesem Gedanken Rechnung. Die gesammelten Daten und Informationen sollen Entscheidungsgrundlagen darstellen und dabei helfen, die Weichen für die künftige Gesundheitsversorgung in die richtige Richtung zu stellen. Es ist höchste Zeit, vernünftige Strategien gegen drohende Versorgungsdefizite zu erarbeiten. Der gemeinsam erarbeitete Empfehlungsteil enthält wesentliche Aspekte, die für eine nachhaltige Sicherung der Gesundheitsversorgung durch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte von grundlegender Bedeutung sind. Attraktive Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte und ärztliche Freiberuflichkeit sind eine

unverzichtbare Basis für eine persönliche und am Patienten orientierte Gesundheitsbetreuung.

Ergebnis

Anhand der Gegenüberstellung der Ergebnisse einer ÄrztInnenbedarfs- und einer ÄrztInnenangebotsprognose für die Jahre bis 2030, erfolgte eine Einschätzung, inwieweit in den kommenden Jahren der geschätzte Bedarf an Ärztinnen und Ärzten durch das künftig zur Verfügung stehende ÄrztInnenangebot gedeckt werden kann.

Den Prognosen liegt eine Reihe von Modellannahmen zugrunde. Ein wesentlicher Einflussfaktor bei der Einschätzung des ÄrztInnenbedarfs ist die Versorgungswirksamkeit der Wahlärztinnen und Wahlärzte. Bei der Einschätzung des künftigen ÄrztInnenangebots wiederum ist das tatsächliche Pensionsantrittsalter der Ärztinnen und Ärzte maßgeblich. Da für beide Modellparameter derzeit keine validen Daten zur Verfügung stehen, wurden, ausgehend von unterschiedlichen Annahmen, zwei Varianten zur Ergebnisermittlung modelliert:

Variante 1 beruht auf der Annahme eines höheren Pensionsantrittsalters und einer geringeren Versorgungswirksamkeit der WahlärztInnen.

Variante 2 beruht auf der Annahme eines niedrigeren Pensionsantrittsalters und einer höheren Versorgungswirksamkeit der WahlärztInnen.

Die beiden Ergebnisse können somit im Sinne einer Bandbreite interpretiert werden, innerhalb derer sich ÄrztInnenbedarf und ÄrztInnenangebot in den nächsten Jahren entwickeln werden.

Die prognostizierte Differenz zwischen Angebot und Bedarf zeigt für die Jahre 2025 und 2030 folgendes Bild:

Jahr	Variante 1 (Gesamt ohne ZahnärztInnen)	Variante 2 (Gesamt ohne ZahnärztInnen)
2025	- 211	- 6.245
2030	- 3.272	- 7.652

Geht man von einer etwas geringeren Versorgungswirksamkeit im WahlärztInnenbereich und einem etwas höheren Pensionsantrittsalter (Variante 1) aus, so werden laut Prognoseergebnissen bis zum Jahr 2024 noch ausreichend Ärztinnen und Ärzte in Österreich zur Verfügung stehen. Erst danach wird ein ÄrztInnenmangel prognostiziert, und zwar sowohl im fachärztlichen als auch im allgemeinmedizinischen Bereich.

Ausgehend von einer höheren Versorgungswirksamkeit im WahlärztInnenbereich und einem etwas niedrigeren Pensionsantrittsalter (Variante 2), wird die Lücke zwischen Angebot und Bedarf in den kommenden Jahren laufend größer, wobei sich die Situation zwischen 2020 und 2025 am stärksten verschärfen wird.

Empfehlungen

Die Studie enthält Empfehlungen, die sich auf konkrete Maßnahmen in verschiedenen Teilbereichen des Gesundheitssystems, auf grundlegende Themen der Bedarfsschätzung und auf Maßnahmen zur Verbesserung der Datenbasis für künftige ÄrztInnenbedarfsstudien beziehen.

Neben der Forderung nach geregelten Arbeitszeiten und möglichst wenigen Überstunden erwartet sich insbesondere die junge Generation von Ärztinnen und Ärzten auch neue Karrieremodelle und einen neuen Führungsstil.

Konkrete Punkte

- Dem jeweiligen Lebensabschnitt entsprechende, flexible Arbeitszeitmodelle schaffen (zB Teilzeitmodelle für ältere ArbeitnehmerInnen, Elternteilzeit, individuelle Arbeitszeiten)
- Work-Life-Balance-Modelle entwickeln
- Adäquate (24-Stunden-)Kinderbetreuungsplätze anbieten.

Auf Grund der zum Teil sehr belastenden Arbeitssituation in den Spitälern (Arbeitsverdichtung nimmt zu, Intensität und Belastung steigen, Arbeitsbereitschaftszeiten nehmen ab, Vollarbeitszeiten nehmen zu) lässt sich derzeit zudem immer wieder eine Tendenz vom Spitalsbereich hin zur eigenen Ordination erkennen, wobei hier wiederum der Wahlarztsektor immer stärker wächst.

Um einem möglichen frühen Pensionsantritt und der Abwanderung bereits in Österreich berufstätiger Ärztinnen und Ärzte bzw Medizinabsolventinnen und –absolventen entgegenzuwirken, wird ein Paket mit folgenden Schwerpunkten für Spitals- und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte empfohlen:

Attraktivität in den Spitälern steigern

- Reduzieren der Administrativbelastung – weniger aktive Dokumentationsarbeit, dafür mehr Zeit für ärztliche Tätigkeiten
- Ausbildungsgerechte Verwendung der Jungmediziner/innen
- Administrative und arztfremde Tätigkeiten sollen von geeignetem Personal verrichtet werden
- Sinnvoller Personaleinsatz nach Qualifikation
 - ärztliches Personal: Medizin
 - diplomiertes Pflegepersonal: Pflege und mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich
 - Pflegehelfer: einfache Grundtätigkeiten
 - Stationssekretärinnen/-sekretäre: Administration
 - Hilfsdienste
- Steuerung des Zustroms zu Spitalsambulanzen
- Verbesserte tagesklinische Betreuung statt stationärer Aufnahme
- Etablierung familienfreundlicher Ausbildungsmodelle und Arbeitsbedingungen, Umsetzung entsprechender Teilzeitmodelle
- Schaffung bzw Erhalt von Karrieremöglichkeiten in den Spitälern, transparente und gender- & diversitygerechte Verteilung der Ausbildungsstellen
- Sicherstellung eines verantwortlichen Leiters pro Organisationseinheit vor Ort

- Abbau des Missverhältnisses zwischen Arbeitsleistung und Gehalt (ein vernünftiges Gehalt ist derzeit nur durch Verrichtung möglichst vieler Nachtdienste erreichbar)
- Einhaltung der gesetzlichen Arbeitszeithöchstgrenzen (KA-AZG, ARG ...)
- Etablierung von Systemen zur innerbetrieblichen Mitarbeitermotivation
- Erhalt der Arbeitsfähigkeit und Schaffung von Arbeitszeitmodellen für ältere Spitalsärztinnen und -ärzte

Attraktivität im niedergelassenen Bereich steigern

- Niederlassung attraktiver machen: Sicherstellung eines adäquaten Einkommens und adäquater Arbeitsbedingungen speziell in peripheren Gebieten (u. a. bereits frühes „Werben“ um Jungärztinnen/-ärzte wie z. B. in Deutschland durch „Landarztstipendien“ während der Ausbildung, verstärkte Förderung von Lehrpraxen in Landarztordinationen)
- Administrativen Aufwand reduzieren
- Unterstützung bei der Eröffnung einer Ordination (Vereinfachen baulicher Vorschriften, anwenderfreundliche Bürokratie, mehr Service, „One-Stop-Shop“)
- Arbeitsbedingungen verbessern, insbesondere auch am Land (Problematik der Bereitschaftsdienste)
- Zusammenschluss zu mono- und multidisziplinären Gruppenpraxen erleichtern.

Attraktivität der postpromotionellen Ausbildung steigern

Um neben der Ausbildungsqualität auch die Attraktivität der medizinischen Ausbildung in Österreich zu verbessern und der Abwanderung von Medizinabsolventinnen und -absolventen zur weiteren Ausbildung ins Ausland entgegenzuwirken, wurden folgende Empfehlungen formuliert:

- Ausbildungskultur etablieren
- Jungmediziner/innen ausbildungsgerecht einsetzen
- Qualitätsstandards in der Ausbildung, speziell auch bei Lehrpraxen
- Zukünftige Fachärztinnen und -ärzte sollen ihre FA-Ausbildung gleich beginnen, dies verkürzt die Ausbildungszeiten
- Nahtlosen Umstieg nach Beendigung des Studiums ermöglichen in die Ausbildung zum Allgemeinmediziner oder in die Facharzt Ausbildung, Engstellen bei postpromotionellen Ausbildungsplätzen vermeiden
- Vorleistungen der medizinischen Universitäten durch Umbau des Studienplanes (vermehrte praktische Ausbildung) bei der künftigen Gestaltung der postpromotionellen Ausbildung berücksichtigen; universitäre und postpromotionelle Ausbildung aufeinander abstimmen (siehe derzeit laufende Arbeitsgruppe Turnusausbildung)
- Ausbildung durch modulartigen Aufbau vereinfachen (neue Rasterzeugnisse).

Fakt ist, dass bereits jetzt die Dichte der ärztlichen Versorgung zwischen den Bundesländern deutlich variiert. Auch innerhalb der einzelnen Bundesländer zeigen sich zum Teil große Unterschiede zwischen zentralen und peripheren Regionen. Nach Auskunft einiger Krankenanstaltenträger wird es in einzelnen Fachrichtungen immer schwieriger, in dezentral gelegenen Häusern frei werdende Stellen rasch nachzubesetzen. Selbiges gilt mittlerweile in einigen Regionen auch für den niedergelassenen Bereich. Der Grund dafür ist zu sehen in

der mangelnden Attraktivität einzelner Regionen (insbesondere dünn besiedelter ländlicher Regionen) sowie einzelner Fachrichtungen (insbesondere der Allgemeinmedizin). Ziel der nachfolgend genannten Empfehlungen ist es, diesen fachrichtungsspezifischen und regionalen Disparitäten entgegenzuwirken:

- Ärztliche Tätigkeit in peripheren Gebieten für Jungärztinnen und -ärzte attraktiver machen (z. B. durch Landarztstipendien, Lehrpraxisförderungen von Landarztpraxen)
- Interessante, qualitätsgesicherte Leistungsspektren auch in Spitälern außerhalb der Ballungsräume anbieten
- Kooperation zwischen intra- und extramuralem Bereich verbessern (Steuerung des Zustroms zu Spitalsambulanzen, verbesserter Informationsfluss und Behandlungskontinuität zwischen Spital und niedergelassenem Bereich)
- Steuerung der Niederlassung und der Nachbesetzung von Praxen speziell in der Peripherie verbessern.

(Quelle: GÖG/ÖBIG 2012, Ärztinnen und Ärzte: Bedarf und Ausbildungsstellen 2010 bis 2030; siehe dazu <http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/Aerzte-und-Aerztinnen.html>).

5. Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG)

Die Österreichische Ärztekammer hat nach Einholung interner Expertise zum Entwurf des ÖSG 2012 Stellung genommen. Inhaltlich entspricht der ÖSG 2012 im Wesentlichen dem ÖSG 2010, weshalb die Kernpunkte der Kritik aus dem Jahr 2010 aufrecht blieben:

1. Im ÖSG wird nach wie vor keine Grundversorgung definiert
2. Die Aufgabenstellung und Position der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wird im ÖSG völlig unbefriedigend dargestellt
3. Unklar ist, welche Rechtsfolgen Verstöße gegen ÖSG-Regelungen haben
4. Unklar ist die zukünftige Situation im Bereich der Großgeräte
5. Die angestrebte extra- und intramurale Gesamtplanung muss die fehlende Finanzierung vieler bisher intramural erbrachter Leistungen thematisieren, um neben der Erreichbarkeit auch die Verfügbarkeit (Abdeckung durch Krankenversicherung) von Leistungen sicherzustellen.

Die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung muss auch weiterhin gewährleistet sein! Die Grundversorgung kann nicht an Mindestzahlen bzw Mindestfrequenzen gebunden werden. Jede Fachärztin/jeder Facharzt ist imstande, Grundversorgung zu leisten. Die Österreichische Ärztekammer bekennt sich zu einem geografisch abgestuften System, in dem besonders spezialisierte Leistungen nicht in der Peripherie angeboten werden müssen, sondern Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten und Universitätskliniken vorbehalten werden können.

Weiters ist festzuhalten, dass der ÖSG fachärztliche Tätigkeitsfelder nicht einschränken kann, da sich deren Umfang aus dem ärztlichen Berufsrecht (ÄrzteG und ÄAO) ergibt. Die Grundversorgung muss durch klar definierte Leistungsspektren der einzelnen Abteilungen definiert werden. Mindestfrequenzen sind dafür kein geeignetes Instrumentarium.

Da der ÖSG 2012 die genannten Punkte nach wie vor nicht entsprechend berücksichtigt, hat die Österreichische Ärztekammer in der Bundesgesundheitskommission am 23.11.2012 gegen die vorgelegte Fassung gestimmt.

6. 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.

Die Österreichische Ärztekammer vollzieht - teilweise in Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern - Angelegenheiten im eigenen Wirkungsbereich, d.h. in eigener Verantwortung und frei von Weisungen. Sie nimmt Aufgaben wahr, die im ausschließlichen oder überwiegenden gemeinsamen Interesse der Ärzteschaft liegen.

Weisungsbindung gegenüber dem Bundesminister für Gesundheit besteht im übertragenen Wirkungsbereich. Hier vollzieht die Österreichische Ärztekammer Aufgaben, die vom Bund per Gesetz in Auftrag gegeben wurden.

Behördliche Aufgaben und Verordnungsermächtigungen der ÖÄK

Nachfolgende Aufstellung soll einen Überblick über die behördlichen Aufgaben und Verordnungsermächtigungen der Österreichischen Ärztekammer jeweils im eigenen und übertragenen Wirkungsbereich bieten:

Eigener Wirkungsbereich

Behördliche Aufgaben der ÖÄK	
Angelegenheiten	Rechtsgrundlage/Ärztegesetz 1998
Führung der Ärzteliste	§ 117b Abs.1 Z 16, § 27
Verfahren Eintragung in die Ärzteliste und Streichung aus Ärzteliste, Ausstellung der Ärztinnen- und Ärzteausweise und sonstiger Bestätigungen	§ 117b Abs.1 Z 18; §§ 4, 27, 29 und 59
Anerkennung Lehrpraxen und Lehrgruppenpraxen; Führung eines Verzeichnisses	§ 117b Abs.1 Z 17; §§ 12 und §12a
Diplomausstellung AfAm, Fachärztin und Facharzt oder in einem Additivfach	§ 117b Abs.1 Z 20
Ausstellung von EWR - Bescheinigungen	§ 15 Abs.4
Gleichwertigkeit der ärztlichen Qualifikation, (ausgenommen Verfahren im Sinne der §§ 32 und 33), Anrechnung von Zeiten ärztlicher Aus- und Weiterbildung, Tätigkeiten und Prüfungen	§ 117b Abs.1 Z 19; § 5a, § 14

Gleichwertigkeit ausländischer arbeitsmedizinischer Ausbildungen	§ 39
Gleichwertigkeit ausländischer Notärztinnen- und Notarztfortbildungen	§ 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 überwiegenden Interesse der Ärztinnen und Ärzte 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"> a) ärztlichen Fort- und Weiterbildung b) Art und Form zulässiger ärztlicher Informationen in der Öffentlichkeit c) hygienischen Anforderungen von Ordinationsstätten und Gruppenpraxen (sofern nicht bundesrechtliche Vorschriften bestehen) d) Führung von ärztlichen Schildern e) Lehr(gruppen)praxenführung und f) Zusammenarbeit mit der Pharma- und Medizinprodukteindustrie (Verhaltenskodex)
Empfehlung über die angemessene Honorierung privatärztlicher Leistungen
VO über Schlichtungen

Übertragener Wirkungsbereich

Behördliche Aufgaben der ÖÄK	
Angelegenheiten	Rechtsgrundlage/Ärztegesetz 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 Z2, Z3 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
Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung im Hinblick auf überwiegende Interessen der Allgemeinheit (insbes. Erarbeitung und Durchführung qualitätssichernder 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

Anerkennung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsstellen

Die seit dem Verwaltungsreformgesetz 2001 an die Österreichische Ärztekammer übertragene Kompetenz der Anerkennung von Ausbildungsstätten und beachtliche 1.853, seit August 2002, durchgeführte Verfahren zeigen, dass auf Grund der Fachkompetenz der Ärztekammern eine sachadäquate und verwaltungsökonomische Vollziehung gewährleistet ist:

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
61	154	116	173	162	191	204	242	216	173	160

Die Zahlen belegen, dass alleine in den Jahren 2011 und 2012 333 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.

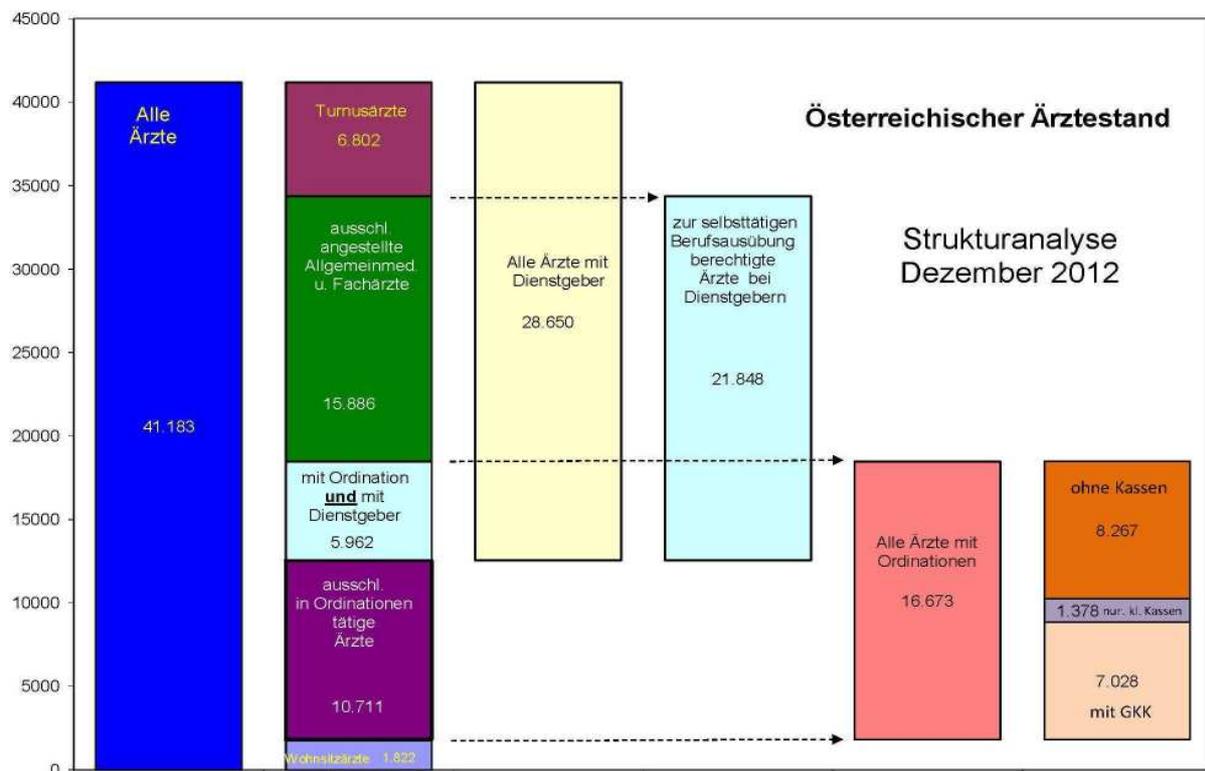
Führung Ärzteliste

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, ausreichender Kenntnisse der deutschen Sprache, sowie für die Tätigkeit als Turnusärztin/Turnusarzt, die Absolvierung des Medizinstudiums und für die selbständige ärztliche Tätigkeit der Abschluss der ärztlichen Ausbildung als Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin oder Fachärztin/Facharzt besonders erwähnenswert.

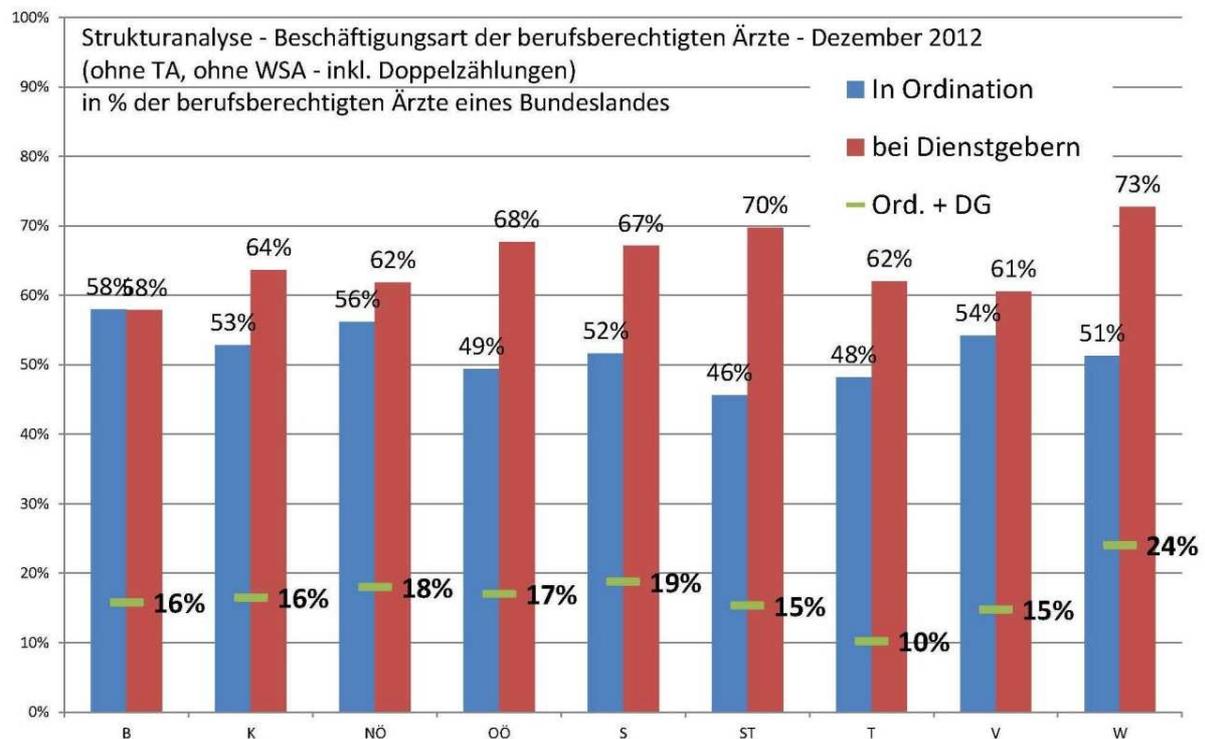
Der Wegfall eines Erfordernisses zur ärztlichen Berufsausübung wird durch die Österreichische Ärztekammer geprüft. Eine solche Prüfung kann insbesondere dann erfolgen, wenn Umstände hervorkommen, die darauf hinweisen, dass die Ärztin/der Arzt nicht mehr über die zur Berufsausübung notwendige Vertrauenswürdigkeit, gesundheitliche Eignung oder Eigenberechtigung verfügt.

Die Ärzteliste ist das verbindliche Register der in Österreich zur Berufsausübung berechtigten Ärztinnen und Ärzte. Näheres über Anzahl und Beschäftigungsart der berufsberechtigten ÄrztInnen liefern nachfolgende Grafiken.

Anzahl der in Österreich tätigen Ärztinnen und Ärzte

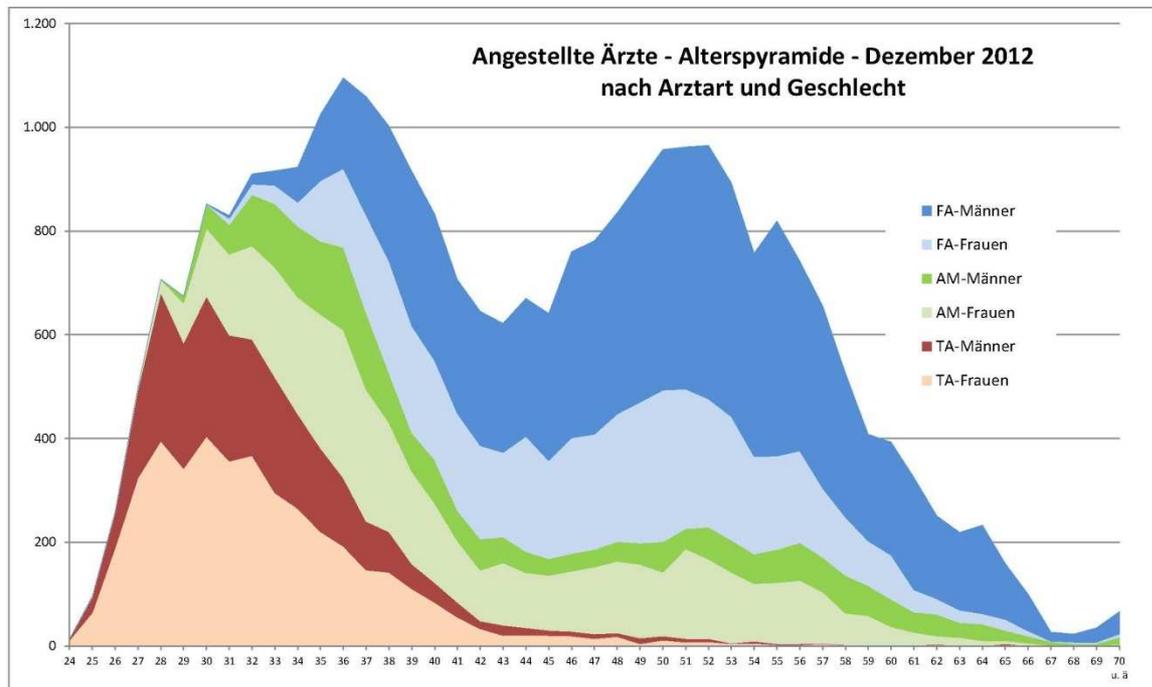


Nachfolgende Grafik liefert eine Analyse, wie viele zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Ärztinnen und Ärzte freiberuflich bzw in einem Dienstverhältnis tätig sind, gegliedert nach Bundesländern:



7. Angestellte Ärztinnen und Ärzte

Grafische Darstellung



Blitzumfrage Spitalsärztinnen- und Spitalsärzte 2012

Im Auftrag der Bundeskurie angestellte Ärzte hat ein unabhängiges Meinungsforschungsinstitut Anfang 2012 eine Blitzumfrage unter 500 österreichischen Spitalsärztinnen und -ärzten zur aktuellen Arbeitssituation durchgeführt. Vor allem Arbeitszeit und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten geben Anlass zu Kritik, auch eine deutliche Verschlechterung des Arbeitsklimas lässt die Motivation sinken. 94 Prozent der Befragten können sich stark mit ihrem Beruf identifizieren und gehen darin auf, und das trotz oftmals schwieriger Bedingungen.

Hohe Zufriedenheit mit dem Beruf sowie mit Art und Inhalt der ärztlichen Tätigkeit ist nach wie vor ein wichtiger Baustein für die Motivation der Spitalsärzteschaft. Wesentliche Faktoren sind weiters das Arbeitsklima, Arbeitsbedingungen, Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten, Arbeitszeit, Infrastruktur oder auch die Identifikation mit dem Dienstgeber bzw mit dem Krankenanstaltenträger.

Keine Aufstiegsmöglichkeiten – schlechte Perspektiven

Die Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten werden vor allem von Turnusärztinnen und –ärzten als schlecht gewertet.

Mangelnde Transparenz

Bei wesentlichen Veränderungen fühlt sich nur ein geringer Prozentsatz der Befragten ausreichend informiert und eingebunden, was auf Defizite in der Kommunikations- und Informationspolitik der Dienstgeber zurückzuführen ist. Hier braucht es mehr Transparenz in den Entscheidungsprozessen.

Keine Identifikation mit dem Dienstgeber

Besorgniserregend ist der Umstand, dass sich eine deutliche Mehrheit der Befragten nicht mit ihrem Dienstgeber bzw dem jeweiligen Krankenanstaltenträger identifizieren kann. Diese Unzufriedenheit zieht sich quer durch alle Gruppen, angefangen bei den Turnusärztinnen und Turnusärzten bis hin zu den Primarärztinnen und Primärärzten.

Rahmenbedingungen

Lediglich 36 Prozent der Befragten sind mit den Rahmenbedingungen wie Arbeitszeit, Infrastruktur und Organisation zufrieden, 33 Prozent zeigen sich kritisch und weitere 31 Prozent sind ganz und gar nicht zufrieden. Die Identifikation mit dem Beruf als solchem ist sehr hoch, der Einstieg in den Beruf wird aber speziell in der letzten Ausbildungsphase als extrem hürdenreich wahrgenommen.

Es ist somit dringend erforderlich, durchgehende Dienste auf 25 Stunden zu beschränken, administrative Aufgaben an Administrationsassistenten zu übertragen, das Mitspracherecht auf allen Ebenen zu fördern, das Turnusärztetätigkeitsprofil umzusetzen und den Beruf wieder attraktiver zu gestalten. Dazu gehört etwa auch die Einrichtung von Kinderbetreuungsstätten in den Spitälern, insbesondere wenn die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wirklich gewollt ist. Die geplanten Einsparungen und Leistungskürzungen, die nicht zuletzt auch durch die Novellierung des Kranken- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG) vorangetrieben werden, sind kontraproduktiv und gehen am tatsächlichen Bedarf sowohl der Ärzteschaft als auch der Patienten vorbei.

Die Leistungen der Ärzteschaft werden in der Öffentlichkeit oft als Kostenfaktor dargestellt, als Posten, die zu budgetären Defiziten führen. Das wirkt sich negativ auf die Motivation aus. Die Ökonomie darf nicht im Vordergrund stehen, unser Maßstab muss die bestmögliche medizinische Versorgung sein – und dazu braucht es auch motivierte, zufriedene Ärztinnen und Ärzte.

Turnusevaluierung

Bis zum Start der sogenannten „Turnusevaluierung“ durch die Bundeskurie Angestellte Ärzte der ÖÄK gab es in Österreich zur Ausbildungssituation von JungärztInnen lediglich Erhebungen auf Ebene der einzelnen Bundesländer. Ziel der Befragung ist es, Defizite und

Probleme im Ausbildungsalltag aufzudecken und so die Möglichkeit zu haben, gezielt auf diejenigen Bereiche hinzuweisen, in denen Verbesserungsbedarf besteht.

Im August des Vorjahres wurden die ersten Einladungen zur Teilnahme an der Umfrage ausgesandt. Bereits nach sehr kurzer Zeit zeigte sich, dass die Turnusevaluierung von den TurnusärztInnen sehr gut angenommen wird.

Hohe Beteiligungsquote

Die Rücklaufquote liegt aktuell bei 44 Prozent und übertrifft damit sogar die optimistischen Anfangserwartungen. Je höher die Beteiligung, umso aussagekräftiger werden die Ergebnisse, insbesondere im Hinblick auf den Vergleich zwischen den Bundesländern. Die mittlerweile bereits 5130 Ausbildungsstellenbewertungen werden dazu beitragen, einen detaillierteren Einblick in die Ausbildungssituation an den einzelnen Abteilungen zu bekommen.

Projektdauer 3 Jahre

Um möglichst alle Abteilungen und Ausbildungsabschnitte abzudecken, ist insgesamt eine Projektdauer von drei Jahren vorgesehen. Es erfolgen regelmäßige Berichte. Im Herbst 2012 wurde der erste Jahresbericht präsentiert.

Die Durchschnittsnote auf der Schulnotenskala ist 2,79 und damit lediglich befriedigend. Die jungen Kolleginnen und Kollegen sind zwar mit viel Freude bei der Sache, arbeiten aber jetzt schon häufig am Limit. Sie brauchen berufliche Perspektiven, ansonsten werden viele von ihnen ins Ausland abwandern oder den Arztberuf gar nicht ausüben. Auch grundsätzliche Änderungen in der Ausbildung zum Allgemeinmediziner und eine Förderung der Lehrpraxen sind längst überfällig. Die TurnusärztInnen dürfen nicht zu System-Erhaltern verkommen. Auch Bundesländer mit guten Bewertungen haben mit Nachwuchsproblemen zu kämpfen, weil die beruflichen Rahmenbedingungen im Ausland oft besser sind.

Positiv beurteilt: Lehrpraxen

In der österreichweiten Umfrage wurden auch die Lehrpraxen bewertet – und zwar überwiegend gut. Das zeigt, dass das Konzept sinnvoll und die Arbeit im Praxisalltag für die Kolleginnen und Kollegen sehr wertvoll ist. Es verdeutlicht weiters, wie wichtig eine Förderung der Lehrpraxen ist.

Akutordinationen zur Entlastung der Spitalsambulanzen

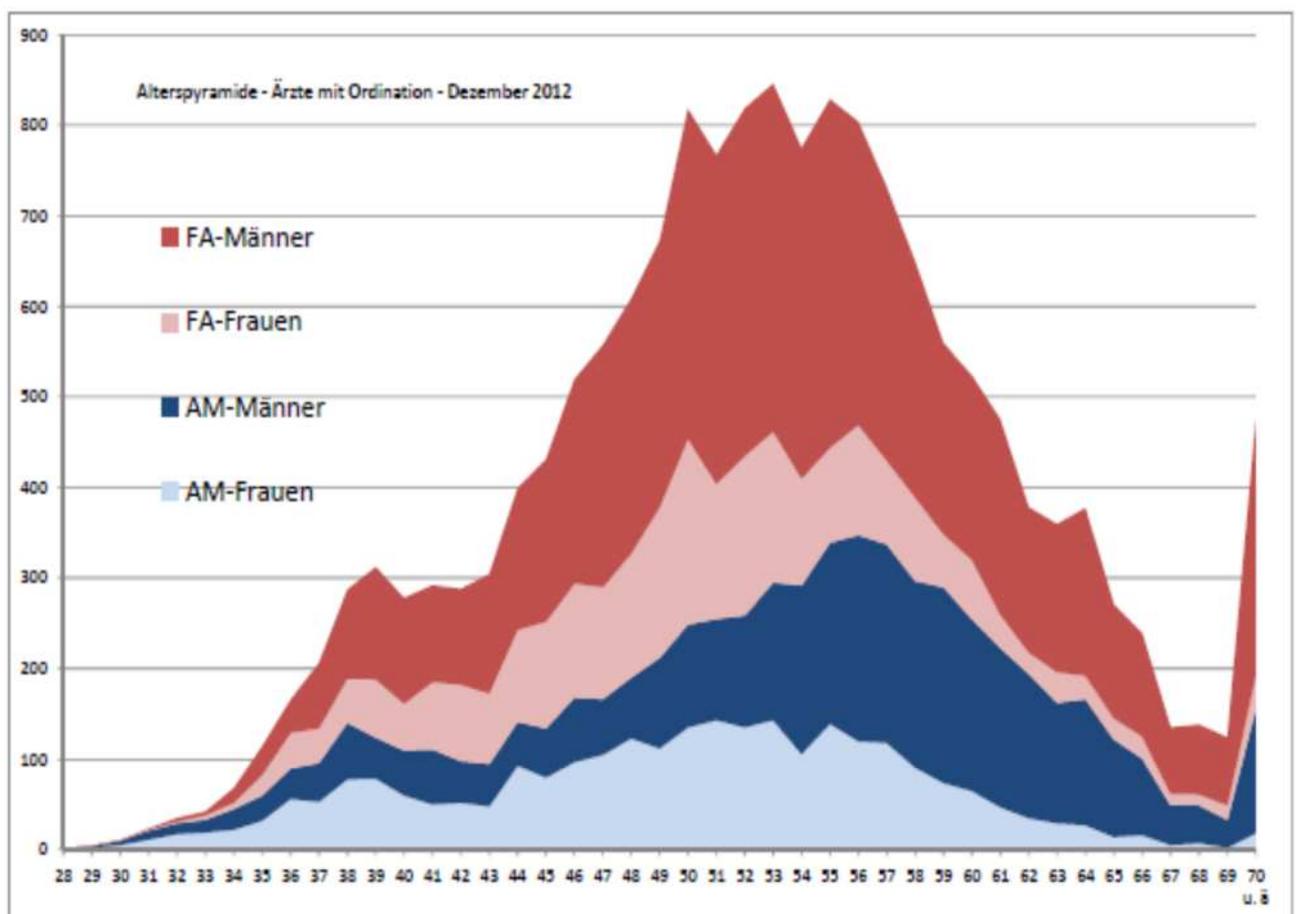
Im Rahmen einer eigens eingerichteten Arbeitsgruppe, bestehend aus Experten aus dem angestellten und dem niedergelassenen Bereich, wurde das Modell einer Akutordination entwickelt, um den ungesteuerten Zustrom zu den Ambulanzen zu kanalisieren. Diese soll als den Spitälern vorgeschaltete allgemeinmedizinische Einrichtung dafür sorgen, dass echte Notfälle sofort und je nach Erfordernis entweder im Krankenhaus oder in der Akutordination behandelt werden. Patienten, bei deren Beschwerden aus medizinischer Sicht keine Akutbehandlung nötig ist, sollen an den entsprechenden Fach- oder an den Hausarzt überwiesen werden. Spitalsambulanzen am Land wie in der Stadt kämpfen mit einer steigenden Zahl an Patienten, die von sich aus ins Krankenhaus kommen, insbesondere

nach der Arbeit oder am Wochenende. In sehr vielen Fällen hätte ein Besuch beim Hausarzt ausgereicht. So wird es für die Ambulanzen immer schwieriger, ihre Kernaufgabe zu erfüllen: Echte Notfälle rasch und wirksam zu versorgen. Auch das österreichische Gesundheitswesen sieht eigentlich die Hausärztin/den Hausarzt als ersten Ansprechpartner vor. Ins Krankenhaus sollten NotfallpatientInnen und solche, die entweder von niedergelassenen ÄrztInnen überwiesen wurden, oder wenn die Krankheit an sich einen Spitalsaufenthalt erfordert. Die sogenannte „abgestufte Versorgung“ macht durchaus Sinn – nicht nur aus wirtschaftlicher, sondern auch aus medizinischer Sicht.

Um eine optimale Filterfunktion zu erreichen, sollen die Akutordinationen auch räumlich in direkter Nähe zu einem Spital angesiedelt sein. Sowohl niedergelassene Allgemein- und FachmedizinerInnen als auch SpitalsärztInnen (auf freiberuflicher Basis) sollen in den Akutordinationen Dienst versehen. Und zwar insbesondere außerhalb der Kernöffnungszeiten der Spitäler, etwa Montag bis Freitag von 14:00 Uhr bis 22:00 Uhr und an Wochenenden.

8. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Alterspyramide – Ärztinnen und Ärzte mit Ordination



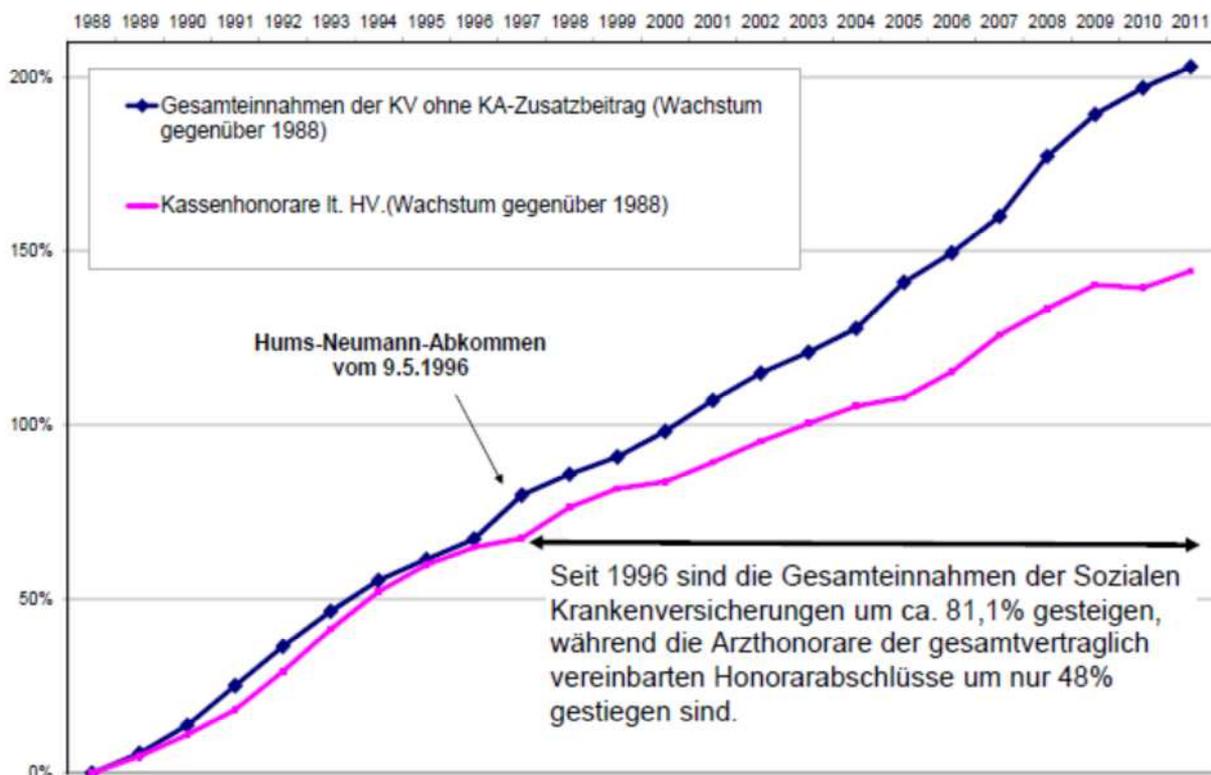
Verträge mit den sozialen Krankenversicherungen; WahlärztInnen

Die Anzahl der VertragsärztInnen der Gebietskrankenkassen, der bundeseinheitlichen Kassen und der KFA's ist in den letzten 11 Jahren nahezu konstant geblieben. Im Vergleich dazu steigt die Zahl der WahlärztInnen stetig an. Auf Grund der aktuellen demografischen Entwicklung, die in den letzten Jahren einen Bevölkerungsanstieg aufweist, kann von einer Verringerung der Ärztedichte im Vertragsarztsektor ausgegangen werden.

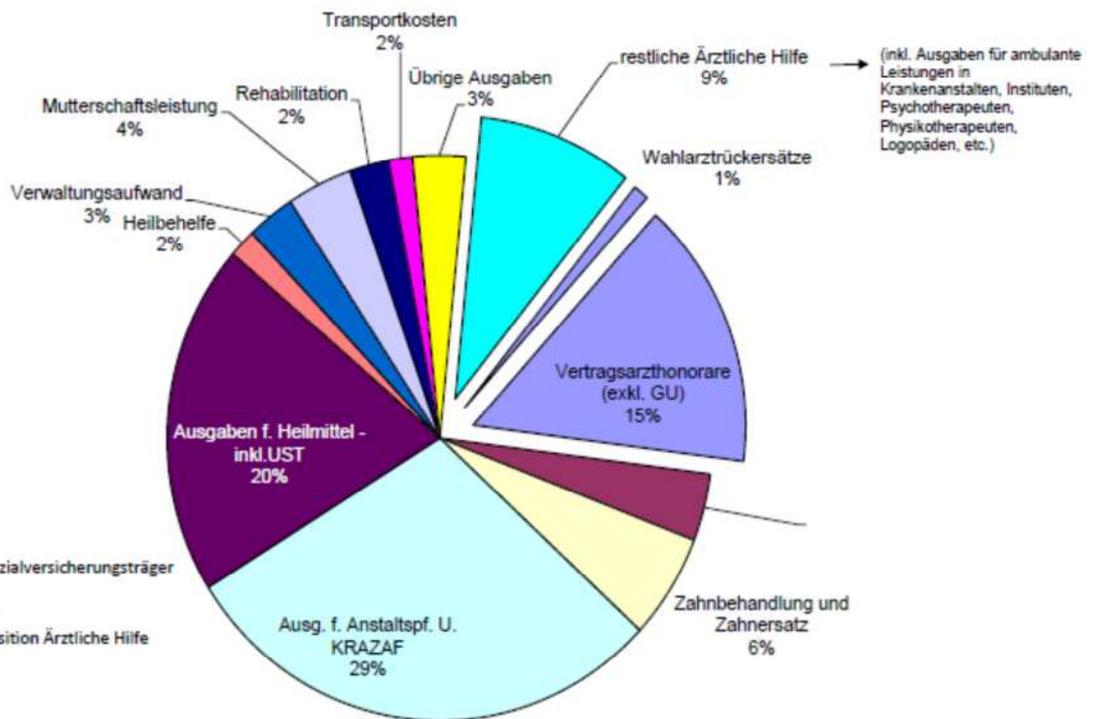
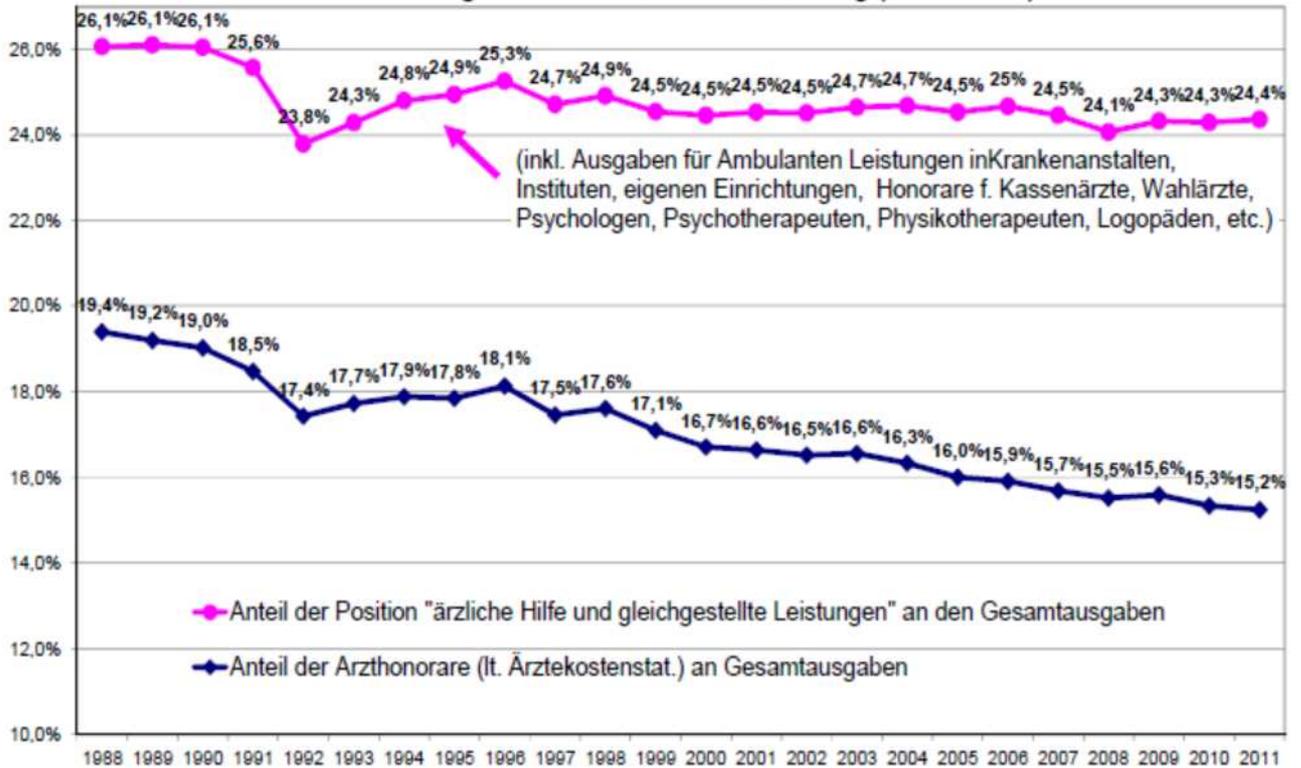
Honorarentwicklung

Die Honorare der KassenvertragsärztInnen repräsentieren im Jahr 2011 rund 15 % der Ausgaben der sozialen Krankenversicherung. Dieser Anteil ist in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken (1990 betrug er noch an die 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 Einnahmen der Krankenversicherungen (ohne Krankenanstaltensatzbeitrag) um ca. 81 % gestiegen, währenddessen die ÄrztInnenhonorare der gesamtvertraglich vereinbarten Honorarabschlüsse um 48 % gestiegen sind.

Somit zeigt sich auch, dass ein immer größerer Anteil der in Kassenstatistiken als „Ärztliche Hilfe und gleichgestellten Leistungen“ titulierten Ausgabenposition nach Abzug der Wahlarzt-rückersätze (diese machen lediglich 1 % der Kassenausgaben aus) auf nicht-ärztliche Tätigkeiten entfällt (PsychologInnen, PhysiotherapeutInnen) bzw nicht an niedergelassene ÄrztInnen geht (Leistungen in eigenen Einrichtungen, Institute, Ambulanzen):



Anteil der Arzthonorare und der gesamten Budgetposition "Ärztliche Hilfe" an den Gesamtausgaben der Krankenversicherung (1988 - 2011)



Ausgaben der Sozialen Krankenversicherung Anteile - 2011

Kassenverhandlungen

Mit den Sonderversicherungsträgern wurde im Jahr 2011 eine Neuausrichtung des Katalogs für medizinisch-diagnostische Laboruntersuchungen verabschiedet. Die Vereinbarungen sind von der Absicht getragen, mittelfristig die Durchführung aller Laborleistungen bei den FachärztInnen für Labormedizin zu fokussieren. Weitere Maßnahmen zur Zielerreichung werden nach einer Laufzeit von zwei Jahren evaluiert.

Weiters konnte in den vergangenen zwei Jahren mit allen Sonderversicherungsträgern ein Gruppenpraxen-Gesamtvertrag abgeschlossen werden.

Im Rahmen des Projekts „Gesundheitsversicherung“ hat die SVA gemeinsam mit der Bundeskurie niedergelassene Ärzte das Gespräch „Meine Gesundheitsziele“ erarbeitet. Das Gespräch findet grundsätzlich im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung statt. Auf Basis eines – fünf Parameter umfassenden – Formulars können die VU-VertragsärztInnen den Gesundheitszustand der PatientInnen dokumentieren. Zu allen fünf Parametern, nämlich Blutdruck, Gewicht, Bewegung, Tabak- und Alkoholkonsum, bespricht der Arzt gemeinsam mit dem Patienten Gesundheitsziele, die auf den Erhalt oder eine Verbesserung der erhobenen Werte innerhalb eines bestimmten Zeitraumes, frühestens nach sechs Monaten, abzielen. Konnten die vereinbarten Gesundheitsziele erreicht werden, wird nach sechs Monaten der Selbstbehalt der betroffenen Versicherten um die Hälfte reduziert.

Als neue Leistung wurde mit der SVA 2011 die Position „Heilmittelberatungsgespräch“ eingeführt. Ziel ist eine spezielle Beratung der PatientInnen in diesem Bereich, sowie die Sicherstellung eines ökonomischeren Umgangs mit Heilmitteln.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

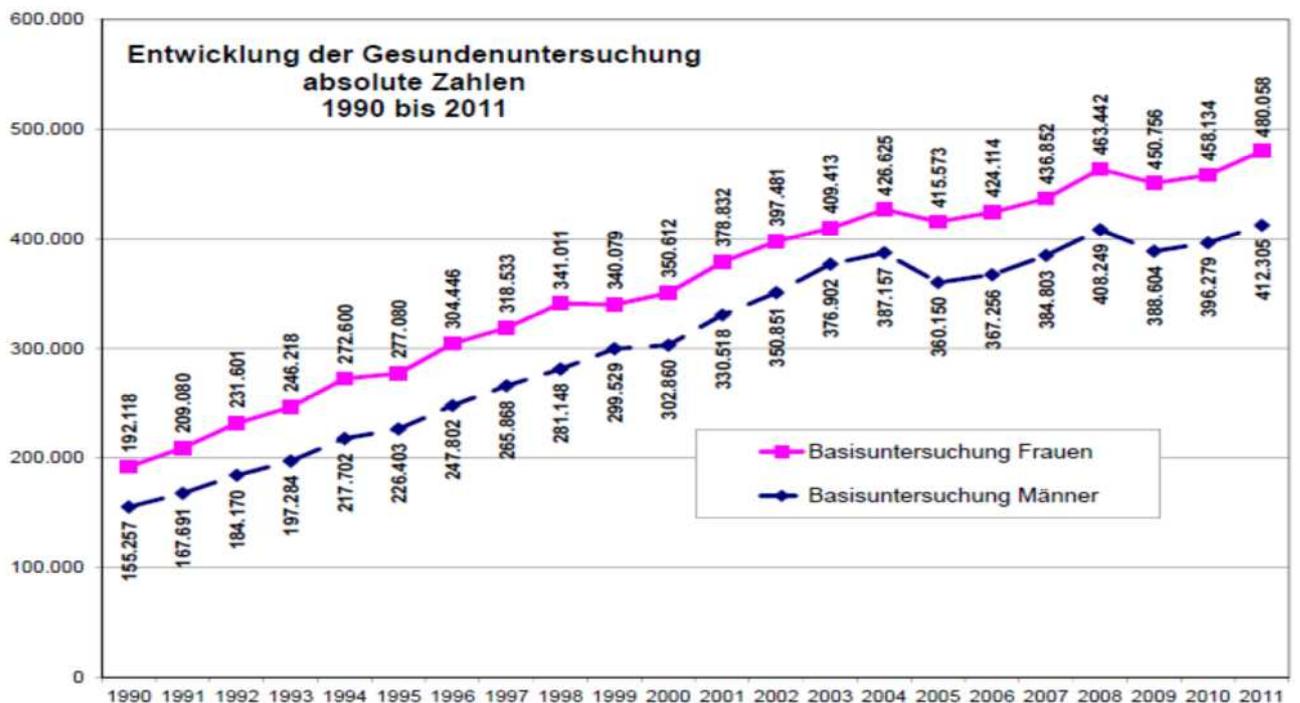
Die Zahl der Kinder und Jugendlichen in Österreich, welche von psychischen Störungen betroffen sind, ist beträchtlich. Das Spektrum von psychischen Störungsbildern im Kindes- und Jugendalter ist vielfältig: Es reicht von Ängsten über Aufmerksamkeitsdefizite, Ess- und Entwicklungsstörungen bis hin zu Psychosen und Depressionen. Diese Problematik hat die Österreichische Ärztekammer zum Anlass genommen, einen eigenen Leistungskatalog für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erarbeiten. Dieser wurde 2011 von allen Sonderversicherungsträgern in ihre Gesamtverträge übernommen.

Hausarztmodell - „Arzt der Zukunft – Zukunft des Arztes“

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. Die Bundeskurie niedergelassene Ärzte hat 2011 unter dem Titel „Arzt der Zukunft – Zukunft des Arztes“ ein Buch veröffentlicht. Dieses wurde im Rahmen einer Podiumsdiskussion vorgestellt und an Repräsentanten der heimischen Politik übermittelt. Das Buch beschäftigt sich insbesondere mit der Definition und der Rolle des Hausarztes im österreichischen Gesundheitssystem, mit den Versorgungsproblemen im ländlichen Raum.

Vorsorgeuntersuchung

Anlässlich der Evaluierung der pseudonymisierten VU-Befunddaten gemäß § 16 VU-Gesamtvertrag im Jahr 2010, haben im vergangenen Jahr umfangreiche Gespräche zur Überarbeitung des elektronischen Befundblattes stattgefunden. Gemeinsames Ziel der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger ist es, das Befundblatt praktikabler und besser auswertbar zu gestalten. Weitere Gespräche sind für 2013 geplant. Nachstehende Grafik zeigt im Vergleich zu 2007 einen deutlichen Anstieg der Vorsorgeuntersuchung im Jahr 2008 sowie einen geringen Rückgang 2009.



9. Aus- und Fortbildung

Allgemein

Die Österreichische Ärztekammer hat sich in den Jahren 2011 und 2012 bemüht, die ärztliche Ausbildung zu verbessern und mit der internationalen Entwicklung mitzuhalten. Dazu muss allerdings gleich vorweg festgehalten werden, dass trotz zahlreicher Vorschläge der Österreichischen Ärztekammer die Jahre 2011 und 2012 davon geprägt waren, dass nur wenige Reformen umgesetzt werden konnten.

Damit hat sich deutlich gezeigt, dass Verantwortliche im Bund, den Ländern und den Sozialversicherungen ihrer Verantwortung (z.B. in der Lehrpraxisfinanzierung) nicht gerecht wurden.

Der Österreichischen Ärztekammer ist es - ungeachtet des sehr schwierigen Umfeldes - trotzdem gelungen, einige Reformvorhaben umzusetzen.

Verhandlungen zur Ausbildungsreform

Nachdem die Struktur der ärztlichen Ausbildung seit Beginn der 2. Republik kaum verändert wurde, tagte beginnend im Jahr 2011 über das ganze Jahr 2012 hinweg eine Kommission zur Reform der ÄrztInnenausbildung, an der sich Bund, Länder, sowie Sozialversicherungen und Ärztekammer beteiligten.

Ein erstes Reformkonzept wurde 2012 vorgelegt. Dieses sieht in Absprache mit den Universitäten ein KPJ (klinisch praktisches Jahr) am Ende des Studiums vor. Nach dem Studienende ohne Approbation kommt eine gemeinsame neunmonatige Basisausbildung (sechs Monate Innere Medizin, drei Monate Chirurgie incl. einer Basis-Notfallausbildung), in der Kenntnisse und Erfahrungen der wichtigsten 15 WHO-Diagnosen vermittelt werden sollen.

Nach dieser gemeinsamen Basisausbildung erfolgt eine Trennung der Ausbildungswege zur Fachärztin/zum Facharzt oder zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin.

Die Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt eines Sonderfaches wird auch in Zukunft insgesamt sechs Jahre (dh 72 Monate, inklusive oben genannter neunmonatiger Basisausbildung) dauern. 63 Monate Ausbildung erfolgen im Hauptfach, mit modularem Aufbau auf Basis einer Grundkompetenz und Modulen, unter Wegfall der Gegen- und Nebenfächer. Die Ausbildung in der Lehrpraxis soll wie bisher erfolgen.

Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin sollen nach Absolvierung der gemeinsamen Basisausbildung 33 Monate eine weitere Ausbildung in einem Spital absolvieren, wobei in Anbetracht der demografischen Entwicklung Fächer wie Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie aber auch Innere Medizin einen wichtigen Stellenwert haben sollen. Nach diesen insgesamt 3,5 Jahren, sind mindestens zwölf Monate in einer Lehrpraxis einer Ärztin/eines Arztes für Allgemeinmedizin zu absolvieren.

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.

Die Ausbildung in der Lehrpraxis ist deshalb wichtig, da sie der einzige Teil des Turnus ist, in dem zukünftige niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Ordinationen und Gruppenpraxen – also dort, wo ihre weitere Berufstätigkeit erfolgen soll – praxisrelevant ausgebildet werden. Hier ist nach Meinung der Österreichischen Ärztekammer die öffentliche Hand aufgefordert, einen ausreichenden finanziellen Beitrag zur Ausbildung der zukünftigen niedergelassenen ÄrztInnengeneration zu leisten.

Für die ÖÄK unverständlich ist in diesem Zusammenhang die derzeitige Vorgangsweise des BMG, die für die Förderung der Lehrpraxen bereitgestellten Finanzmittel nicht zu erhöhen, sondern vielmehr zu kürzen. Befremdlich ist dabei auch, dass das Bundesministerium bis zum Jahresende 2012 noch immer kein Fördermodell mit den Ländern und der Sozialversicherung für diese Lehrpraxis vorstellen konnte, da vor allem einige Bundesländer sich nicht an der Finanzierung beteiligen wollen.

Man wird in diesem Zusammenhang festzuhalten haben, dass ohne vernünftige Förderung der Lehrpraxis ein eklatantes qualitatives und quantitatives Problem im AllgemeinmedizinerInnenwachstum entstehen wird, weil junge MedizinerInnen eher in den Facharztbereich gehen werden. Ohne öffentliche Lehrpraxisfinanzierung wird es keine allgemeinmedizinischen Lehrpraxen in der notwendigen Anzahl geben, da die Einkommenssituation der AllgemeinmedizinerInnen eine nicht geförderte Lehrpraxis zu den Konditionen des Lehrpraxis-Kollektivvertrages dies zum Teil nicht erlaubt. Zur ausreichenden Finanzierung der Lehrpraxis sind ca. 15 Mio Euro notwendig.

Ziel der Österreichischen Ärztekammer ist es weiterhin, das Thema Lehrpraxis und Lehrpraxisfinanzierung im Zuge der Ausbildungsreform nachhaltig und attraktiv zu lösen.

Verordnungen in Bildungsangelegenheiten

Rasterzeugnisse neu (Überarbeitung der der KEF- und RZ-Verordnung)

Die 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), soll, nachdem sie 2007 erstmals in Kraft getreten ist, einer umfassenden Revision zugeführt werden.

Die Verordnung ist im übertragenen Wirkungsbereich zu gestalten, sodass dies in enger Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu geschehen hat. Während für die Gestaltung der Rasterzeugnisse für die Allgemeinmedizin zugewartet wird, bis die Reformbestrebungen der allgemeinmedizinischen Ausbildung abgeschlossen sind (siehe

voranstehendes Kapitel), wurde im Jänner 2012 der Startschuss zur Überarbeitung der Ausbildungsinhalte (= Rasterzeugnisse) für alle Sonderfächer gegeben.

In einer gemeinsamen Sitzung mit den Vertretern aller Bundesfachgruppen und assoziierten wissenschaftlichen Gesellschaften wurde in Anwesenheit des BMG das gemeinsam mit dem BMG erarbeitete Konzept für die Neugestaltung der Rasterzeugnisse vorgestellt.

Die wesentlichen Vorgaben:

- Ausbildungsinhalte sind in jedem Fach in Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten zu gliedern
- Ausbildungsinhalte, die in mehreren Fächern vorkommen, müssen denselben Umfang haben
- Inhalte, die alle Fächer allgemein betreffen (zB Rechtskenntnisse, Psychosomatik, Schmerztherapie, Gutachten etc.) werden zentral harmonisiert
- Teilbereiche von Sonderfächern, die Richtfallzahlen zugänglich sind (Operationen, Endoskopische Verfahren, Ultraschall etc.) sind mit Richtfallzahlen in Klammer zu belegen.
- nur selbständig durchgeführte Eingriffe werden gezählt (keine Assistenzen); hingewiesen wurde, dass nur realistische Zahlen angeführt werden sollen

Weiters wurde angeregt, dass sich die Ausbildung in Basisausbildung (Grundkompetenz) und Module gliedern soll.

Anforderungen an die Basisausbildung:

- Inhalte, die an allen Ausbildungsstätten (ggf mit Rotation) vermittelbar sind
- Internationale Standards
- grundlegende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten des Faches.

Das Modulsystem soll beinhalten:

- spezielle Inhalte für Schwerpunkte in der Ausbildung
- max fünf bis sechs Module pro Fach, plus ein zusätzliches für wissenschaftlich orientierte KollegInnen (Kombination PhD / Facharztausbildung).

Im Laufe des Jahres 2012 wurden weitere Sitzungen mit den wissenschaftlichen Gesellschaften abgehalten, um zahlreiche Fragen zu diesem Ausbildungssystem zu beantworten. Das geänderte System der Ausbildung wurde im Laufe des Jahres 2012 auch den Ländern und Trägervertretern grundsätzlich vorgestellt und von diesen ebenfalls begrüßt.

Im Herbst 2012 wurden von den Bundesfachgruppen/assoziierten wissenschaftlichen Gesellschaften erste Vorschläge in der ÖÄK eingereicht, die gemeinsam mit dem BMG im Laufe des ersten Quartals 2013 gesichtet werden. In Anbetracht der sehr umfangreichen Arbeiten (mehr als 300 Seiten Texte sind zu sichten und abzustimmen) ist fraglich, ob diese Arbeit im Jahre 2013 abgeschlossen werden kann.

Prüfungsordnungsnovelle

Die Vollversammlung der Österreichischen Ärztekammer hat am 125. Österreichischen Ärztekammertag im Juni 2012 die erste Novelle der Prüfungsordnung 2011 beschlossen. Damit wurde die Möglichkeit eröffnet, dass auch Mitglieder des Vorstandes von Ärztekammern in den Bundesländern in den Prüfungsausschüssen, die für die Prüfungsinhalte und die ordnungsgemäße Abwicklung zuständig sind, vertreten sein können.

Arztprüfungen

Die Arztprüfung der Österreichischen Ärztekammer wurde 1994 als eine Voraussetzung für die selbständige Ausübung des ärztlichen Berufes im Ärztegesetz verankert. Im Sinn der Patientensicherheit ist dadurch sichergestellt, dass alle Ärztinnen und Ärzte, die ihre Ausbildung erfolgreich abschließen, über ein hohes Kompetenzniveau verfügen und in der Lage sind, den Arztberuf qualitätsgesichert auszuüben.

Um in Österreich die Anerkennung als (Fach)Ärztin/Arzt zu erlangen, sind folgende postpromotionellen Ausbildungs-Nachweise erforderlich:

- die absolvierte Ausbildungszeit
- das Rasterzeugnis und
- die erfolgreich abgelegte Prüfung

Das Bestehen der Prüfung ist daher eine der wesentlichen Voraussetzungen für die „Lizenzierung“ als eigenverantwortlich tätige Ärztin/tätiger Arzt.

Das Ärztegesetz regelt die Organisation und Durchführung der Prüfungen zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und der Facharztprüfungen in § 7 und § 8. Die Österreichische Ärztekammer verfolgte von Anfang an das Ziel, dass die Gesamtkonzeption und die Durchführung der Arztprüfungen wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden und prüfungsdidaktisch auf hohem Niveau erfolgen.

Die prüfungsdidaktische Basis wurde durch das Expertenteam der Medizinischen Fakultät Bern (Institut für Aus- und Weiterbildung) unter der Leitung von Univ.-Prof. Ralph Bloch gelegt. Das Grundlagenwerk „Kompetent prüfen“ ist auch heute noch die Basis für die laufende Qualitätssicherung der Arztprüfungen. Die kontinuierliche wissenschaftliche Beratung und Evaluation der Arztprüfungen erfolgt seit dem Start durch das Department für Medizinische Aus- und Weiterbildung (DEMAW) der Medizinischen Universität Wien unter der Leitung von Univ. Prof. Dr. Martin Lischka.

Jährlich treten rund 950 KandidatInnen zur Prüfung zum Arzt für Allgemeinmedizin und ca. 900 KandidatInnen zu einer Facharztprüfung (45 Sonderfächer) an.

Rotationskonzept

Das Konzept für die Rotation in den Fächern Frauenheilkunde und Gynäkologie, Innere Medizin, Chirurgie, Radiologie und Anästhesiologie und Intensivmedizin wurde gemeinsam mit den Krankenhausträgern unter Einbeziehung des Gesundheitsministeriums fertiggestellt und auch dem BMG übermittelt. Es sieht vor, dass in der Facharztausbildung der genannten Fächer zwischen sechs und zwölf Monaten die Ausbildungskandidaten auch an einer Einrichtung einer anderen Versorgungsstufe ausgebildet werden. Das Konzept wurde dem

Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt, welches Ende 2012 mitgeteilt hat, dass es dieses in Zuge einer Ausbildungsreform gesetzlich umsetzen möchte.

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 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. Den Krankenanstaltenträgern wurde im Rahmen der beim BMG eingerichteten Arbeitsgemeinschaft Medizinische Qualitätsarbeit im Februar 2011 ein Konzept vorgestellt. Rückmeldungen dazu ergingen bis dato nicht.

Spezialisierungen

Aktuell kennt die Österreichische Ärztekammer zwei Spezialisierungen: Dermatohistopathologie und Handchirurgie. Es gibt zahlreiche Anträge auf Einrichtung weiterer Spezialisierungen. Auf Grund der Reform der Ausbildungsinhalte/Rasterzeugnisse wurde im Einvernehmen mit dem BMG die Beschlussfassung weiterer Spezialisierungen sistiert. Es soll versucht werden, Inhalte von Spezialisierungen als Module in der Facharztausbildung unterzubringen. Erst wenn die Ausbildungsmodule der einzelnen Fächer feststehen, soll über die Schaffung weiterer Spezialisierungen entschieden werden.

Spezialfortbildungen (ÖÄK-Spezialdiplome, Zertifikate)

Ziel von ÖÄK-Diplomen ist der Nachweis des vertieften geregelten Erwerbs eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für definierte ärztliche Tätigkeiten (zB Sportmedizin, Schularzt, psychotherapeutische Medizin, Geriatrie, etc.) nach Abschluss der ärztlichen Berufsausbildung. Durch den Erwerb eines Diploms weist eine Ärztin/ein Arzt nach, dass sie/er sich in einem definierten Gebiet der Medizin strukturiert, qualitätsgesichert besonders fortgebildet hat.

In den letzten Jahren wurde nach langen Diskussionen eine zweigliedrige Weiterbildung durch ein Zertifikat und ein Diplom im Gebiet der „Sexualmedizin“ eingerichtet. Ebenfalls fertiggestellt wurde eine grundsätzliche Überarbeitung des Sonographiezertifikates. Schließlich stammte die ursprüngliche Regelung aus den frühen 90er Jahren und musste daher dringend überarbeitet werden. Das Zertifikat ist nur ein Ausweis für eine Fort-/Weiterbildung und hat keinerlei Einfluss auf die Berufsberechtigung im Sonderfach.

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 (zB 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 Sponsorin/der Sponsor 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).

Mit dem Erreichen von 150 Fortbildungspunkten in drei Jahren können Ärztinnen und Ärzte nachweisen, dass sie Ihre Fortbildungspflicht erfüllen und ein DFP Diplom beantragen. 2007 wurde mit www.meindfp.at zudem eine Fortbildungsplattform im Internet gestartet, auf der Anfang 2013 bereits über 22.000 Ärztinnen und Ärzte ihre Fortbildungspunkte in einem Fortbildungskonto verwalten und via E-Learning aktiv Punkte sammeln. Die seit 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. 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. Positiv entwickelt sich das Vorhaben, gemeinsam mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger an der Entwicklung von Disease-Management Fortbildungsprogrammen (DMP) zu arbeiten.

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Fehlerberichts- und Lernsystems Cirsmmedical.at werden Fehlerberichte zusammengefasst und im Rahmen des E-Learnings zum DFP angeboten.

Novelle Ärzteausbildungsordnung

Im Frühjahr 2011 erfolgte eine Novelle zur Ärzteausbildungsordnung, in deren Rahmen zB das Additivfach Geriatrie eingeführt wurde. Weiterer wesentlicher Pfeiler dieser Novelle war die Umsetzung der langjährigen Forderung der Österreichischen Ärztekammer, die gesamte Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt und zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin auch in Teilzeit absolvieren zu können.

Diese Forderung der Österreichischen Ärztekammer zur Flexibilisierung der Ausbildung konnte endlich 2011 umgesetzt werden. Gerade in Hinblick auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist dies ein bedeutender Schritt für junge Ärztinnen und Ärzte. Leider gibt es bei den Krankenanstaltenträgern oft noch Widerstände gegen Teilzeitausbildungen. Hier sollte man im Sinne der gesellschaftspolitischen Entwicklung mehr Möglichkeiten für diese Form der Ausbildung schaffen.

Additivfach Geriatrie

Nach einem jahrlangen Prozess ist im Frühjahr 2011 das Additivfach für Geriatrie in Österreich eingeführt worden. Während in anderen EU-Ländern Geriater eine eigene Sonderfachrichtung darstellen, war diese Subdisziplin der Medizin in Österreich nicht mit einer speziellen Anerkennung etabliert.

Durch die Novelle der Ärzteausbildungsordnung 2011 wurde das Additivfach Geriatrie für die Sonderfächer Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin und physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation, sowie für ÄrztInnen für Allgemeinmedizin eingeführt.

Die Österreichische Ärztekammer hat dann rasch im Frühsommer 2011 die Rasterzeugnisse für Geriatrie in der Vollversammlung beschlossen, sodass Ärztinnen und Ärzte ab 1. Juli 2011 mit der Ausbildung im Additivfach Geriatrie beginnen konnten – vorausgesetzt, die entsprechenden geriatrischen Einrichtungen werden zuvor als Ausbildungsstätten anerkannt.

Bis 31.12.2012 wurden nach den Übergangsbestimmungen durch die Österreichische Ärztekammer 892 Diplome für das Additivfach Geriatrie ausgestellt.

Additivfach Geriatrie-Diplome nach Fachrichtungen

Stand: 31.12.2012

	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Ö
AM	5	24	43	52	29	57	27	31	126	394
FA	11	41	50	86	26	75	56	21	132	498
INNERE MEDIZIN	9	35	23	46	21	59	42	13	77	325
NEUROLOGIE	2	6	13	21	3	13	6		26	90
PHYSIKALISCHE MED.U. ALLG. REHABIL.			10	14			1		19	44
PSYCHIATRIE			4	5	2	3	7	8	10	39
Gesamtergebnis	16	65	93	138	55	132	83	52	258	892

Schwieriger ist es bei den Ausbildungsstätten. Hier wurde offensichtlich, dass die Ausbildungserfordernisse zu restriktiv und formalistisch gestaltet sind. Will man das Additivfach in der Zukunft weiter fördern, müsste man diese Restriktionen in den Ausbildungscurricula etwas lockern.

Mangelfach Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Rahmen einer Novelle der ÄrztInnen-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 der Abteilungsleiter bzw die Abteilungsleiterin in die 1:1 Berechnung mit eingerechnet werden kann.

Die per Verordnung des BMG erfolgte Definition des Sonderfaches Kinder- und Jugendpsychiatrie als Mangelfach bewirkte, dass österreichweit zusätzlich elf Ausbildungsstellen festgesetzt wurden.

Ästhetische Operationen

Im Herbst 2011 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit ein Diskussionsprozess mit der Österreichischen Ärztekammer zum Thema ästhetische Behandlungen und Operationen eingeläutet, ua auch in der Frage, welche Ärztin/welcher Arzt welcher Fachrichtung ästhetische Behandlungen bzw Operationen durchführen darf.

Unstrittig war dabei von Anfang an, dass die Fachberechtigung der einzelnen Fachrichtungen sich aus den Inhalten der Ausbildung im jeweiligen Fach ergibt.

Nach einem in Sinne der Kooperation zwischen Österreichischer Ärztekammer und Bundesministerium für Gesundheit vorbildlichen Prozess zur Ausarbeitung von Gesetzesentwürfen wurde im Juni/Juli 2012 das Bundesgesetz über die Durchführung ästhetischer Behandlungen und Operationen verabschiedet (ÄsthOpG), welches mit 1.1.2013 in Kraft getreten ist.

Die Ergebnisse hinsichtlich der Berufsberechtigung der einzelnen Fachrichtungen in Zusammenhang mit der Ausbildung der jeweiligen Ärzte sind dabei vergleichsweise einfach. Ästhetische Behandlungen (inkl. minimal invasive Eingriffe) dürfen ÄrztInnen für Allgemeinmedizin sowie alle FachärztInnen im Rahmen ihrer Fachberechtigung durchführen. Allerdings dürfen derartige Behandlungen und Operationen nicht bei Kindern unter 16 Jahren durchgeführt werden bzw gibt es Einschränkungen in der Bewerbung dieser Tätigkeiten.

Komplexer ist seit 1. Jänner 2013 die Rechtslage bei sog. ästhetischen Operationen. Diese dürfen uneingeschränkt nur von Fachärzten für plastische Chirurgie durchgeführt werden. Für weitere Fachrichtungen, die ästhetische Operationen durchführen (zB Haut- und Geschlechtskrankheiten, HNO, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Urologie, Augenheilkunde und Gynäkologie), hat die Österreichische Ärztekammer eine Verordnung beschlossen, wo einzelne ästhetische Eingriffe bestimmten Fächern zugeordnet wurden. Die Zuordnung erfolgte auf Grund der Ausbildungsinhalte.

ÄrztInnen für Allgemeinmedizin müssen bei der Österreichischen Ärztekammer um Genehmigung zur Durchführung von einzelnen ästhetischen Operationen ansuchen. Die entsprechenden Verfahren werden 2013 abgewickelt werden.

Die Österreichische Ärztekammer hat darüber hinaus einen Operationspass für ästhetische Operationen ausgearbeitet und publiziert. Auf einer eigenen Homepage können in Hinkunft alle ästhetisch tätigen ÄrztInnen abgerufen werden.

Normierungen in der Medizin

Sowohl in Österreich, als auch im internationalen Kontext sind verstärkte Tendenzen festzustellen, in der Medizin Normierungen (ÖNormen in Österreich, CEN Normen in Europa) zu etablieren. Insbesondere die Entwürfe für Normierungen zum Thema ästhetische Medizin, die vom europäischen Normungsinstitut ausgearbeitet werden, werden sowohl von der Österreichischen Ärztekammer wie auch von den europäischen Ärzteorganisationen abgelehnt. Vor allem im Ausbildungsbereich der Ärzteschaft gibt es seit Jahrzehnten international entwickelte Regulative und Strukturen, wie ÄrztInnen ausgebildet werden.

Auf Grund dieser Ausbildung ergeben sich dann Berufsberechtigungen, die einer Normierung nicht zugänglich sind, da die Rechtsgrundlagen unterschiedlich sind. Im Übrigen widersprechen Normierungen allen Strukturen, die im Rahmen der Qualitätssicherung ärztlicher Leistungserbringung geschaffen wurden. Aus Sicht der Österreichischen Ärztekammer sind Normierungen durch Normungsinstitute zwar zielführend für technische Normen, für die Ausübung der Medizin sind sie aber untauglich.

Migration Additivfächer

Die Rechtslage in Österreich betreffend Sonder- und Additivfächer unterscheidet sich von der Rechtslage in anderen europäischen Staaten. So sind viele Fachgebiete, die in Österreich als Additivfächer gelistet sind (zB Kardiologie, Gastroenterologie, Gefäßchirurgie, usw), in anderen europäischen Staaten eigene Sonderfachrichtungen.

Da sie in Österreich allerdings „nur“ Additivfächer zum Mutterfach sind, ist eine automatische Migration auf Grund der europäischen Rechtsvorschriften nicht gegeben, was dazu führt, dass diese österreichischen Ärztinnen und Ärzte mit ihrer Qualifikation nicht automatisch in andere EU Länder migrieren können.

Um vor allem in unseren deutschsprachigen Nachbarländern den KollegInnen die Migration zu erleichtern, hat die Österreichische Ärztekammer eine Initiative gesetzt, um in Deutschland mit der Bundesärztekammer, in der Schweiz gemeinsam mit der FMH, hier Erleichterungen zu schaffen. Die Gespräche laufen durchaus positiv, konnten jedoch noch zu keinem Abschluss gebracht werden.

10. Ärztliche Qualitätssicherung

Die Österreichische Ärztekammer erfüllt im Bereich der ärztlichen Qualitätssicherung, insbesondere der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Gruppenpraxen, Aufgaben sowohl im eigenen Wirkungsbereich wie auch im übertragenen Wirkungsbereich.

Ärztliche Qualitätssicherung im eigenen Wirkungsbereich

Bei der Wahrnehmung der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung durch Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen, die im überwiegenden Interesse der Ärztinnen und Ärzte gelegen sind, bedient sich die ÖÄK der österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed). Hierzu gehören sowohl die Selbstevaluierung ebenso wie das Angebot zur Eintragung in einem internetbasierten Barrierefreiheitsregister oder ÖQM® als Instrument zum Qualitätsmanagement in der Ordination bzw Gruppenpraxis.

Ärztliche Qualitätssicherung im übertragenen Wirkungsbereich

Die 14. Novelle des Ärztegesetzes 1998 hat im Bereich der Qualitätssicherung mit der Verpflichtung der Arztpraxen zur Qualitätsevaluierung wesentliche Änderungen gebracht. Trotz der positiven Erfahrungen aus der ersten Evaluierungswelle verschärfte das Bundesministerium die Anforderungen an die Evaluierung besonders für Ordinationen mit sozialem Versorgungsauftrag

Im übertragenen Wirkungsbereich hat die ÖÄK auf Basis der Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats der ÖQMed im Dezember 2011 die „Verordnung zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Gruppenpraxen (Qualitätssicherungsverordnung 2012 – QS-VO 2012) beschlossen, diese wurde durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit zulasten der Ärztinnen und Ärzte noch verschärft. Sie ist auf der Homepage der ÖÄK www.aerztekammer.at unter Kundmachungen veröffentlicht.

Qualitätssicherungsverordnung 2012

Die Qualitätssicherungsverordnung 2012 sieht im Vergleich zur QualitätssicherungsVO 2006 wesentliche Änderungen vor. Die Evaluierungskriterien zur Prozess- und Strukturqualität wurden weiterentwickelt und ausgebaut. Die Ausstattunglisten zur Grundausstattung bzw auch zur fachspezifischen Ausstattung sind nun Bestandteil der Verordnung. Neben den verpflichtenden Evaluierungskriterien sind Informationsfragen ua zum Terminmanagement, zu Leitlinien, zu Disease Management Programmen sowie zur Nutzung von Fehlerbericht- und Lernsystemen, Maßnahmen des Risikomanagements und Kenntnisse von ÖQM oder anderen QM-Systemen vorgesehen.

Für das Evaluierungs- bzw Kontrollverfahren ist für die Ärztinnen und Ärzte mit Kassenvertrag eine Einbindung der Krankenversicherungsträger und Krankenfürsorgeeinrichtungen vorgesehen; die ÖQMed ist ihnen gegenüber zur Meldung über Mängelbehebungsaufträge verpflichtet. Außerdem ist ihnen ein Teilnahmerecht bei Vor-Ort-Besuchen zur Kontrolle der Mängelbehebung eingeräumt. Die Ergebnisse der

Evaluierung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte müssen den Krankenversicherungsträgern und Krankenfürsorgeeinrichtungen übermittelt werden.

EbM-Guidelines – Evidenzbasierte Medizin für Klinik und Praxis

Die im Verlagshaus der Ärzte herausgegebenen „EbM-Guidelines – Evidenzbasierte Medizin für Klinik und Praxis“ werden seit Oktober 2011 allen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin kostenlos über ihr DFP-Fortbildungskonto auf www.meindfp.at zur Verfügung gestellt. Diese Initiative der Bundessektion für Allgemeinmedizin unterstützt den Zugang zur Wissensvermittlung durch evidenzbasierte Leitlinien. Durch einen Förderungsbeitrag der Bundessektion Allgemeinmedizin an die Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM) wird die laufende wissenschaftliche Betreuung sowie die Erarbeitung von DFP-Fortbildungsangeboten für das Studium der EbM-Guidelines unterstützt.

Brustkrebsfrüherkennungs-Programm

Im Jahr 2011 haben zahlreiche Sitzungen mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zur Neustrukturierung der Brustkrebsfrüherkennung in Österreich stattgefunden. Vertraglich wurde das Programm als Zusatzübereinkommen zum VU-Gesamtvertrag geregelt und nunmehr durch Übernahme durch gesamtvertragliche Regelung in den Bundesländern umgesetzt.

Hervorzuheben sind die arzt-, standort- und technikbezogenen Qualitätsbestimmungen, die künftig bei der Durchführung von Mammographien einzuhalten sind. Ein spezifisches ÖÄK-Zertifikat „Mammadiagnostik“, spezifische Befunderkurse sowie Fallsammlungsprüfungen gewährleisten die persönliche Qualifikation der Befunder ebenso wie die Erfahrung durch das Erfordernis von 2000 Befundungen/Jahr.

Neben der Doppelbefundung ist eine begleitende Evaluierung vorgesehen. Die teilnehmenden Radiologen und Radiologinnen erhalten dabei auch im Rahmen von Feedbackberichten die Möglichkeit der fachlichen Analyse der von ihnen erbrachten medizinischen Leistungen.

Das Einladungssystem des Programms sieht vor, dass Frauen im Alter von 45 bis 70 Jahren regelmäßig im Abstand von 24 Kalendermonaten zu einem Mammographie-Screening eingeladen werden, wobei das Einladungsschreiben der Sozialversicherung die ärztliche Überweisung ersetzt.

DMP Diabetes mell Typ 2 – Therapie Aktiv „Diabetes im Griff“

Auf der Grundlage von Gesamtverträgen zur strukturierten, qualitätsgesicherten Behandlung von Diabetes mell Typ 2, die auf der Bundesqualitätsleitlinie DMP Diabetes mell. Typ 2 basieren, wurde sukzessive bundesländerweise das Disease Management Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ oder eine in Grundzügen vergleichbare strukturierte Versorgung bundesländerweise ausgerollt.

Derzeit können Patientinnen und Patienten in Wien, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark und Vorarlberg im Rahmen von „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ diese strukturierte Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen.

Zur Förderung des ärztlichen Angebots hat die Österreichische Akademie der Ärzte im Auftrag der Österreichischen Ärztekammer und in Zusammenarbeit mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger erstmals ein E-learning Basismodul entwickelt. Dieses soll den Ärztinnen und Ärzten den Einstieg in das Programm erleichtern. Es umfasst nicht nur Grundlagen des Arbeitens, insbesondere des Dokumentierens, im Rahmen eines DMPs, sondern auch medizinisch-fachliche Hinweise zur Behandlung von Diabetespatientinnen und -patienten.

Die Inanspruchnahme dieses Fortbildungstools war von Start weg sehr gut. Das aus der Entwicklung des E-learning-Moduls gewonnene Know-How soll auch für weitere Projekte zur Wissensvermittlung eingesetzt werden.

Gesetzliche Qualitätssicherung der Arztordinationen & Gruppenpraxen

Evaluierung gemäß Qualitätssicherungsverordnung 2006

Die Verpflichtung zur ärztlichen Qualitätssicherung ist im Ärztegesetz festgehalten. Der erste Evaluierungszyklus wurde bereits abgeschlossen. Ein Bericht über die erste österreichweite Evaluierung der Ordinationen und Gruppenpraxen wurde erstellt und ist auf der Homepage der ÖQMed www.oeqmed.at veröffentlicht.

Evaluierung gemäß Qualitätssicherungsverordnung 2012 (QS-VO 2012)

Neuer Wissenschaftlicher Beirat – Formulierung der Empfehlungen

Der wissenschaftliche Beirat der ÖQMed wird nach einer Änderung des Ärztegesetzes durch BGBl. I 61/2010 in vergrößerter Form neu konstituiert. Statt den ursprünglich zwölf Mitgliedern (je sechs nominiert vom Gesundheitsministerium und von der Österreichischen Ärztekammer) besteht das Gremium nun aus 16 Vertretern, die wesentliche Institutionen des österreichischen Gesundheitswesens repräsentieren. Gemeinsam verabschieden sie in elf Sitzungen einstimmig – ohne Stimmenthaltung – die Empfehlungen zur Qualitätssicherung im ambulanten Versorgungsbereich. Diese stellen einerseits die Grundlage zur Erstellung der neuen Qualitätssicherungsverordnung für Ordinationen dar, andererseits die Grundlage zur Qualitätssicherung der Ambulatorien.

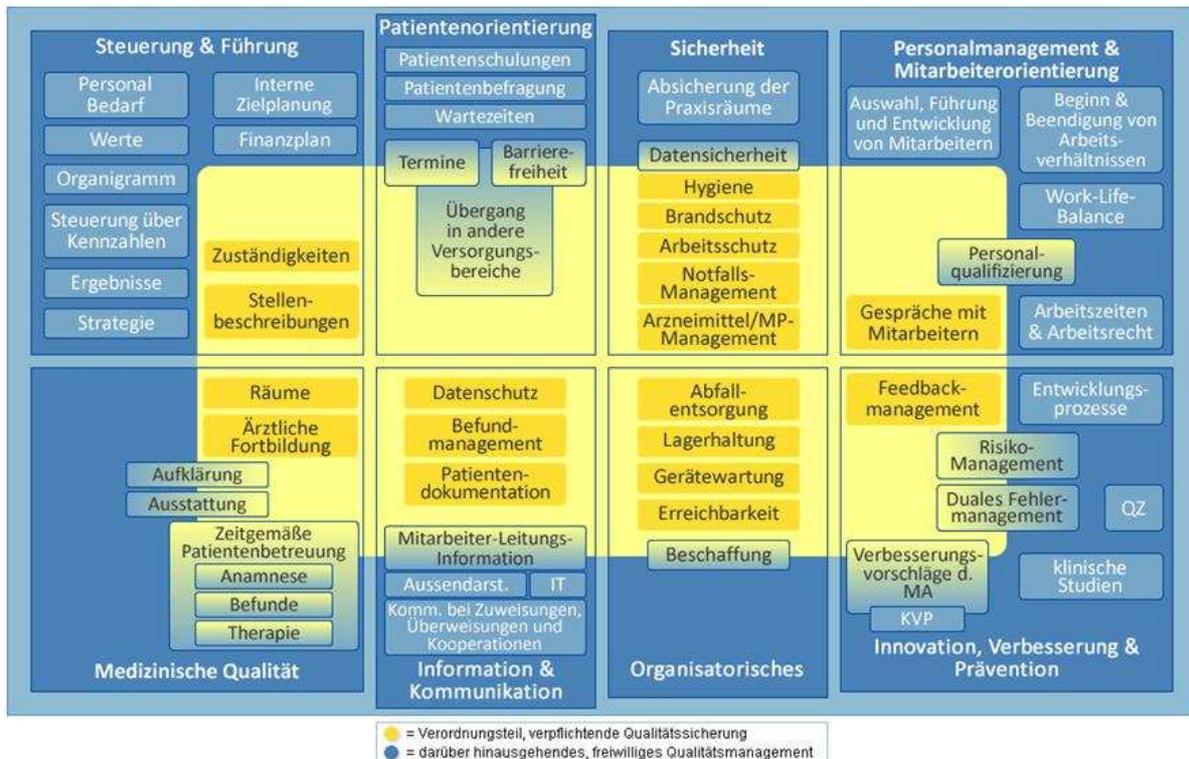
Beginn der österreichweiten Evaluierungen gemäß QS-VO 2012

Nach der Adaptierung des elektronischen Qualitätsregisters wurde im Herbst 2012 mit der Evaluierung nach den in der neuen Qualitätssicherungsverordnung definierten Qualitätskriterien begonnen. Den Beginn machen dabei rund 4000 Ordinationen in Niederösterreich und Vorarlberg. Zusätzlich zu den Kriterien der QS-VO 2012 werden von der AGES Pharmmed definierte Kriterien zur Einhaltung der Medizinproduktebetriebsverordnung überprüft.

Der Evaluierungsbeirat als Gremium, das die ÖQMed bei der Evaluierung begleitet, ist nunmehr im Ärztegesetz (§ 118d ÄrzteG 1998) beschrieben. Das Plenum des Evaluierungsbeirates wurde mit Beginn der Evaluierungstätigkeit konstituiert.

ÖQM®-Launch

Nach Anregung der Ärztekammer für Wien wurde im Auftrag der Österreichischen Ärztekammer ein integriertes Qualitätsmanagementsystem für den ambulanten Versorgungsbereich erstellt: Österreichisches QualitätsManagement – ÖQM®.



- Der gelbe Bereich stellt den gesetzlich geregelten Teil (verpflichtende Qualitätssicherung) und der blaue Bereich den freiwilligen Teil (Qualitätsmanagement) dar.
- Kostenloses Tool (= kostenloser Download sämtlicher Dokumente von www.oeqm.at) durch solidarische Finanzierung der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte (Qualitätumlage + Unterstützung durch die ÄK Wien)
- Es gibt Kriterien und Fragen für alle acht Teilbereiche (= Module)
- Für alle Teilbereiche unterstützende Ausführungen, Unterlagen, Formulare sowie Informationen zum kostenfreien Download von www.oeqm.at
- weiterführende Literaturempfehlungen
- Schulungen und Fortbildungsangebote
- Auf Wunsch Zertifizierung möglich (aber nicht verpflichtend !!)

Die Homepage www.oeqm.at ist seit 24.05.2011 freigeschaltet. Alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte können ihren persönlichen Fragebogen inklusive der Qualitätskriterien für die Implementierung in der Praxis kostenfrei downloaden.

Als weitere Hilfestellung werden ca. 120 unterstützende Dokumente und Informationen, welche alle Themenbereiche vom Terminmanagement über die Sicherheit der

Ordinationsräumlichkeiten bis zu den Inhalten eines Dienstvertrags umfassen, gratis zur Verfügung gestellt.

Die Homepage dient als Plattform aktuellen nichtmedizinischen ärztlichen Wissens.

Fehlerberichts- und Lernsystem CIRSmedical.at



Auf Initiative der Österreichischen Ärztekammer, der sich das Bundesministerium für Gesundheit angeschlossen hat, wurde nach deutschem und Schweizer Vorbild ein nationales, anonymes, internetbasiertes Fehlerberichts- und Lernsystem für das österreichische Gesundheitswesen entwickelt. Mit dem Betrieb des Systems wurde die ÖQMed von der ÖÄK beauftragt. Das System wurde am 6. November 2009 öffentlich freigeschaltet und wurde danach ein Jahr lang vom Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit für eine Qualitätsevaluierung begleitet.

Da in den anderen Fehlerberichts- und Lernsystemen meistens mehr Angehörige der Pflegeberufe als ÄrztInnen berichten, ist die Teilnahmebereitschaft der Ärztinnen/Ärzte an CIRSmedical.at (65% der Berichte!) besonders bemerkenswert.

Beachtlich ist auch die generell hohe Bereitschaft zur Mitarbeit an CIRSmedical.at und die gute Zusammenarbeit mit den Expertinnen/Experten aus allen Bereichen des Gesundheitswesens. Bis auf wenige Ausnahmen haben alle angefragten Institutionen und Experten ihre Expertise unentgeltlich zur Verfügung gestellt.

Im ersten Jahr wurden folgende Optimierungen durchgeführt:

- Farbcodierung der veröffentlichten Fachkommentare
- Laufende Erweiterung der Eingabemaske
- Gliederung der Fachkommentare
- Neues, benutzerfreundlicheres Layout des Softwaretools
 - Titelvergabe bei jedem Bericht
 - Kennzeichnung der Berichte (zB interessanter Fall)
 - bessere Suchmöglichkeiten

Pro Monat greifen 2500 bis 3000 auf die Homepage zu.

Angebot für Meldegruppen im Rahmen von CIRSmedical.at

Um den Gedanken von aktivem Risiko- und Fehlermanagement im Gesundheitswesen zu unterstützen, bietet die ÖÄK über die ÖQMed Einrichtungen und Institutionen des Gesundheitswesens oder Ärzteverbänden/Wissenschaftlichen Gesellschaften Meldegruppen (= Duplikate) von CIRSmedical.at zum günstigen Selbstkostenpreis an. Diese Meldegruppen stellen eigene, meist geschlossene Fehlerberichts- und Lernsysteme dar, welche in diesen Einrichtungen verwendet werden und durch eine elektronische Schnittstelle (zum Weiterleiten von Berichten) mit CIRSmedical.at verbunden werden können.

Ein elektronischer Newsletter CIRSmedical.at informiert über neu veröffentlichte Berichte und Leserkommentare.

CIRSmedical.at wird ausschließlich durch die ÖÄK finanziert. Seitens des BMG wurde das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen mit der Erstellung eines Evaluierungsberichts über die Einführungsphase beauftragt. Das BIQG nimmt weiterhin eine begleitende Qualitätssicherung wahr.

Barrierefreie Ordinationen gemäß QS-VO 2006

Mit der Unterstützung des Sozialministeriums wurde eine österreichweite Ärztesuchmaschine realisiert, mit Hilfe derer sich Patientinnen und Patienten über Ordinationen, welche auf besondere Bedürfnisse eingestellt sind, informieren können. Die Suchmaschine unter www.arztbarrierefrei.at wird laufend verbessert und den Bedürfnissen der Nutzer angepasst.

Gemeinsam mit dem Nutzerbeirat gelang es der ÖQMed 2010, den Erhebungsbogen zur Barrierefreiheit neu zu überarbeiten, 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.

Ordinationen, deren Angaben von einem Behindertenverband oder einem QS-Beauftragten verifiziert wurden, sind im Barrierefreiheitsregister mit einem  bzw mit einem  gekennzeichnet.

11. Gesundheitsberufe

Während die gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe stets bestrebt sind, ihre Leistung auf hohem Qualitätsniveau unter Einhaltung der strengen berufsrechtlichen Regelungen zu erbringen, gibt es vermehrt Bestrebungen gewerblicher Berufe, Tätigkeiten in der Heilkunde, der Psychotherapie und des psychologischen Berufes im Bereich des Gesundheitswesens zu übernehmen, ohne eine entsprechende Berechtigung dazu zu haben.

Dem muss aus Gründen der Qualität aber auch zum Schutz der PatientInnen vor Scharlatanerie entgegengetreten werden.

Gesundheitsberufe-Konferenz

Die Arbeit der Gesundheitsberufe-Konferenz, www.gesundheitsberufekonferenz.at, in den letzten zwei Jahren kann auf einige Erfolge zurückblicken. Gemeinsame Interessen und Ziele verbinden die gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe und ihre Organisationen. Hauptaugenmerk ihrer Tätigkeit liegt auf einer qualitativ hochwertigen PatientInnenversorgung. Allerdings ist auch festzustellen, dass sich die tendenziell stattfindende Leistungsverdichtung und -vermehrung auf alle gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe auswirkt. Die Angehörigen von Gesundheitsberufen leiden unter bürokratischen Hürden bzw Hemmnissen sowie der Verschärfung der Arbeitsbedingungen. Es besteht ein Mangel an ausgebildeten Gesundheitsberufen, der sich in Zukunft noch stärker ausprägen wird. Bestehende finanzielle Rahmenbedingungen entsprechen nicht den steigenden Anforderungen. Dennoch sind sich die Gesundheitsberufe ihrer gesellschaftlichen Verantwortung, für die Verbesserung, den Erhalt und die Förderung der

Gesundheit der Bevölkerung einzutreten, bewusst. Aus diesem Grund bringen sie ihre Vorschläge in die Gesundheitspolitik ein, insbesondere beteiligen sie sich an der Ausarbeitung von Gesundheitszielen und werden bei der Realisierung gemeinsam definierter Standpunkte unterstützen.

Registrierung der Gesundheitsberufe

Vermehrt wurde im letzten Jahr das Thema Registrierung der Gesundheitsberufe, die noch nicht in einer Liste geführt waren, angesprochen. Grundsätzlich steht die Österreichische Ärztekammer einer Registrierung positiv gegenüber. Eine solche sollte aber nach sachlichen und objektiven Momenten durch die Berufsberechtigten selbst bzw der Berufsvertretung des jeweiligen Gesundheitsberufes (oder in einem einheitlichen Verband für alle noch nicht registrierten Gesundheitsberufe zusammengefasst) übertragen werden. Der Vorschlag, dies durch die Arbeiterkammer vornehmen zu lassen, wird abgelehnt. Schlussendlich stehen mit der Registrierung spezifische Fragen der Berufsaus- und Fortbildung sowie der Berufsausübung für diesen Personenkreis in untrennbarem Zusammenhang und kann nur von den VertreterInnen der einzelnen Gesundheitsberufe selbst beantwortet werden.

Medizinische Assistenzberufe – Gesetz (MAB-Gesetz)

Im Sommer 2012 wurde das MAB-Gesetz im Nationalrat beschlossen, es ist mit Jänner 2013 in Kraft getreten. Es ersetzt das derzeitige Sanitätshilfsdienstgesetz, das seit den 1960er Jahren kaum geändert wurde. Das MAB-Gesetz regelt die Tätigkeiten der medizinischen Assistenzberufe sowie die Ausübung der Trainingstherapie für Sportwissenschaftler. Für folgende medizinische Assistenzberufe wurden Ausbildungs- und Tätigkeitsbeschreibungen in den jeweiligen Fachbereichen normiert: Desinfektionsassistent, Gipsassistent, Laborassistent, Obduktionsassistent, Operationsassistent, Ordinationsassistent, Röntgenassistent. Die medizinischen Assistenzberufe werden nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Aufsicht tätig. Falls im entsprechenden Berufsbild angegeben, kann nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung im Einzelfall die Aufsicht auch durch einen bestimmten bezeichneten Angehörigen eines anderen Gesundheitsberufes ausgeübt werden. Beispielsweise kann der Laborassistent durch Biomedizinische Analytikerinnen oder der Operationsassistent durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen beaufsichtigt werden, sofern der Arzt dies anordnet.

Die Österreichische Ärztekammer hat sich sehr bemüht, eine Verbesserung des vom Bundesministerium für Gesundheit vorgeschlagenen, ursprünglich in Begutachtung geschickten Vorentwurfes zu erzielen.

Eine Ausbildungs-Verordnung, die Näheres über die zu vermittelten Inhalte für die medizinischen Assistenzberufe regelt, wurde noch nicht erlassen.

12. Entwicklungen auf europäischer Ebene

Gesetzgebung

Revision der Berufsanerkenntnisrichtlinie 2005/36/EG

Die Berufsanerkenntnisrichtlinie 2005/36/EG, die ua die Anerkennung ärztlicher Diplome innerhalb des EWR regelt, befindet sich derzeit in einem Revisionsprozess.

Die wichtigsten geplanten Änderungen in der Richtlinie umfassen aus ärztlicher Sicht ua die Einführung eines elektronischen Berufsausweises, welcher es ermöglichen soll, die für die Zulassung in einem anderen EWR-Staat notwendigen Daten über ein Internetportal zwischen den Behörden auszutauschen. Dadurch soll es auch im Sinne der Verbesserung der Mobilität möglich werden, dass die Fristen für die Prüfung der Unterlagen für die Zulassung reduziert werden. Weiters soll laut Vorschlag der EU-Kommission die derzeit in der Richtlinie angegebene Mindeststudiendauer von sechs Jahren oder 5.500 Stunden für das Medizinstudium insofern klargestellt werden, als zukünftig mindestens fünf Jahre und mindestens 5.500 Stunden Unterricht nachzuweisen sind. Ferner soll ein Vorwarnungsmechanismus eingeführt werden. Die zuständigen Behörden eines Mitgliedstaates sollen in Zukunft verpflichtet sein, die zuständigen Behörden aller anderen Mitgliedstaaten vor Berufsangehörigen zu warnen, denen die Ausübung ihres Berufs von einer Behörde oder einem Gericht untersagt worden ist.

Die Änderungsvorschläge für diese Richtlinie wurden im Herbst 2012 im Europäischen Parlament erstmals beraten. Im federführenden Binnenmarktausschuss, welcher Mitte Oktober 2012 tagte, wurden über 723 Änderungsanträge von den EU-Parlamentariern eingebracht. Der Binnenmarktausschuss hat im Jänner 2013 über Kompromissanträge beraten. Die Abstimmung im Ausschuss hat am 23. Jänner 2013 stattgefunden, die Plenarsitzung im Europäischen Parlament für Mai 2013 vorgesehen.

Die Österreichische Ärztekammer bringt sich ua aktiv in diesen Revisionsprozess zur Änderung der Berufsqualifikationsrichtlinie im Wege des zuständigen Bundesministeriums für Wirtschaft, Forschung und Jugend mit Stellungnahmen für die regelmäßig tagende Ratsarbeitsgruppe, in der das BWMFJ vertreten ist, ein.

Neue rechtliche Rahmenbedingungen für Medizinprodukte in Europa

Mit der Vorlage von zwei Verordnungsvorschlägen für Medizinprodukte und In-vitro-Diagnostika am 26. September 2012 schloss die Europäische Kommission ihre Arbeit zur Novellierung des Arznei- und Medizinproduktebereichs ab. Der Verordnungsvorschlag über Medizinprodukte fasst die bisherigen Richtlinien über Medizinprodukte (RL 93/42/EWG) und über aktive implantierbare medizinische Geräte (RL 90/385/EWG) zusammen, während der Verordnungsvorschlag über In-vitro-Diagnostika auf der bisher geltenden Richtlinie 98/79/EG beruht.

Ziel der Novellierung ist es, die seit den 90er-Jahren bestehenden Regeln für das Inverkehrbringen und die Inbetriebnahme von Medizinprodukten in einem Binnenmarkt zu reformieren, damit sie ein größtmögliches Maß an Gesundheitsschutz, aber zugleich auch

der Industrie gleiche Rahmenbedingungen für die Herstellung und Vertrieb von Medizinprodukten, gewährleisten.

Beide Verordnungsvorschläge bauen auf den gleichen Grundüberlegungen auf. Es gilt den Geltungsbereich der Verordnungen klarer abzustechen; stärkere Überwachung der sog. „benannten Stellen“ und Stärkung deren Unabhängigkeit gegenüber den Herstellern zu gewährleisten; größere Transparenz durch die Nutzung der bereits bestehenden europäischen Datenbank (Eudamed) zu schaffen; die Rückverfolgbarkeit der Produkte zu verbessern sowie die Vorschriften über die klinische Bewertung von Medizinprodukten und In-Vitro Diagnostika zu verschärfen und das Meldeverfahren bei Vorfällen zu verbessern.

Neue Regeln zur Arzneimittelsicherheit verabschiedet

Am 10. September 2012 haben die Europaabgeordneten erwartungsgemäß die neue Gesetzgebung für die Überwachung von Arzneimitteln nach der Zulassung und eine bessere Verständlichkeit der Beipackzettel verabschiedet. Mit dieser Neuregelung reagiert das Europaparlament auf den Skandal um das Diabetesmittel Mediator des französischen Pharmakonzerns Servier. Das Medikament wurde als Schlankmacher verkauft und es kam zu einigen Todesfällen. Die neuen Regelungen ändern die Richtlinie 2001/83/EG zur Pharmakovigilanz und die entsprechende Verordnung (EG) Nr. 726/2004. Wie berichtet hatten sich die Mitgliedstaaten und das Parlament im Vorfeld über die neue Gesetzgebung verständigt. Die neuen Rechtsvorschriften wurden durch einen Stresstest im Rahmen des bisherigen EU-Pharmakovigilanz-Systems erarbeitet. Danach muss künftig ein Unternehmen, das ein Arzneimittel vom Markt nimmt, angeben, aus welchem Grund dies geschieht. Über die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) werden dann alle Mitgliedstaaten informiert. Das gilt auch, wenn ein Mitgliedstaat oder die Europäische Kommission die Zulassung eines Arzneimittels zurücknimmt. Weitere Verbesserungen betreffen die patientenfreundlichere Gestaltung der Beipackzettel. Die neuen Vorschriften treten 2013 in Kraft. Die Mitgliedstaaten müssen die Neuregelung innerhalb eines Jahres in nationales Recht umsetzen.

Maßnahmen zur Erleichterung der gegenseitigen Anerkennung ärztlicher Verschreibungen

Am 20. Dezember 2012 hat die Europäische Kommission EU-weit gültige Mindeststandards zu ärztlichen Verordnungen erlassen.

Die neuen Regeln beinhalten die Elemente, die eine ärztliche Verordnung enthalten muss, wenn ein Patient die Verordnung in einem anderen Mitgliedstaat einreicht, als in dem, in dem die Verordnung ausgestellt wurde. Die einheitlichen Elemente sind nur für solche Verschreibungen erforderlich, die im Ausland Anwendung finden sollen. Eine solche Verschreibung muss ausdrücklich vom Patienten verlangt werden. Auf Grund unterschiedlicher ärztlicher Verschreibungen in der EU sind bisher nach Auffassung der Kommission bei der Hälfte der Patienten die ärztlichen Verordnungen in einem anderen Mitgliedstaat in der Vergangenheit nicht anerkannt worden.

Die neuen Regeln für Verschreibungen werden in Form einer Durchführungsrichtlinie erlassen. Die Bestimmungen über einheitliche Angaben zur Identifizierung von Patient,

verschreibender Person und verschriebenem Produkt sollen von den Mitgliedstaaten bis zum 25. Oktober 2013 in innerstaatliches Recht umgesetzt werden.

Durch die Koordinierung der Verschreibungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten wird die Feststellung der Echtheit von Verschreibungen aus dem Ausland verbessert. Damit sollen unnötige Wartezeiten, eine Unterbrechung der Behandlung und zusätzliche Kosten vermieden werden. Tonio Borg, Kommissar für Gesundheit und Verbraucherschutz, wies bei der Veröffentlichung darauf hin, dass dies ein wesentlicher Schritt zur Stärkung des Rechts von Patienten auf eine sichere und gute Behandlung in der gesamten EU sei, weil Patienten auch tatsächlich die Produkte bekommen würden, die ihnen verschrieben worden seien.

Europäische Gesundheitspolitik

Europäische Standards für Dienstleistungen in der ästhetischen Chirurgie

Auf einen Vorschlag des Österreichischen Normungsinstituts hat das Europäische Komitee für Normung CEN ein Projekt ins Leben gerufen, das auf die Entwicklung europäischer Standards für Dienstleistungen in der ästhetischen Chirurgie abzielt.

Die Österreichische Ärztekammer hat in einer Stellungnahme an das österreichische Gesundheitsministerium vehement zum Ausdruck gebracht, dass die inhaltliche Regelung der ärztlichen Berufstätigkeit ausschließlich in den Bereich des Ärztegesetzes und berufsrechtlicher Regelungen durch die Österreichische Ärztekammer fällt.

Auf Initiative der UEMS, der europäischen Fachärztereinigung, wurde im Herbst 2012 ein offener Brief an das europäische Normungsinstitut verfasst, in welchem nochmals vehement darauf hingewiesen wird, dass die CEN-Initiative im Widerspruch zu europäischem und nationalem Recht steht. Weiters wurden die Europäische Kommission, das Europäische Parlament und die EU-Mitgliedsstaaten aufgerufen, gegen diese Initiative aufzutreten. Dieser Brief wurde von der ÖÄK und auch den europäischen Ärzteorganisationen mitunterzeichnet.

Aktionsplan e-health 2012 - 2020

Die Europäische Kommission will die bestehenden Hindernisse bei der Telemedizin beseitigen und hat dazu am 7. Dezember 2012 einen Aktionsplan vorgestellt. Digitale Lösungen sollen künftig umfassend in den europäischen Gesundheitssystemen eingesetzt werden.

Der Aktionsplan soll dazu beitragen, den Wandel und die Verbesserungen im Gesundheitssystem durch folgende Maßnahmen zu beschleunigen: Klärung der Gebiete, auf denen Rechtsunsicherheit besteht; Verbesserung der Interoperabilität zwischen Systemen; Verbesserung der Aufklärung und Kompetenzen der Patienten und der Angehörigen der Gesundheitsberufe; Ergreifung von Initiativen im Zusammenhang mit dem individuellen Gesundheitsmanagement, die den Patienten in den Mittelpunkt stellen, sowie die Förderung von Forschungsvorhaben zu personenbezogenen Arzneimitteln; Gewährleistung kostenfreier Rechtsberatung für Firmengründungen im Bereich des elektronischen Gesundheitswesens.

Zudem will die Kommission für 2014 ein Grünbuch zur mobilen Gesundheitsfürsorge, das sich mit Qualitäts- und Transparenzfragen befassen soll, vorlegen.

Aktionsplan für Fachkräfte im europäischen Gesundheitswesen veröffentlicht

Zur Schaffung von Arbeitsplätzen im Gesundheitswesen hat die Kommission im Frühjahr 2012 einen „Aktionsplan für Fachkräfte im europäischen Gesundheitswesen“ veröffentlicht, welcher Maßnahmen zur Entwicklung von Methoden für künftige Bedarfsplanungen beim Gesundheitspersonal und Vorschläge für die Entwicklung neuer beruflicher Anforderungsprofile im Gesundheitsbereich beinhaltet.

Konkret schlägt die Kommission darin ua eine Verbesserung der Planung des Bedarfs an Fachkräften im Gesundheitswesen vor. Dazu soll eine sog. „europäische Plattform“ eingerichtet werden, die die Mitgliedstaaten und Berufsorganisationen bei der Entwicklung von geeigneten Methoden zur Prognose des Bedarfs an Fachkräften im Gesundheitswesen unterstützt. Zudem sollen hinsichtlich einer wirksamen Personalplanung EU-weit verfügbare Daten über Personal im Gesundheitswesen gesammelt werden.

Weiters soll der Kompetenzbedarf im Gesundheitswesen analysiert werden: Hier schlägt die Kommission die Einrichtung eines Europäischen Qualifikationsrates für Pflegefachkräfte vor, durch den vor allem der Bedarf von Pflegefachkräften besser analysiert werden soll. Zudem plant die Kommission, bis 2014 Empfehlungen für die Ausbildungserfordernisse für Assistenten im Gesundheitswesen (Bildungsmaßnahmen für nicht ausgebildetes Pflegepersonal) zu erarbeiten. Diese sollen auf der Grundlage einer Analyse der für Assistenten im Gesundheitswesen erforderlichen Fähigkeiten und Kompetenzen erfolgen. Hierzu sollen im Rahmen eines Pilotprojekts ein Netzwerk und eine Datenbank von Sachverständigen für Assistenten im Gesundheitswesen eingerichtet werden.

Zudem soll der Austausch über Einstellung und Bindung von Gesundheitsfachkräften gefördert werden. Hierzu will die Kommission die Mitgliedstaaten dabei unterstützen, dass 2013 die Erfassung innovativer und wirksamer Strategien zur Einstellung und Bindung von Personal im Gesundheitswesen in die Wege geleitet wird. Auch will sie die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung des Verhaltenskodex der WHO zur internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal unterstützen und eine gemeinsame Vorgehensweise entwickeln.

Mit Hilfe des Aktionsplans soll u. a. erreicht werden, dass die Gesundheitssysteme wirtschaftlicher ausgerichtet werden und der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitskräften künftig oberste Priorität im Rahmen der Förderung der Struktur- und Kohäsionsfonds eingeräumt wird.

13. Das Gesundheitswesen im Spiegel der Medien

Vor dem Hintergrund der seit rund vier Jahren andauernden Wirtschaftskrise und EU-weiter wie nationaler Spardebatten bestimmten wirtschaftliche Fragen auch die Gesundheitspolitik. Die möglichen Folgen einer immer stärkeren Ökonomisierung der Medizin wurden nicht nur zum Gegenstand sozialpolitischer Auseinandersetzungen, insbesondere auf regionaler und

kommunaler Ebene (Stichwort ÄrztInnenmangel), sie fanden auch Eingang in einen ethisch-philosophischen Diskurs.

Der elektronische Gesundheitsakt ELGA beschäftigte ebenfalls nicht nur Vertreter des Gesundheitswesens, sondern rief darüber hinaus Datenschützer und Verfassungsjuristen auf den Plan.

Ungebrochen großen Raum räumten die Print- und audiovisuellen Medien sowie deren Online-Versionen medizinischen Themen ein. Mit meist deutlichem Servicecharakter versuchten sie auch in diesem Berichtszeitraum, dem wachsenden Bedürfnis der Konsumenten nach Gesundheitsinformationen Rechnung zu tragen. Das liegt gleichzeitig im wirtschaftlichen Interesse der Verlage, da es zu hohen Auflagen beiträgt und Stoff für Schlagzeilen bietet – etwa mit Nachrichten über medizinische Fortschritte.

Die Berichterstattung im letzten Viertel der Berichtsperiode (zweites Halbjahr 2012) wurde von ELGA und Gesundheitsreform absolut dominiert, umso mehr soll hier auch auf eine Auswahl an davon unabhängigen, aber zu ihrer Zeit ebenfalls medienrelevanten Themen zurückgeblückt werden (ohne Anspruch auf Vollständigkeit, in alphabetischer Reihenfolge):

Ärzte-Burnout

Im April 2011 machte die Ärztekammer mit einer Pressekonferenz auf die enorme Burnoutgefahr unter ÄrztInnen aufmerksam. Eine Befragung hatte ergeben, dass jede zweite Ärztin/jeder zweite Arzt unter Erschöpfungszuständen leidet, Hauptrisikogruppe sind männliche Spitalsärzte unter 47 Jahren. Alle relevanten Medien griffen das Thema umgehend auf und transportierten die von der ÖÄK genannten Ursachen: Einsparungen und zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Die ÖÄK legte seither immer wieder beharrlich den Finger in diese Wunde und konnte so erreichen, dass die teils unmenschlichen Arbeitsbedingungen in Spitälern, aber auch die Überlastung im niedergelassenen Bereich fixer Bestandteil der Auseinandersetzungen um die Spitals- und Gesundheitsreform wurden.

Ärztammerwahlen

Nach teils intensiver (regionaler) Berichterstattung während der Wahlkampfphasen in den einzelnen Bundesländern fand die bundesweite Ärztekammer-Wahl im Juni 2012 vor allem in der Person des neu gewählten ÖÄK-Präsidenten Artur Wechselberger Beachtung.

ELGAE-Medikation

Mit einer Resolution, die den sofortigen Stopp des Pilotprojekts zur E-Medikation forderte, erregte die ÖÄK im Juni 2011 großes Aufsehen und läutete so eine monatelange öffentliche Debatte ein. Anlass war ein Bescheid des Bundesvergabebeamten, wonach die ausschreibungsfreie Auftragsvergabe durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger insbesondere an Softwarefirmen rechtswidrig erfolgt war. In der Folge zeigte die ÖÄK auch zahlreiche inhaltliche Mängel auf. Spätestens mit dem Skandal um gehackte Daten der Tiroler Gebietskrankenkasse im Oktober 2010 wandte sich die öffentliche Aufmerksamkeit dem Projekt ELGA in seiner Gesamtheit zu, nachdem bis dato vorwiegend der Teilbereich E-Medikation wahrgenommen worden war. Zeitgleich

intensivierte die ÖÄK ihre Medienarbeit, unterstützt durch Gutachten, Expertensymposien und eine Allianz mit der anerkannten ARGE Daten. So gelang es, die mediale Aufmerksamkeit auf Datenschutz-Aspekte zu lenken und über Monate aufrechtzuerhalten. Ebenso gehört wurde die ÖÄK-Kritik an der Finanzierung und den enormen Kosten des ELGA-Projekts. Im Herbst 2012 fokussierte die ÖÄK ihre Kritik auf die mangelnde Usability. Die Haltung der ÖÄK nach dem Parlamentsbeschluss vom Oktober 2012, wonach wesentliche Mängel jedenfalls bis zur definitiven Einführung des ELGA-Systems behoben werden müssten, wurde von allen relevanten Medien transportiert.

Gesundheitsreform – Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Die Gesundheitsökonomie formuliert technokratisch und distanziert; sie taxiert Gesundheit als Produkt eines Prozesses auf abstrakt-monetärer Basis. Ärztliche InteressenvertreterInnen hingegen orientieren sich in ihrer Diktion großteils an der konkreten Notlage der PatientInnen vor dem Hintergrund eines humanistischen und ganzheitlichen Menschenbildes. Dieses schon in der vergangenen Periode beobachtbare semantische Spannungsfeld hat sich in der medialen Berichterstattung 2011–2012 verschärft: Der Anspruch der Ökonomie auf Macht und Deutungshoheit im Gesundheitssystem steht sowohl im Konflikt mit den ethischen und gesetzlichen Bindungen der gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe als auch mit den gesellschaftlichen Erwartungen. Schon seit 2011 transportierten Medien Warnungen der ÖÄK bezüglich überlasteter Spitalsambulanzen und weiterer Verschlechterungen der Arbeitssituation der SpitalsärztInnen. Medialen Niederschlag fand auch die Sorge, dass die fachärztliche Versorgung durch niedergelassene ÄrztInnen ausgehöhlt würde. Seit Anfang 2011 wies die ÖÄK auch auf die Vorteile einer „Finanzierung aus zwei Quellen“ (Sozialversicherung: ambulanter Bereich inklusive Spitalsambulanzen; Bund und Länder: stationärer Bereich) und auf mögliche negative Folgen einer Zentralisierung des Gesundheitssystems hin. Bundesweite Aktionen, die im November 2012 in einem nationalen Protestkonvent gipfelten, führten zu einer entsprechenden medialen Thematisierung und schlussendlich zu einer differenzierteren Darstellung der geplanten Gesundheitsreform in den Medien. Eine Wende zeichnete sich auch auf Leserbrief- und Postingseiten ab, in denen immer mehr Medienkonsumenten die Beteuerungen der Reformverhandler anzweifeln, wonach zwar Ausgaben, nicht aber Leistungen gekürzt würden. Nachdem im Zuge von Gesprächen zwischen Gesundheitsministerium und Österreichischer Ärztekammer Annäherungen in einigen Punkten erzielt werden konnten und diese auch in den am 19.12.2012 unterzeichneten Bund-Ländervereinbarungen zur Finanzierung und zur Zielsteuerung berücksichtigt worden waren, transportierten die Medien weitgehend neutral die ÖÄK-Botschaft, dass es zwar fürs Erste keinen Beschluss über weitere Proteste gebe, alles Weitere aber von der Gestaltung der Folgegesetze abhinge.

Hausapothekenregelung

Im Juni 2012 veröffentlichte der Verfassungsgerichtshof sein Erkenntnis, wonach bestehende Hausapotheken nur noch drei (nicht mehr zehn) Jahre parallel zu einer neu eröffneten öffentlichen Apotheke weitergeführt werden dürfen. Die Regelung tritt mit Ende 2013 in Kraft. Das Thema heizte vor dem Start der ab August 2012 alles dominierenden ELGA-Kampagne noch einmal die mediale Diskussion über den LandärztInnenmangel an.

Haus- und Vertrauensarzt-Modell

Im Jänner 2012 präsentierte die Bundeskurie niedergelassene Ärzte den von ihr herausgegebenen Sammelband „Arzt der Zukunft – Zukunft des Arztes“. Die Veranstaltung mit Podiumsdiskussion über das Haus- und Vertrauensarzt-Modell der ÖÄK war Auftakt für eine bis in den Spätsommer rege Berichterstattung sowohl in Print- als auch in audiovisuellen Medien. Die Öffentlichkeit wurde dabei über viele Aspekte der Hausarztproblematik informiert: von Einsparpotenzialen bei Einhaltung der Versorgungspyramide (Stichwort unnötige Ambulanzbesuche) über unattraktive Arbeitsbedingungen für niedergelassene ÄrztInnen bis hin zur ungenügenden AllgemeinmedizinerInnen-Ausbildung und zum Kernthema ÄrztInnenmangel. Indes verwiesen die Sozialversicherungsträger beharrlich auf den Anstieg der absoluten ÄrztInnenzahl im Lauf der vergangenen Jahrzehnte (ohne den Bevölkerungsanstieg und andere demografische Faktoren zu berücksichtigen). Das Thema wurde im Zuge der Auseinandersetzungen um die Gesundheitsreform auch medial wieder aufgegriffen. Rückblickend lässt sich festhalten, dass Medien und Öffentlichkeit den drohenden ÄrztInnenmangel und seine Ursachen inzwischen als ernst zu nehmendes Problem erkannt haben und entsprechend thematisieren.

Initiativen zu Hörstörungen und Schlaganfall

Im Jahr 2012 wurden wieder zwei Vorsorge-Initiativen gestartet: „gut hören - dazugehören“ (Hörstörungen, April) und „Vorsorgen mit Herz und Hirn“ (Schlaganfall, Oktober). Das Thema Hörstörungen haben die Fachmedien, aber auch die Gesundheitsressorts der Tageszeitungen sowie die audiovisuellen Medien, umgehend aufgegriffen. Über die Schlaganfall-Problematik wurde bis Jahresende immer wieder mit Verweis auf die ÖÄK-Initiative berichtet.

Kinderpsychiatrie

Großen medialen Widerhall fand die Forderung der Jugendrichter nach mehr psychosozialer Prävention Mitte 2011. Die ÖÄK trat ergänzend für einen Ausbau der Kassenstellen für Kinderpsychiatrie ein und konnte mit dem Verweis auf zehn Prozent behandlungsbedürftiger Kinder und deren absolut unzureichende Versorgung in Österreich über Monate hinweg das Interesse der Medien aufrechterhalten. Ende 2012 konnte die Ärztekammer zwar auf den erfolgreichen Abschluss einiger Kassenverträge mit den „kleinen Kassen“ VAEB, SVA und BVA verweisen, bekräftigte aber medial ihre Forderung nach Ausweitung auf die Gebietskrankenkassen.

SVA-Vorsorgemodell

Gemeinsam mit dem im Jänner 2011 neu gewählten SVA-Direktor und geschäftsführenden Obmann Peter McDonald brachte die ÖÄK das SVA-Vorsorge-Modell auf Schiene und stellte es im Herbst 2011 in einer gemeinsamen Pressekonferenz vor: Versicherte, die sich zur Einhaltung und regelmäßigen Kontrolle von Gesundheitszielen verpflichten, profitieren von niedrigeren Beiträgen. Die Mehrheit der Medien begrüßte die Betonung des Vorsorgegedankens gegenüber der Reparaturmedizin, nur vereinzelt wurde das Modell als ungerecht gegenüber weniger Gesundheitsbewussten dargestellt. Bonus-Anreize innerhalb

des Sozialversicherungssystems sorgten bis Ende der Berichtsperiode für Diskussionen und mediale Aufmerksamkeit.

TurnusärztInnenproblematik

Überlastete JungärztInnen, die viel zu wenig direkt am Patienten, aber umso mehr am Schreibtisch arbeiten, waren während des gesamten Berichtszeitraums ein immer wiederkehrendes Medienthema. Die Medien gaben dabei weitgehend die Überzeugung der ÖÄK wieder, dass nur bessere Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen die jungen MedizinerInnen davon abhalten könnten, auszuwandern oder gar nicht erst als Ärztin/Arzt tätig zu werden. Im August 2011 startete die Bundeskurie angestellte Ärzte eine langfristig angelegte Evaluierung der TurnusärztInnen-Ausbildung. Die Präsentation der Evaluationsergebnisse im Dezember 2012 überraschte kaum: Die JungmedizinerInnen bewerteten ihre Ausbildung durchschnittlich nur mit einem „Befriedigend“ und sprachen sich unter anderem klar für mehr Bedside-Teaching und Lehrpraxen aus.

Zwei-Klassen-Medizin

Im August 2012 veröffentlichte der Verein für Konsumenteninformation (VKI) eine Studie, wonach Privatversicherte bei Katarakt-Operationen vorgereicht würden – und löste damit eine bis in den Herbst brodelnde, mitunter äußerst polemische Debatte über die Zwei-Klassen-Medizin aus. Mit zunehmender Vertiefung in die Materie machten aber vor allem Leserbriefe und Kommentare deutlich, dass es nicht unmoralisch sei, wenn Privatversicherte bei planbaren – also keineswegs lebenswichtigen oder akuten – Eingriffen versuchten, diesen Vorteil zu nutzen, zumal sie mit ihren Zusatzbeiträgen wesentlich zur Finanzierung des sozialen Gesundheitswesens beitragen.

14. Stellungnahmen der Österreichischen Ärztekammer zu Themen des Gesundheitswesens

Anbei eine kurze Auswahl zu Themen, zu denen die Österreichische Ärztekammer ihre Expertisen und Anregungen abgegeben hat:

ÖÄK–Stellungnahmen 2011

GESETZES-, VERORDNUNGS- UND EU-RECHTSBEGUTACHTUNG		
DATUM	ERGING AN	BETRIFFT
10.01.2011	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie	Entwurf einer Verordnung über die 5. Novelle der Führerscheingesezt-Gesundheitsverordnung (FSG-GV)
11.01.2011	Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend	Entwurf der Verordnung zur Akkreditierung als Zertifizierungsstelle der Quality Austria – Trainings, Zertifizierungs- und Begutachtungs GmbH
19.01.2011	European Commission	Entwurf der Europäischen Kommission KOM (2010) 609 Gesamtkonzept für den Datenschutz in der Europäischen Union
27.01.2011	Bundesministerium für Gesundheit	Entwurf für Standards für das Gebrauchsfertigmachen, Applikation und Entsorgung von Zytostatika
10.02.2011	Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung	Entwurf des Frauenförderungsplans für den Bereich des BM für Wissenschaft und Forschung
14. 03. 2011	Europäische Kommission	Konsultationspapier über die Anerkennung von Berufsqualifikationen
17.03.2011	Bundesministerium für Gesundheit	Entwurf, mit der die Verordnung betreffend die Anzeige übertragbarer Krankheiten geändert wird
28.03.2011	Bundesministerium für Gesundheit	KAKuG-Novelle
29.03.2011	Bundeskanzleramt Österreich	Grünbuch über die Modernisierung der europäischen Politik im Bereich des öffentlichen Auftragswesens
04.04.2011	Bundeskanzleramt Verfassungsdienst	Bundesverfassungsg zur Transparenz von Medienkooperationen sowie der Vergabe von Förderungen und Werbeaufträgen an Medienunternehmen

		(BVG-Medienkooperation und Medienförderung – BVG-MedKF) Versendung zur Begutachtung und zur Stellungnahme nach der Vereinbarung über einen Konsultationsmechanismus
04.04.2011	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie	Entwurf einer Verordnung, mit der die Fahrradverordnung geändert wird (1. Fahrradverordnungs-Novelle)
10.05.2011	Bundesministerium für Gesundheit	OSR-Gesetz
11.05.2011	Bundesministerium für Gesundheit	MAB-Gesetz
12.05.2011	Bundesministerium für Gesundheit	Europäische Standards für Dienstleistungen in der ästhetischen Chirurgie.
13.05.2011	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz	Bundesgesetz, mit dem das Bundes-Verfassungsgesetz, das Bundes-pflegegeldgesetz und das Bundesbehindertengesetz (Pflegegeldreformgesetz 2012) geändert werden soll
20.05.2011	Bundesministerium für Gesundheit	15. Ärztegesetz-Novelle
28.06.2011	Bundesministerium für Gesundheit	Entwurf einer Verordnung über Meldungen von Herstellern von Medizinprodukten oder deren Bevollmächtigten, von Prüf-, Überwachungs- und Zertifizierungsstellen und von benannten Stellen, Meldungen von Zwischenfällen und klinischen Prüfungen sowie Meldungen an die Europäische Datenbank für Medizinprodukte (Medizinprodukte-VO)
29.06.2011	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie	Bundesgesetz, mit dem das Unfalluntersuchungsgesetz, das Kraftfahrzeuggesetz 1967, das Seilbahngesetz 2003 sowie das Schifffahrtsgesetz geändert werden.
29.06.2011	Bundeskanzleramt Verfassungsdienst	Verordnung über das bei der Datenschutzkommission eingerichtete Datenverarbeitungsregister (Datenverarbeitungsregister-Verordnung 2011 – DVRV 2011)
30.06.2011	Bundesministerium für Gesundheit	MAB-AV

14.07.2011	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz	EU-Recht und Abkommen über soziale Sicherheit – Begutachtungsentwurf zur Änderung des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes (SV-EG)
15.07.2011	Europäisches Normungskomitee	Europäische Standards für Dienstleistungen in der ästhetischen Chirurgie.
19.07.2011	Bundesministerium für Justiz	Entwurf eines Bundesgesetzes zur Sicherung der Transparenz bei der Wahrnehmung politischer und wirtschaftlicher Interessen (LobbyG)
23.08.2011	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz	Vorschlag der Europäischen Kommission für eine Richtlinie über Mindestvorschriften zum Schutz der Sicherheit und Gesundheit der ArbeitnehmerInnen vor der Gefährdung durch physikalische Einwirkungen (elektromagnetische Felder)
23.08.2011	Bundesministerium für Gesundheit	Entwurf einer Novelle Pharmazeutische Fachkräfteverordnung
1.09.2011	Europäische Kommission	Grünbuch zur Überarbeitung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen.
19.09.2011	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie	Verordnung betreffend die Datensicherheit (Entwurf einer Datensicherheitsverordnung TKG-DSVO)
21.09.2011	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen	Entwurf der Verordnung über die Einhebung, Entrichtung und Festsetzung der Höhe einer Medizinprodukteabgabe (MedizinprodukteabgabenVO 2011)
13.10.2011	Bundesministerium für Gesundheit	KAKuG-Novelle Umsetzung ÖSG 2010
28.10.2011	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz	Entwurf einer Verordnung mit der die Betriebsrats-Wahlordnung 1974 und weitere VO geändert werden.
03.11.2011	Bundesministerium für Justiz	Bundesgesetz, mit dem das Versicherungsvertragsgesetz 1958 geändert wird (Versicherungsrechts-Änderungsgesetz 2012 – VersRÄG 2012)
08.11.2011	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz	Entwurf einer Nadelstichverordnung - NastV
06.12.2011	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und	Bundesgesetz zur Förderung von Freiwilligen Engagement

	Konsumentenschutz	(Freiwilligengesetz-FWG)
06.12.2011	Bundesministerium für Gesundheit	Entwurf einer Verordnung, mit der die Hämovigilanz-Verordnung 2007 geändert wird
21.12.2011	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie	Entwurf einer Novelle zur Kommunikations-Erhebungs-Verordnung

PARLAMENTARISCHE ANFRAGEN		
DATUM	ERGING AN	BETRIFFT
16.06.2011	Bundesministerium für Gesundheit	Parlamentarische Anfrage Nr. 8827/J betr. Landärzte und Hausapotheken
06.07.2011	Bundesministerium für Gesundheit	Parlamentarische Anfrage Nr. 8964/J betr. Gefährdung der ärztlichen Nahversorgung im ländlichen Raum durch die Schließung von Hausapotheken
27.07.2011	Bundesministerium für Gesundheit	Parlamentarische Anfrage Nr. 2832/J betr. AllgemeinmedizinerInnen – Notwendige Verbesserungen für Haus- und Landärzte
27.07.2011	Bundesministerium für Gesundheit	Parlamentarische Anfrage Nr. 8827/J betr. Landärzte und Hausapotheken
04.11.2011	Bundesministerium für Gesundheit	Parl. Anfrage Nr. 9464/2011 betreffend hohe Selbstmordrate von türkisch-stämmigen Mädchen und Frauen

SONSTIGES, WIE BUNDESQUALITÄTSLEITLINIEN, NATIONALE STRATEGIEN, ETC.		
DATUM	ERGING AN	BETRIFFT
18.03.2011	Bundesministerium für Gesundheit	UAG Qualität –Priorisierung Koloskopie
08.09.2011	Gesundheit Österreich GmbH	Entwurf „Qualitätsstandard zum Programm Brustkrebs-Früherkennung durch Mammographie-Screening“ im Rahmen der öffentlichen Konsultation
05.10.2011	UAG Qualität	Evaluierung der BQLL bzw Bundesqualitätsstandard Metaleitlinie
24.10.2011	Gesundheit Österreich GmbH	Nationale Qualitätsstrategie
12.12.2011	Gesundheit Österreich GmbH	Entwurf Qualitätsstandard zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich
03.05.2011 13.05.2011 15.09.2011	Gesundheit Österreich GmbH	BQLL Präoperative Diagnostik

ÖÄK–Stellungnahmen 2012

GESETZES-, VERORDNUNGS- UND EU-RECHTSBEGUTACHTUNG		
DATUM	ERGING AN	BETRIFFT
02.01.2012	Bundesministerium für Finanzen	Entwurf einer Verordnung der Bundesministerin für Finanzen für die Abschätzung der finanziellen Auswirkungen von Regelungsvorhaben und sonstigen Vorhaben auf die öffentlichen Haushalte (FinAV)
04.01.2012	<ul style="list-style-type: none"> • Bundeskanzleramt – Verfassungsdienst • Bundesministerium für Finanzen • Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und 	<p>Folgende Entwürfe zu Verordnungen im Zusammenhang mit wirkungsorientierter Folgenabschätzung (WFA):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Entwurf Verordnung des BKA über Grundsätze der WFA bei Regelungsvorhaben und sonstigen

	<p>Jugend</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 	<p>Vorhaben (WFA-Grundsatz-Verordnung, WFA-GV)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Entwurf Verordnung des BMF und des BMWFJ über die Abschätzung der gesamtwirtschaftlichen Aspekte wirtschaftspolitischer Auswirkungen im Rahmen der WFA bei Regelungsvorhaben und sonstigen Vorhaben (Gesamtwirtschaftliche Auswirkungen-Verordnung, GeswAV) – Entwurf Verordnung des BMF zur Abschätzung der Verwaltungskosten für Bürgerinnen und Bürger und für Unternehmen anhand des Standardkostenmodells im Rahmen der WFA bei Regelungsvorhaben und sonstigen Vorhaben (Standardkostenmodell-Verordnung, SKM-V) – Entwurf Verordnung des BMASK über die WFA betreffend die Auswirkungen in sozialer Hinsicht (WFA-Soziales-Verordnung) – Entwurf Verordnung des BMWFJ über die Abschätzung der wirtschaftspolitischen Auswirkungen auf kleine und mittlere Unternehmen im Rahmen der WFA bei Regelungsvorhaben und sonstigen Vorhaben (WFA-KMUUV)
18. 01.2012	Bundesministerium für Wirtschaft Familie und Jugend	Revision der Berufsqualifikationsrichtlinie 2005/36/EG, RAG-Sitzung
31.01.2012	Bundesministerium für Gesundheit	MAB-Gesetz 2012
27.01.2012	Bundeskanzleramt Österreich	Richtlinienvorschläge der Kommission zur Modernisierung des öffentlichen Auftragswesens
2.02.2012	Europäisches Parlament, MEP Mag. Karas	Änderungsanträge zum Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zur europäischen Normung (COM (2011) 0315)
03.02.2012	Bundesministerium für Wirtschaft Familie und Jugend	Entwurf Akkreditierungsgesetz 2012

06.02.2012	Bundesministerium für Justiz	Entwurf betreffend ein Bundesgesetz, mit dem das Strafregistergesetz 1968, das Tilgungsgesetz 1972 und die Strafprozessordnung 1975 geändert werden sollen
09.02.2012	Bundesministerium für Gesundheit	Entwurf einer Novelle zum Epidemiegesetz 1950
22. 02. 2012	Bundesministerium für Wirtschaft Familie und Jugend	Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zur europäischen Normung (COM (2011) 0315)
27.02.2012	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz	Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Arbeitslosenversicherungsgesetz und das Arbeitsmarktpolitik-Finanzierungsgesetz geändert werden sollen
27.02.2012	Bundesministerium für Finanzen	Bundesgesetz, mit dem das Einkommenssteuergesetz 1988, das Körpersteuergesetz 1988, das Umsatzsteuergesetz 1994, das Grunderwerbsteuergesetz 1987, das Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz, das Mineralölsteuergesetz 1995, das Bewertungsgesetz 1955, das Bundesgesetz über eine Abgabe von land- und forstwirtschaftlichen Betrieben und das Bausparkassengesetz geändert werden (Stabilitätsgesetz 2012)
28.02.2012	Bundesministerium für Gesundheit	Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zur europäischen Normung (COM (2011) 0315)
07.03.2012	Bundesministerium für Gesundheit	Entwurf Trainingstherapie-Ausbildungsverordnung-TT-AV
17.03.2012	Bundesministerium für Gesundheit	Entwurf, mit dem die Verordnung betr. die Anzeige übertragbarer Krankheiten geändert wird.
28.03.2012	Austrian Standards Institute Österreichisches Normungsinstitut (ON)	Entwurf einer Norm EN 16372 über Dienstleistungen in der ästhetischen Chirurgie
10.04.2012	Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend	Bundesgesetz über die Grundsätze für Hilfen für Familien und Erziehungshilfen für Kinder und Jugendliche (Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz 2012 – B-KJHG 2012)

17. 04. 2012	Bundesministerium für Wirtschaft Familie und Jugend	Revision der Berufsqualifikationsrichtlinie 2005/36/EG, RAG-Sitzung
25.04.2012	Bundesministerium für Justiz	Ministerialentwurf Zahlungsverzugsgesetz (ZVG)
26.04.2012	Bundesministerium für Gesundheit	Bundesgesetz über die Durchführung von ästhetischen Behandlungen und Operationen (Schönheitsoperationen) (ÄsthOpG) erlassen und das Ärztegesetz 1998 geändert wird.
08.05.2012	BMASK	Entwurf einer NadelstichVO (NastV(
11.05.2012	Bundeskanzleramt – Verfassungsdienst	Vorschlag für eine Richtlinie über die Konzessionsvergabe
18.05.2012	Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend	Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem die Gewerbeordnung 1994 geändert wird.
11.06.2012	Bundesministerium für Wirtschaft Familie und Jugend	Revision der Berufsqualifikationsrichtlinie 2005/36/EG, RAG-Sitzung
14.06.2012	Bundeskanzleramt – Verfassungsdienst	Mitteilung der Europäischen Kommission über die Strategie zur e-Vergabe, KOM (2012) 179
3.07.2012	Bundesministerium für Wirtschaft Familie und Jugend	Revision der Berufsqualifikationsrichtlinie 2005/36/EG, RAG-Sitzung
09.07.2012	Bundeskanzleramt – Verfassungsdienst	Entwurf einer Verordnung, mit der die Standard- und Muster-Verordnung 2004 geändert werden soll (Novelle zur StMV 2004)
13.07.2012	Bundeskomitee Freie Berufe Österreichs	Entwurf einer Datenschutz-Grundverordnung
13.08.2012	Parlament	Entwurf eines Abgabeänderungsgesetzes 2012
30.08.2012	Bundeskanzleramt – Verfassungsdienst	Entwurf Änderung Datenschutzgesetz 2000
30.08.2012	Bundesministerium für Gesundheit	Entwurf Organtransplantationsgesetz, Novelle KAKuG, AMG, GSG, GÖG

14.09.2012	Bundesministerium für Gesundheit	ÖSG Entwurf 2012
18.09.2012	Bundesministerium für Wirtschaft Familie und Jugend	Revision der Berufsqualifikationsrichtlinie 2005/36/EG, RAG-Sitzung
19.09.2012	BMASK	Entwurf Änderung ASchG und das ArbIG (ASchG-Nov.)
02.10.2012	Europäisches Parlament, MEP Mag. Karas/MEP Becker	Änderungsanträge zur Revision der Richtlinie 2005/36/EG
10.10.2012	Bundesministerium für Wirtschaft Familie und Jugend	Revision der Berufsqualifikationsrichtlinie 2005/36/EG, RAG-Sitzung
17.10.2012	Bundesministerium für Gesundheit	Bestimmungen über die Berechtigung zur Ausübung der Trainingstherapie bzw Entwurf der Trainingstherapie-Ausbildungsverordnung
27.11.2012	Bundesministerium für Wirtschaft Familie und Jugend	Revision der Berufsqualifikationsrichtlinie 2005/36/EG, RAG-Sitzung

PARLAMENTARISCHE ANFRAGEN		
DATUM	ERGING AN	BETRIFFT
19.04.2012	Bundesministerium für Gesundheit	Parlamentarische Anfrage Nr.1921/A und 10045/J betr. Erhalt der ärztlichen Hausapotheke in der Marktgemeinde Irdning
27.11.2012	Bundesministerium für Gesundheit	Parlamentarische Anfrage Nr.12924/J betr. Korruption im Gesundheitswesen
03.12.2012	Bundesministerium für Gesundheit	Parlamentarische Anfrage Nr. 13029/J betreffend die Umsetzung der Kinderrechtskonvention in Österreich am Beispiel der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

12.12.2012	Bundesministerium für Gesundheit	Parlamentarische Anfrage Nr. 13117/J betr. Depressionen
------------	-------------------------------------	--

SONSTIGES, WIE BUNDESQUALITÄTSLEITLINIEN, NATIONALE STRATEGIEN, ETC.

DATUM	ERGING AN	BETRIFFT
13.03.2012	Bundesministerium für Gesundheit	Entwurf für Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich
11.05.2012	Gesundheit Österreich GmbH	Qualitätsstandard zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich – öffentliche Konsultation
11.07.2012	Bundesministerium für Gesundheit	Einrichtung eines Gesundheitsberuferegisters
04.10.2012	Gesundheit Österreich GmbH	Konzept für eine Österreichische Patientensicherheitsstrategie 2013 – 2016

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) 51406-3000, Fax: 3042 Dw

post@aerztekammer.at

www.aerztekammer.at