

ARZT IN TIROL

Informationsschrift des Vereines unabhängiger Tiroler Ärzte (Mitglied des österreichischen Ärzteverbandes)

Ausgabe 1 | Juli 2023

www.arztintirolo.at



Dr. Artur Wechselberger

Geschätzte Kolleginnen und Kollegen,

seit über einem Jahr arbeitet nun schon unsere neue Kammerführung in der Ärztekammer für Tirol. Die dritte Vollversammlung unter der Führung von Präsident MR Dr. Stefan Kastner hat sich im Juni dieses Jahres wieder wichtigen Themen der Tiroler Ärzteschaft gewidmet. Von der Dringlichkeit, Medizinabsolventinnen und -absolventen rasch eine Ausbildungsmöglichkeit in Tirol zu verschaffen, der Gehaltssituation an den Bezirkskrankenhäusern, der Verlagerung der Ausbildungskompetenz von der Ärztekammer zu den Ländern bis zu Versorgungsthemen um Kassenärztinnen und -ärzten und Wahlärztinnen und -ärzten, der oft schleppenden Besetzung von Kassenstellen und der Notwendigkeit, die Bereitschaftsdienste neu zu organisieren, spannte sich der Themenbogen. Inhalte, die Präsident Kastner auch bei den politischen Kontakten der Ärztekammer insbesondere mit Landeshauptmann Anton Mattle und Landesrätin Dr. LR Cornelia Hagele auf der Agenda hatte.

Aber nicht nur in Tirol sind unsere Ärztevertreter aktiv. Die fortschreitende Zentralisierung gesundheitspolitischer Entscheidungen in Wien macht es immer mehr notwendig, dass sich Ländervertreter auch in der ÖÄK engagieren. Gerade die Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen zur ÖGK, aber auch die Verlagerung von Aufgaben der Länderkammern zur ÖÄK und nicht zuletzt die verstärkte Kooperation der Länderkammern untereinander zur Bewältigung administrativer, oft an teure Softwarelösungen gebundener Aufgaben stellen große Anforderungen an unsere heimischen Ärztevertreterinnen und -vertreter. Neben den ärztegesetzlich geregelten Länderver-

tretungen in der Österreichischen Ärztekammer braucht es auch Funktionärinnen und Funktionäre aus den Ländern, die bereit sind, in den verschiedenen Gremien Führungsarbeit zu leisten. Beispielfähig seien hier OMR Dr. Wutscher Edgar als Obmann der Bundeskurie niedergelassene Ärzte und damit Vizepräsident der ÖÄK, aber auch Dr. Daniel von Langen als Vorsitzender im Bildungsausschuss oder Prim. MR Doz. Dr. Rudolf Knapp als zweiter Obmannstellvertreter in der Bundeskurie angestellte Ärzte genannt.

Die Leitung des Wahlärztereferats der Bundesärztekammer liegt seit Jahren in den Händen von MR Dr. Momen Radi. Einen Generationssprung hat es im Sportärztereferat der ÖÄK gegeben. Hier folgten MR Dr. Stefan Kastner (Referatsleiter) und Dr. Clemens Burgstaller (Referent) dem Tiroler Langzeitgespann Dr. Artur Wechselberger und OMR Dr. Erwin Zanier in die österreichische Zentrale der Vertretung der Sportmedizinerinnen und Sportmediziner.

Für die Bereitschaft Tiroler Ärztinnen und Ärzte, solche Aufgaben zu übernehmen und trotz räumlicher Distanz zu Wien engagiert zu erledigen, hat sich heuer im Frühjahr die ÖÄK mit der Verleihung von Ehrenzeichen bedankt. Wir werden die ausgezeichneten Ärztinnen und Ärzte aus Tirol, die durchwegs unserem Verein angehören und damit auch die Ideen und Forderungen unseres Vereins in Wien vertreten haben, in dieser Ausgabe des „Arzt in Tirol“ vorstellen.

*Dr. Artur Wechselberger
Obmann des Vereines
unabhängiger Tiroler Ärzte*

INHALT

- 1 Vorwort
Dr. Artur Wechselberger
- 2 Dicke Bretter bohren ...
- 2–3 Verhandlungsaspekte unter dem Einfluss wirtschaftlich instabiler Zeiten
- 3 Ausbildungsevaluierung durch die ETH Zürich
- 3 E-Rezept und Suchtgiftverschreibung ab 1. Juli 2023
- 4–5 Ehrenzeichenverleihungen
- 6–7 Die Haftpflichtversicherung will aussteigen – was tun?
- 7–8 Lustlos und demotiviert
- 8 Führungsversagen

Dicke Bretter bohren ...

Auch wenn mein Enthusiasmus schon durch einige Jahre Standespolitik gebremst ist, über- rascht die Trägheit der gesund- heitspolitischen „Macher“.

Vernünftig denkenden Personen und auf Ter- mine und Operationen wartende Patientinnen und Patienten haben den auch in Österreich zunehmenden Ärztemangel als Realität längst akzeptiert, während verschiedene Gesund- heitspolitikerinnen und -politiker und „Ex- pertinnen und Experten“ sowie die Verant- wortlichen der ÖGK wie Andreas Huss sich in Zahlenspielereien und Verteilungsausreden ihre eigene Realität zurechtzimmern.

Realität ist aber, dass die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Österreich seit den 1980er Jahren deutlich gestiegen ist. Allerdings ist in diesem Zeitraum die Lebenserwartung um fast ein Jahrzehnt gestiegen. Parallel haben die Diag- nose- und Therapiemöglichkeiten stark zuge- nommen. Die bis Ende der 1990er Jahre noch uneingeschränkten Arbeitszeiten sind schritt- weise auf 48 Stunden gesenkt worden, und der Anteil Kolleginnen und Kollegen in Teilzeit hat schrittweise zugenommen. Der Abstrom pro- movierter Medizinerinnen und Mediziner ins Ausland findet weiter statt, denn trotz Mangel an Ärztinnen und Ärzten sind Wartezeiten auf Ausbildungsplätze wieder an der Tages-

ordnung. Im niedergelassenen Bereich wird die Kassenmedizin zunehmend zum Ladenhüter und hat für Patientinnen und Patien- ten und ihre Ärztinnen und Ärzte durch fehlende Zeit für Gespräche und eingehende Untersuchungen bzw. deren adäquate Bezahlung an Attraktivität verloren. Das politisch oft empfohlene Allheilmittel Pri- märversorgungseinheit (PVE) löst

das wohl auch nicht, bisher haben alle Interes- sentinnen und Interessenten in Tirol die aktuell von der ÖÄK gebotenen Bedingungen als wenig attraktiv gefunden. Der Rahmenvertrag für PVE in Tirol ist nebenbei bemerkt auch immer noch nicht fertig, Verhandlungen konnten erst in diesem Jahr aufgenommen werden, da die ÖGK bis zum Jahreswechsel keinen Vertrags- entwurf dazu vorlegen konnte! Der Pflegemangel rundet die Problemfelder noch weiter ab. Steht also unser Gesundheitssystem vor dem Kollaps? Durch den unermüdlichen Einsatz der Ärzteschaft und anderer Gesundheitsberufe ist die Versorgung noch gewährleistet. Die jahrelang gelebte Kostendämpfung im Gesundheitsbereich in Österreich zeigt aber zunehmend ihre negativen Auswirkungen. In Deutschland wird ein Prozent des BIP mehr für Gesundheitsausgaben als in Österreich verwendet, das entspricht circa 4 Milliarden Euro in Österreich. In Deutschland und der Schweiz sind circa 13 Prozent der Beschäftig- ten im Gesundheits- und Sozialwesen tätig, in Österreich nur gut zehn Prozent. Sparen ist gut, Effizienzsteigerung wohl noch weiter nö-



Dr. Stefan Kastner, Präsident der Ärztekammer für Tirol

tig, aber Kaputtsparen scheint das drohende Szenario zu werden.

Unser Gesundheitswesen weist nahezu unüberschaubar viele Finanzierungsströme auf, deren grundlegende Reform wird, wenn überhaupt möglich und gewollt, Jahrzehnte in Anspruch nehmen. Aktuell braucht das System drin- gend Geld und Maßnahmen, den real erlebten Mangel in der Ärztes-

schaft und der Pflege zu korrigieren. Eile ist ge- boten, da die Ausbildungszeiten lange sind und wir uns im Wettbewerb mit unseren deutsch- sprechenden Nachbarn befinden. Eine Garan- tie auf einen Ausbildungsplatz mit Studienende wäre ein starker erster Schritt.

Parallel müssen wir uns aber auch bewusst sein, dass wir seit der Einführung der e-card und dem damit verlorenen Krankenschein kaum mehr Lenkung und Steuerung von Patientenströmen haben. Der Rohrkrepiierer Ambulanzgebühr hat dafür gesorgt, dass kein Politiker das Thema in den letzten Jahren anfassen wollte. Langsam wird auch diesen klar, dass es ohne Orientie- rung und Steuerung nicht mehr gehen wird. Hausarztmodelle, Telefonriagen, Kombina- tionen aus beiden und Ärztenetzwerke werden in mehreren europäischen Ländern bereits erfolg- reich gelebt und könnten uns auch in Österreich helfen, dass Patientinnen und Patienten mit möglichst wenigen Kontakten zur geeigneten Diagnose bzw. Behandlung kommen können.

Es gibt viel zu tun. Unser Ziel kann nur sein, diese Problemfelder mit motivierten politi- schen Verantwortlichen anzupacken.

Verhandlungsaspekte unter dem Einfluss wirtschaftlich instabiler Zeiten

Verhandlungen in instabilen wirtschaftlichen Zeiten gestalten sich schwierig, und deren Ergebnisse führen, noch mehr als sonst schon, rasch zu einer Streuung der Unzufriedenheit. Insbesondere bei Verhandlungen für eine inhomogene Gruppe, wie sie die Ärzteschaft darstellt.

Verhandlungen mit der ÖGK gestalten sich allein schon dadurch schwierig, dass wir zwar für alle Fachrichtungen gleich valorisieren können, aber durch die große Anzahl berufsberechtigter Ärztinnen und Ärzte, aufgeteilt in die einzel- nen Fächer, eine gerechte Aufteilung nahezu unmöglich macht.

In Anbetracht eines bevorstehenden neuen Gesamtvertrags mit der ÖGK, mit dem eine Harmonisierung der Leistungen in ganz Öster- reich erreicht werden soll, hatten wir uns vor- läufig entschlossen, einen Mehrjahresvertrag mit reiner Valorisierung ohne Strukturverbes- serungen für einzelne Fachgruppen zu verein- baren. Erstens, um bis dorthin eine gesicherte Wertsteigerung zu haben, und zweitens, weil es die gerechteste Aufteilung einer vorgegebenen

Summe (ÖGK verhandelt ihre Bei- tragseinnahmen) darstellt.

Das Problem waren der Lauf der Zeit und die damit verbundenen Weltereignisse, die uns letztlich eine massive Teuerung respektive Inflation bescherten. Wir starte- ten die Verhandlungen im Sommer 2021 und auf Basis eines Verbrau- cherpreisindex von 2,8% des Jah- res 2021. Damals, Anfang Oktober

2022, schien das Verhandlungsergebnis (für die Jahre 2022/23/24 jeweils knapp um die 4,5% pro Jahr) ein sensationelles Ergebnis, selbst wenn damals bereits ein Teuerungs- anstieg erkennbar war. Dass sich im weiteren Verlauf ein durchschnittlicher Verbraucher-



MR Dr. Momen Radi, Obmann der Kurie niedergelassene Ärzte

preisindex (VPI) von 8,6 Prozent aufgrund der gewaltigen Inflati- onssteigerung im restlichen Jahr errechnete, war nicht wirklich vorhersehbar. Auch das Nachver- handeln auf knapp 5% pro Jahr erschien in Gegenwart der galop- pierenden Inflation nicht zielfüh- rend; es war aber ein Maximaler- gebnis. Fakt ist, dass dieses Ergeb- nis offensichtlich auch in keinem

anderen Bundesland (immer gerechnet auf drei Jahre) übertroffen wurde, auch wenn die budgetäre Darstellung der einzelnen Länder- kammern einen besseren Abschluss vortäu- schen. Dass einzelne Fachgruppen mehr oder weniger profitieren, liegt leider in der Natur der

Sache, je nach Aufwand- und Einkommensverhältnis. Auch, dass einzelne Fachgruppen in Tirol oder in anderen Bundesländern besser oder schlechter abschneiden, ist Fakt und mit ein Grund für den Versuch einer Harmonisierung im neuen Gesamtvertrag.

In gleicher Weise war es schwierig, mit der Gewerkschaft der Privatangestellten einen Abschluss zu erzielen, wobei wir uns jetzt den Hut des Arbeitgebers aufsetzen mussten.

Wenn wir den Warenkorb, aus dem sich der VPI zusammensetzt, anschauen, dann erkennen wir, dass die einzelnen Inhalte des Warenkorbs einen normalen Haushalt in

der Teuerung wesentlich mehr betreffen als eine Ordination. Wenn wir dann noch eine Steigerung des Durchschnittsgehalts von € 1.668 (KV 2022) auf € 1.843 (KV 2023) im ersten Berufsjahr und von € 2.103 (KV 2022) auf € 2.287 (KV 2023) im 25. Berufsjahr – jeweils brutto – zugrunde legen, ergibt das eine durchschnittliche Brutto-Gehaltserhöhung von ca. € 180/Monat und damit kein überschüssiges Ergebnis der Gewerkschaft gegenüber den Ärztevertretern – insbesondere nicht im Vergleich zu Verhandlungsergebnissen anderer Berufsgruppen. Wenn wir dem die Valorisierung der Honorare

und damit die Steigerung des Jahresumsatzes und -gewinns einer Ordination gegenüberstellen, sollte die Lohnsteigerung bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern leistbar sein. Allerdings muss man zugestehen, dass es einzelne Ordinationen je nach Aufwand und erzieltm Ergebnis unterschiedlich trifft und ein gerechter Zustand für alle schwierig zu erreichen ist. Grundsätzlich gilt zu bedenken, dass es in wirtschaftlich schwierigen Zeiten für alle Selbstständigen schwierig ist, Gewinne zu erzielen. Mit der ÖGK wurde eine dynamische Option zur Nachverhandlung vereinbart, sollte die Inflation 2024 über 5% betragen.

Ausbildungsevaluierung durch die ETH Zürich – Rücklaufquote aus Tirol über 50%

Ende Februar 2023 startete die Ärzteausbildungsevaluierung der ÖÄK. Sie wurde in Kooperation mit der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich (ETH) abgewickelt.

Dazu wurden an jeder ärztlichen Ausbildungsstätte von den Ausbildungsverantwortlichen Fragebögen der Ausbildungsevaluierung und Rückantwortkuverts an alle in Ausbildung stehenden Ärztinnen und Ärzte verteilt. Die Jungärztinnen und -ärzte hatten dann bis 12. Mai Gelegenheit, die Fragebögen auszufüllen und mit dem Rückantwortkuvert an die ETH Zürich zu retournieren. Tirol liegt gemeinsam mit Vorarlberg und dem Burgenland mit einer Rücklaufquote von 51,55% österreichweit an der Spitze. Gespannt dürfen wir auf die Ergebnisse der Befragung sein, die bis Herbst 2023 zu erwarten sind.

Tiroler Jungärzt:innenkongress – erfolgreicher Verlauf – da capo 2024 geplant

Anfang Mai 2023 fand der Tiroler JungärztInnenkongress in den Räumlichkeiten der Ärztekammer für Tirol statt. Über zwei Tage hinweg konnten die 130 Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Kongresses wertvolle Einblicke und Erkenntnisse für ihre medizinische Karriere gewinnen und sich auf einen erfolgreichen Start in den klinischen Alltag vorbereiten. Die Rückmeldungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, aber auch der Vortragenden waren äußerst positiv. Deshalb soll dieser Kongress für junge Medizinerinnen und Mediziner in Tirol auch im kommenden



Dr. Daniel von Langen, Obmann der Kurie angestellte Ärzte



Dr. Julian Umlauf, Erster Stellvertreter der Kurie angestellte Ärzte

Jahr einen Fixplatz im Fortbildungskalender erhalten.

EUGH-Urteil zum Verbrauch der Ruhezeiten

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat sich in seiner Entscheidung vom 2. Februar 2023 maßgeblich mit Arbeitnehmerruhezeiten auseinandergesetzt. Kernpunkt seiner Entscheidung ist, dass die tägliche und die wöchentliche Ruhezeit nacheinander getrennt zu gewährleisten sind. Die tägliche Ruhezeit solle es dem Arbeitnehmer ermöglichen, sich für eine bestimmte Anzahl von Stunden unmittelbar im Anschluss an eine Arbeitsperiode zurückzuziehen. Die wöchentliche Ruhezeit ist dafür geschaffen, dass es Arbeitnehmern möglich ist, sich pro Sieben-Tage-Zeitraum auszuruhen. Beide Rechte seien,

so der EUGH, gesondert zu gewährleisten. Wenn es auch ein Lokführer einer ungarischen Eisenbahngesellschaft war, der die Klage vor den Gerichtshof gebracht hatte, sind von der oberstgerichtlichen Entscheidung wesentliche Auswirkungen auf die Dienstplangestaltung und die Personalsituation in den Krankenhäusern zu erwarten. Es wird Aufgabe der nächsten Monate sein, unter Einbindung der Vertretung der betroffenen Ärztinnen und Ärzte lebbare und gesetzeskonforme Lösungen zu finden, um einen geordneten Dienstbetrieb aufrechtzuerhalten.

E-Rezept und Suchtgiftverschreibung ab 1. Juli 2023

Mit 1. Juli 2023 können Apotheken nicht mehr ohne e-Card auf die e-Medikation zugreifen.



OMR Dr. Edgar Wutscher: „Ärzte haben ihre Hausaufgaben zeitgerecht erledigt“

Kurz zusammengefasst:

- Wichtig ist es, die Bestimmungen für e-Rezept (SV) und e-Medikation (ELGA) nicht zu vermischen!
- In der Ordination können wir jederzeit und ohne Einschränkung jedes Kassenrezept mittels o-Card in den e-Card- bzw. e-Rezept-Server stellen. Dazu ist keine e-Card den Patientinnen und Patienten notwendig.
- Die Einlösung in der Apotheke erfolgt einfach mit der e-Card, dem e-Rezept-Code oder der e-Rezept-ID.
- Den Patientinnen und Patienten muss die Wahl der Apotheke, in der das Rezept eingelöst wird, freigestellt werden. Ein eigenes Modul für die Übermittlung des e-Rezepts in eine spezielle Apotheke ist nicht vorgesehen.
- Die Seniorenheime müssen einen Weg finden, wie ihre Bewohnerinnen und Bewohner zu einem mittels e-Rezept verordneten Medikament kommen.
- Der Ausdruck eines e-Rezepts ist nur auf dezidierten Wunsch eines Patienten vorgesehen. Ein Verschicken des Ausdrucks an eine bestimmte Apotheke ist nicht im Sinne der Einführung des e-Rezepts.
- Auch die Übermittlung per Fax ist, nachdem es andere und sichere Alternativen der Übermittlung gibt, nicht mehr erlaubt!
- Bei der Verordnung von Suchtgiftrezepten als e-Rezepte (ausgenommen die Rezepte zur Opioid-Substitutionsbehandlung) sind jetzt die Praxissoftwarefirmen am Zug. Sie müssen die Software adaptieren, damit das Häkchen, das anstelle der Suchtgiftvignette gesetzt werden muss, auch tatsächlich gesetzt werden kann.

Ehrenzeichenverleihungen

Die Österreichische Ärztekammer zeichnete im Frühjahr 2023 verdiente Ärztinnen und Ärzte für ihren Einsatz um Ärzteschaft und Gesundheitssystem aus. Darunter auch eine Tirolerin und vier Tiroler. „Im Mittelpunkt steht bei allen und all ihren Taten der Mensch, die Vertretung von und für Menschen“, stellte Johannes Steinhart, Präsident der Österreichischen Ärztekammer, seinen Laudationen voran.



MR Dr. Ludwig Gruber, ausgezeichnet mit dem Großen Ehrenzeichen der ÖÄK

MR Dr. Ludwig Gruber, Facharzt für Innere Medizin, war langjähriger Oberarzt am Landeskrankenhaus Hochzirl, zuletzt als geschäftsführender Oberarzt. Seine standespolitische Tätigkeit begann er 1994 als Mitglied der Vollversammlung der Ärztekammer für Tirol. Eine Funktion, die er bis 2022 innehatte. Dazu kamen im Laufe der Jahre Funktionen im Kammervorstand und in der Kurienversammlung angestellte Ärzte, deren Obmann er von 1999 bis 2022 war. Für die Tiroler Bevölkerung war er als Obmann des AVO-MED (Arbeitskreis für Vorsorgemedizin), dem er 27 Jahre lang vorstand, aktiv.

Seine Aufgaben in der ÖÄK waren weitgehend mit seiner Funktion als Interessenvertreter der angestellten Ärzteschaft verbunden. Er war Mitglied der Bundeskurienversammlung angestellte Ärzte und langjähriger Finanzreferent der Kurie. Als Bindeglied zwischen der Angestellten- und Niedergelassenenkurie hatte er über viele Jahre die Aufgabe, Informationen zwischen beiden Vertretungskörpern auszutauschen, Entscheidungen zu erklären und dafür zu sorgen, dass Missverständnisse schon im Vorfeld einer möglichen Eskalation ausgeräumt wurden. Eine Aufgabe, die ebenso viel Fingerspitzengefühl erforderte wie seine Tätigkeit im Ehrenrat der ÖÄK, einem beratenden Gremium des Präsidenten der Österreichischen Ärztekammer.

1983 hatte sich **OMR Dr. Doris Schöpf** als Allgemeinmedizinerin in Schwaz niedergelassen und dort nahezu 40 Jahre als Kassenärztin gewirkt. Aus der kassenärztlichen Tätigkeit, ihrem sozialen Engagement und dem engen Kontakt mit der Ärzteschaft schöpfte sie das Wissen und das berufspolitische Gespür, das sie zu einer fundierten Diskussionspartnerin, zähen Verhandlerin, aber auch klugen Ärztvertreterin, so etwa auch der Komplementärmedizinerinnen und -mediziner machte. Die Ausbildung von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern, aber auch die Heim- und Hauskrankenpflege waren ihr ein besonderes Anliegen. Als jahrelanges Mitglied der Ethikkommission der Universität Innsbruck brachte sie ihr Engagement, wenn es um Grenzfragen zwischen Wissenschaft und Patientenrechten ging, ein. Aus ihrem systemischen Denken war ihr klar, dass eine koordinierte allgemeinmedizinische Versorgung die Basis jedes Gesundheitswesens darstellt. Netzerbildung vor zentralisierter Primärversorgung hieß ihre Devise, die sie nicht nur in Schwaz mit ihren Kolleginnen und Kollegen umsetzte, sondern als Referentin für Ärztenetzwerke auch in anderen Teilen Tirols forcierte und unterstützte.

Seit 1994, als sie zur Kammerrätin in die Vollversammlung der Ärztekammer für Tirol gewählt wurde, erfüllte sie zahlreiche Funktionen, wie Vorstandsmitglied und Mitglied der Kurienversammlung niedergelassene Ärzte. Aber auch ihre Mitarbeit in verschiedenen Referaten und Kommissionen war sehr geschätzt. Über die Mitgliedschaft in der Bundeskurienversammlung wurde sie auch zur gefragten Mitgestalterin in verschiedenen Funktionen in der ÖÄK. Seit vielen Jahren ist sie als Referentin im Referat für Komplementärmedizin der ÖÄK tätig, eine Funktion, die sie derzeit ebenso noch innehat wie die Vertretung der niedergelassenen Kurie im wissenschaftlichen Beirat der ÖQMED.

OMR Dr. Erwin Zanier ist ein Ärztevertreter, der alle Rekorde schlägt: 35 Jahre in Vollversammlung und Vorstand der Ärztekammer für Tirol, ebenso viele Jahre im Kassenzulassungsausschuss und anderen Gremien. Von 1986 bis 2022 Referent für Sportmedizin der Ärztekammer für Tirol, von 1990 bis 2022 Referent für Sportmedizin der österreichischen Ärztekammer, seit 2004 auch als Diplomverantwortlicher für das Diplom Sportmedizin der ÖÄK. Mit viel Sachverstand in Wirtschafts- und Pensionsangelegenheiten führte er von 1994 bis 2017 den Vorsitz im Verwaltungsausschuss der Ärztekammer für Tirol. Fähigkeiten, die ihn für seine Aufgaben als Rechnungsprüfer der Österreichischen Ärztekammer (2007 – 2012) und als Referent für Wohlfahrtsfondsangelegenheiten der ÖÄK (2012 – 2022) prädestinierten.

OMR Dr. Zanier hat sich aber noch lange nicht als Funktionär aufs Altenteil zurückgezogen. Seit 2017 ist er Pensionistenvertreter im Verwaltungsausschuss der Ärztekammer für Tirol und Vorsitzender des Medizinalrätekomitees und seit 2019 Mitglied der Schiedskommission für Ärzthaftpflichtfragen. 2022 kam noch die Mitgliedschaft der Disziplarkommission der österreichischen Ärztekammer dazu.

Zurückgezogen hat er sich allerdings 2022 als Sportmediziner aus der Österreichischen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (ÖGSMP), wo er von 1990 bis 2022 Vorstandsmitglied war und zu deren Vizepräsident er mehrfach gewählt wurde. Im Broterwerb war OMR Dr. Erwin Zanier von 1982 bis 2017 als Allgemeinmediziner Kassenarzt in Kufstein mit Schwerpunkt Sportmedizin. Aus dieser Disziplin und den darin gewonnenen Erfahrungen war Erwin Zanier bestrebt, ein Präventionsprogramm für Sportausübende auf die Beine zu stellen. Ein Projekt, das ihm in Tirol gelang. Seit 1999 gibt es



OMR Dr. Doris Schöpf, ausgezeichnet mit dem Silbernen Ehrenzeichen der ÖÄK



OMR Dr. Erwin Zanier, ausgezeichnet mit dem Goldenen Ehrenzeichen der ÖÄK

auf seine Initiative hin eine von Land Tirol und ÖGK Tirol bezahlte und vom AVOMED administrierte sportmedizinische Basisuntersuchung für Kinder und Jugendliche vom 6. bis zum 19. Lebensjahr, ab dem 12. Lebensjahr, den europäischen Leitlinien entsprechend, auch mit EKG-Untersuchung. Ein Erfolg, der dem von ihm vorangetriebenen ÖÄK-Konzept einer österreichweiten Sporttauglichkeitsuntersuchung, eines „Pre Participation Screenings“, für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer an sportlichen Wettkämpfen bisher leider verwehrt blieb. Leider waren die vielen Interventionen und Vorstellungen bei den zuständigen Ministerien und Fachverbänden bisher nicht erfolgreich. Dies trotz seiner besonderen Fähigkeit, der eines genialen Netzwerkers. Eine Eigenschaft, die er in der Kommunalpolitik, besonders aber im kollegialen Kontakt der Ärztinnen und Ärzte seines Bezirks voll ausspielen konnte. Bedürfnisse erfahren, Fragen beantworten, Zusammenhänge erklären und Kollegenwünsche und Forderungen umzusetzen oder an die zuständigen Gremien heranzuführen, waren und sind wichtiger Teil seiner vielseitigen Qualitäten.

Prim. Dr. Dieter Kölle ist in Jenbach geboren, aufgewachsen und in Tirol medizinisch sozialisiert worden. Der Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ist derzeit Primarius der Abteilung Gynäkologie im Sanatorium Hera in Wien sowie niedergelassener Gynäkologe in Wien und in Innsbruck. Wie ein roter Faden zieht sich der Einsatz für Kolleginnen und Kollegen durch den Lebenslauf von Prim. Dr. Kölle. Als Studentenvertreter war er Leiter der Fachschaft Medizin an der damals noch Medizinischen Fakultät der Leopold-Franzens-Universität in Innsbruck. 1990, das Medizinstudium gerade abgeschlossen, bot er der Ärztekammer für Tirol an, eine Stelle zur Betreuung von Jungmedizinerinnen und Jungmediziner aufzubauen. – Mit großem Erfolg. Damit war es nicht mehr zu verhindern, dass er auch in die Gremien der Ärztekammer für Tirol gewählt wurde. Als Kammerrat, in verschiedene Referate, als Vorstandsmitglied und ab 2007 auch als zweiter Kurienobmannstellvertreter in der Kurie angestellte Ärzte.

Es entsprach offensichtlich seinem rührigen „Funktionärsgen“, dass er als Angehöriger der Innsbrucker Universität, an deren Frauenklinik er seine Ausbildung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe absolviert hatte und anschließend als Facharzt und Oberarzt tätig war, zum Mittelbauvertreter avancierte. 2005 verabschiedete er sich von der vorgezeichneten universitären Laufbahn zugunsten eines Primariats am Bezirkskrankenhaus Schwaz.

In die Kurienspitze der Bundeskurie angestellte Ärzte der Österreichischen Ärztekammer stieg er 2012 als zweiter Kurienobmannstellvertreter auf. Dort vertrat er die leitenden Ärztinnen und Ärzte bis 2014. Eine berufliche Veränderung führte ihn über die Schweiz nach Wien. Dort wurde er 2022 in die Vollversammlung und in die Kurienversammlung angestellte Ärzte der Ärztekammer für Wien ge-

wählt. Er nimmt in Wien auch Referatsaufgaben im Referat Standortentwicklung, Innovation und Zusammenarbeit sowie die Funktion eines stellvertretenden Fachgruppenobmanns in der Fachgruppe Frauenheilkunde und Geburtshilfe wahr.

Eine Niederlassung in seiner gynäkologischen Praxis in Innsbruck, die er seit 2007 betreibt, blieb seine „berufliche Nabelschnur“ nach Innsbruck.

Schon früh engagierte sich **Dr. Rudolf Knapp** als Ärztevertreter in unterschiedlichen Funktionen. Als Turnusärztevertreter am Bezirkskrankenhaus Kufstein konnte er sich schon von 1984 bis 1987 profilieren. So war es nur konsequent, dass er 1988 für eine Funktionsperiode in die Vollversammlung der Ärztekammer für Tirol gewählt wurde.

1999 wechselte der 1996 in Innsbruck habilitierte Doz. Dr. Knapp an die Radiologie im BKH Kufstein. Dort wurde er 2001 zum Abteilungsleiter der Radiologie bestellt.

2009 betraute ihn das Land Tirol mit der Aufgabe eines medizinischen Projektleiters im „Modell Tirol“ Brustkrebsfrüherkennung. Seinem Einsatz, der hohen Fachkompetenz und seinem politischen Geschick war es zu verdanken, dass dieses Projekt höchst erfolgreich umgesetzt werden konnte und beispielgebend für ganz Österreich wurde. Leider wollte es die Bundespolitik anders. Das Tiroler Modell musste einem zentralistischen System weichen. – Kein Grund für Prim. Knapp aufzugeben. Seit 2014 engagiert er sich wieder in der Ärztekammer für Tirol als zweiter Stellvertreter des Kurienobmanns und ebenso als zweiter Stellvertreter des Bundeskurienobmanns in der ÖÄK. Gerade die Funktion in der ÖÄK gibt ihm die Gelegenheit, an den notwendigen Korrekturen des Brustkrebsfrüherkennungsprogramms federführend mitzuarbeiten.

Zum stellvertretenden Kurienobmann auf Landeswie auch auf Bundesebene wurde er als Vertreter der Ärztinnen und Ärzte mit Leitungsfunktion in einer Krankenanstalt gewählt. Aufgabenbereiche, für die ihn nicht nur eine langjährige Tätigkeit als Primararzt, sondern insbesondere sein Berufsverständnis als Leiter einer Abteilung prädestinieren. Führung ohne hierarchische Schwellen, großer Einsatz für die Arbeitsbedingungen der ihm zugeordneten Ärztinnen und Ärzte und Begeisterung als engagierter Lehrer der in Ausbildung stehenden Kolleginnen und Kollegen kennzeichnen seinen Führungsstil. In 20-jähriger Tätigkeit als Referent für Ultraschalldiagnostik hatte er auch bewiesen, wie sehr ihm die Fortbildung und der Kompetenzerwerb der Ärztinnen und Ärzte – nicht nur an seiner Abteilung – am Herzen liegen.

Sein zeitgemäßes Verständnis für Leadership, das Wissen um die schwierige Aufgabe für leitende Ärztinnen und Ärzte in ökonomie- und bürokratiedominierten Krankenhäusern, moderne, von Interdisziplinarität geprägte Medizin, qualifizierte Ausbildung, Zusammenarbeit im Team und partnerschaftliche Patientenversorgung zu bieten, bringt Doz. Knapp auch als Leiter des Primärärztereferats der ÖÄK ein.



Prim. Dr. Dieter Kölle, MSc, ausgezeichnet mit dem Goldenen Ehrenzeichen der ÖÄK



Prim. MR Doz. Dr. Rudolf Knapp, ausgezeichnet mit dem Goldenen Ehrenzeichen der ÖÄK

Die Haftpflichtversicherung will aussteigen – was tun?

Als Arzt will man helfen, Gutes tun. Täglich betreut man dutzende Patientinnen und Patienten, kann oft heilen. Doch leider läuft nicht immer alles rund: Besonders in Fächern wie Geburtshilfe oder Plastische Chirurgie kommt es immer wieder zu hohen Schadenersatzforderungen. Diese betragen immer wieder weit über eine Million Euro, eine Summe, die für viele existenziell bedrohend ist.

Genau für solche Fälle hat man eine Haftpflichtversicherung. Doch: Welche Versicherung zahlt gerne? Wenn möglich, wird die Haftung bei einem Schadensfall abgelehnt.

Im folgenden Artikel schildere ich meine Erfahrungen mit einem solchen Fall: Die Versicherung lehnte über fünf Jahre nach einem Schadensfall die Haftung ab. Schlussendlich wurde sie gerichtlich dazu verpflichtet, doch die Haftung zu übernehmen.

Seit 2009 arbeitete ich wiederholt als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Südtiroler Krankenhäusern. Zumeist machte ich dabei Wochenenddienst in Rufbereitschaft. Da ich keine „Zweisprachigkeitsprüfung“ hatte, erhielt ich einen sogenannten Werkvertrag. Die ärztliche Tätigkeit unterschied sich nicht von der in österreichischen Krankenhäusern.

Ich hatte bereits eine Haftpflichtversicherung für angestellte Ärztinnen und Ärzte für meine berufliche Tätigkeit in Österreich, natürlich bat ich sogleich meinen damaligen Versicherungsmakler, diese für meine berufliche Tätigkeit in Italien zu erweitern. Dazu erklärte ich dem Versicherungsmakler genau meine Tätigkeit und übermittelte ihm eine Kopie des „Werkvertrags“: Gegen einen Prämienzuschlag von 30% könne ich auch diese Tätigkeit einschließen. Ich erhielt später eine Ergänzung zur Versicherungspolizze, in der es hieß: „Wir haben zur Kenntnis genommen, dass Herr Dr. Lunzer neben Österreich auch in Italien, Südtirol und Deutschland tätig ist!“ „Für den Versicherungsvertrag gilt österreichisches Recht.“ Leider kam es im Oktober 2014 zu einem tragischen Fall: Ich war als diensthabender Facharzt in Rufbereitschaft außer Haus. Die diensthabende Hebamme rief mich an, sie würde bei einer laufenden Geburt keine Herztöne finden. Ich eilte ins Krankenhaus, unmittelbar darauf kam es zur Geburt eines leblosen Kindes, nach Reanimation überlebte das Kind, aber leider schwer behindert. Es stellte sich heraus, dass trotz Wehentätigkeit über lange Zeit kein CTG geschrieben wurde. Kurz danach sprach ich den Fall ausführlich mit einem in Deutschland sehr bekannten Gutachter durch: Er vertrat mir



Dr. Hugo Lunzer,
Obmann der
Fachgruppe
Frauenheilkunde
und Geburtshilfe

gegenüber die Auffassung, dass man mir nichts vorwerfen könne. Bei der hohen Schadenssumme folgte freilich ein Rechtsstreit um die entstandene Schadenssumme. Teil dieses Rechtsstreits ist auch die Mithaftung des diensthabenden Facharztes.

Natürlich habe ich meine österreichische Haftpflichtversicherung über meinen Versicherungsmakler sogleich informiert. Diese hat dann auch einen italienischen Rechtsanwalt beauftragt, mich zu vertreten.

Allein die Möglichkeit, als Arzt eventuell eine Mitverantwortung an der Behinderung eines Kindes haben zu können, stellt eine schwere psychische Belastung dar. Auch wenn eine strafrechtliche Anklage sehr unwahrscheinlich ist, so denkt man im Hinterkopf doch daran. Und der Gedanke, dass der Gerichtsstandort in Italien ist und man die italienische Sprache nicht perfekt beherrscht, macht die Angelegenheit noch unangenehmer.

Im Feber 2020 erhielt ich sodann ein Schreiben des italienischen Anwalts, wonach die österreichische Haftpflichtversicherung die Deckung ablehnt: Mein Versicherungsschutz würde ausschließlich für eine ärztliche Tätigkeit in einem Angestelltenverhältnis bestehen. In meinem Fall würde jedoch kein Angestelltenverhältnis vorliegen, sondern lediglich ein Werkvertrag.

Ich nahm daraufhin sogleich Kontakt mit meinem österreichischen Anwalt auf und sprach alles genauestens mit ihm durch. Außerdem suchte ich alle E-Mails, schriftlichen Unterlagen und alle Versicherungspolizzen aus den Kontakten mit dem Versicherungsmakler und der Versicherung direkt heraus und leitete sie meinem Anwalt weiter. Nach Durchsicht aller Schriftsätze versuchte mein Anwalt, die Versicherung doch noch zu einer Deckungszusage zu bewegen, diese weigerte sich aber weiterhin. Somit blieb nur noch eine gerichtliche Klage übrig. Zu meiner Beruhigung fand ich eindeutige E-Mails mit dem Versicherungsmakler. Somit wäre im Falle eines negativen Ausgangs des Prozesses noch eine Klage wegen Fehlberatung durch den Versicherungsmakler möglich gewesen.

Die Kostenübernahme der Klage durch meine Ordinationsrechtsschutzversicherung wurde

paradoxerweise abgelehnt, da es sich ja um ein Angestelltenverhältnis handeln würde.

Während des Prozesses machte ich mehrere Erfahrungen

Es war für mich unfassbar, an wie viel sich mein früherer, immer so eloquenter, souverän wirkender Versicherungsmakler und dessen Mitarbeiter im „Backoffice“ als Zeugen nicht mehr erinnern konnten. Insgesamt hatte ich den Eindruck, dass sich der Versicherungsmakler und dessen Mitarbeiter durchwegs erst dann an etwas wieder erinnern konnten, wenn man es ihnen schriftlich vorgelegt hatte. Die Argumente des Anwalts der Versicherung wirkten auf mich schlüssig, auch wenn sie zumindest in meinen Augen nicht den Tatsachen entsprachen.

Beeindruckend war die Richterin: Sie kannte die vorliegenden Akten genauestens, war immer freundlich und machte einen sehr kompetenten Eindruck.

Trotz eindeutigen Urteils erster Instanz wurde von der Versicherung Einspruch erhoben. Auch das Urteil zweiter Instanz fiel wie meinerseits erwartet eindeutig aus. Insgesamt entstanden Prozesskosten von rund € 70.000, welche von der Versicherung zu tragen waren. Was habe ich für mich gelernt bzw. worin bin ich bestätigt worden? Im schweren Schadensfall versucht jeder, möglichst nicht in den Schaden involviert zu werden. Wenn nur ein kleiner Teil des Schadens auf jemand anderen „abgewälzt“ werden kann, wird alles versucht, dies auch zu machen: 10% von 4 Millionen Euro sind auch viel Geld.

Vor Gericht zählt oft nur mehr das, was man schriftlich beweisen kann: An mündliche Absprachen, Versprechungen können sich Zeugen plötzlich nicht mehr erinnern – niemand will sich eventuell selbst belasten. Deshalb unbedingt alles schriftlich fixieren!

Oft sind Vertragsklauseln in einem Versicherungsvertrag nicht ganz eindeutig geschrieben: Immer schriftlich nachfragen, ob ja Versicherungsschutz gegeben ist, im Zweifel eine Klarstellung verlangen, auch wenn diese mit zusätzlichen Kosten verbunden ist. Und diesen Schriftverkehr, E-Mails etc. unbedingt auch aufbewahren: In meinem Fall waren zum Teil elf Jahre alte E-Mails entscheidend, diese mussten mehrere Computerwechsel überstehen. Auch wenn man bei einem ärztlichen Prozess

durch einen Anwalt perfekt vertreten wird und sich mit diesem gut versteht: Wenn dieser Anwalt von der Haftpflichtversicherung bestellt wurde, dann ist er Anwalt der Versicherung. Wenn sich die eigenen Interessen und die Interessen der Versicherung nicht decken, so ist ein eigener Anwalt zu empfehlen. Besondere Vorsicht ist beim Arbeiten im Ausland geboten: Im Schadensfall ist das Gericht des Ortes zuständig, wo der Schaden passiert ist. Die fachspezifischen Leitlinien im Ausland müssen nicht unbedingt ident mit den

österreichischen Leitlinien sein. Es werden im Gerichtsgutachten die jeweiligen nationalen Leitlinien als „Goldstandard“ vorausgesetzt. Gerichtssprache ist die Landessprache: Prozesse können noch mühsamer sein, wenn die Sprache nicht perfekt beherrscht wird. Die ausländische zivil- und strafrechtliche Rechtsprechung kann sich von der gewohnten österreichischen Rechtsprechung unterscheiden: Möglicherweise sind im Ausland Taten mit Gefängnis bedroht, bei denen in Österreich nur mit einer Geldstrafe zu rechnen ist. Aus-

zuschließen ist auch nicht, im „Ausländer“ das „Bauernopfer“ bei massiven strukturellen Mängeln zu suchen. Außerdem sitzen die Höchstgerichte durchwegs in den Landeshauptstädten: Als Gerichtsort ist mir Wien eindeutig lieber als Rom, London oder Dubai. Ich vermute, dass das Ablehnen von Versicherungsleistungen System hat: Wenn ich nicht einige ältere E-Mails vorweisen hätte können, wäre der Prozess möglicherweise anders ausgefallen, und die Versicherung würde sich viel Geld sparen.

Lustlos und demotiviert

Die Verweildauer ausgebildeter Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger in ihrem angestammten Beruf nimmt seit Jahren kontinuierlich ab. Zunehmend pfeifen auch Ärztinnen und Ärzte auf eine Anstellung und verlassen – bisweilen selbst wenige Jahre vor der Pensionierung – die Krankenhäuser. Zumeist, um sich als Wahlärztinnen und Wahlärzte niederzulassen.

Medizinische Entscheidungen sollen, so ihre Vision, möglichst unbeeinflusst von organisatorischen, administrativen und bürokratischen Vorgaben getroffen werden: ausschließlich der medizinischen Wissenschaft, den ethischen Prämissen des Arztseins und den Bedürfnissen ihrer Patientinnen und Patienten verpflichtet. Entscheidungsfreiheit im Beruf wie auch weitgehende Dispositionsmöglichkeiten im Privatleben sind motivierende Faktoren und lassen die wirtschaftliche Sicherheit eines öffentlichen Anstellungsverhältnisses zweitrangig erscheinen. Ein Exodus als Zeichen einer tiefen Kluft zwischen der Wertewelt der Krankenhausadministration, des Managements der Sozialversicherungen und den Idealen von Ärztinnen und Ärzten.

Bürokratisierung

In der Organisation des öffentlichen medizinischen Versorgungssystems feiern Denkmuster fröhliche Urstände, die den Theorien des deutschen Soziologen Max Weber am Beginn des 20. Jahrhunderts entsprechen: Bürokratische Organisation mit regelgebundener Amtsführung, abgegrenzten Kompetenzbereichen, starker Hierarchie, Aktenmäßigkeit der Verwaltung und einem hohen Maß an Unpersönlichkeit. Seine Aufforderung, Kreativität, Flexibilität und Gestaltungsfreiräume als Quellen der Ineffizienz zu beseitigen, sollte eigentlich in den aufkeimenden humanen Managementideen der folgenden Jahrzehnte untergegangen und verklungen sein.

Doch es finden sich hundert Jahre später noch überall Reste seines Bürokratieansatzes. Nicht zuletzt im Managertypus, dessen Menschenbild einen von Natur aus faulen und trägen Mitarbeiter zeichnet, der nur über Belohnung und Bestrafung funktioniert, wie ihn Douglas McGregor in seiner Theorie X beschreibt.

Dabei bräuchte es gerade in Einrichtungen, in denen hochkomplexe und emotional belastende Arbeit geleistet wird, Führungskräfte, die der Theorie Y McGregors zugeneigt sind. Persönlichkeiten, die Menschen als von Natur aus neugierig und einsatzbereit einstufen und ihnen Hindernisse aus dem Weg räumen, um ihr natürliches Bedürfnis nach Anstrengung und Arbeit – auch als Mittel zur Selbstverwirklichung im Beruf – zu nutzen. Die erkennen, wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich Zielen verpflichtet fühlen, wissen, was sie zu tun haben, und sich auch ohne Fremdbestimmung selbst kontrollieren können.

Auch die Vorgaben in Politik und Sozialversicherungen scheinen Problemlösungen à la Max Weber zu präferieren: Zwangsverpflichtung zur Arbeit im Gesundheitssystem nach dem Medizinstudium, Zwang der Wahlärztinnen und Wahlärzte zu kassenärztlichen Tätigkeiten und Entmachtung der Interessenvertretung der Ärzteschaft sind nur einige der Schlagworte, die den Menschen als Untertan apostrophieren. Primitive Ansätze, die jegliche Motivation konterkarieren.

Motivation ist Aufgabe der Führung

Seit Menschengedenken oder zumindest seit Arbeitsteiligkeit die Führung zwingt, Menschen zur gemeinsamen Zielerreichung zu bewegen, gibt es auch Strategien zur Motivation. Dem beginnenden 20. Jahrhundert war es vorbehalten, erste sozialwissenschaftliche Überlegungen zur Motivation ohne Zwang anzustellen. Die Karotte vor der Nase sollte, so die anfänglichen Überlegungen, die Angst vor Strafe ablösen. Belohnung bringt Menschen dazu, sich zielgerichtet zu verhalten, lautete der neue Ansatz. Wird das Ziel verstanden und akzeptiert, steigt die Leistungsbereitschaft. Im Taylorismus waren die Bedürfnisse der

Arbeiterinnen und Arbeiter noch zweitrangig und die Optimierung von Arbeitsprozessen en vogue. Der Akkordlohn für standardisierte Arbeitsabläufe war als Belohnung gedacht und sollte zur Mehrleistung motivieren.

Erst die Human-Relations-Bewegung der Folgejahre empfahl auch den sozialen Beziehungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Bedeutung zuzumessen. Kernaufgabe des Managements wurde es, „glückliche Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer“ durch die Gestaltung der Organisation und der zwischenmenschlichen Beziehungen zu schaffen. „Organisational Behaviour“ postulierte, dass sich alle Prozesse und damit auch die Organisation an der knappen Ressource Mensch auszurichten haben, um Engpässe im Produktionssystem zu vermeiden.

Elemente wie Entscheidungspartizipation, Teamarbeit, Aufgabenintegration, Mitarbeiter- und Organisationsentwicklung sowie die Aufnahme psychologischer, soziologischer und pädagogischer Erkenntnisse in die Betriebswirtschaftslehre folgten. Bedürfnisbezogene Motivationstheorien wurden entwickelt. Arbeitszufriedenheit durch Sicherung physiologischer Grundbedürfnisse, durch Erfüllung der Bedürfnisse der sozialen Zugehörigkeit bis hin zur Selbstverwirklichung, wie Abraham Maslow es lehrte.

Frederick Herzberg folgte und stellte als Motivator die Arbeitstätigkeit per se, die Freude an Komplexität und Abwechslung, die Entwicklungsfähigkeit durch Verbesserung oder Erwerb neuer Fertigkeiten in den Vordergrund. Dazu die Eigenverantwortung und Autonomie in der Kontrolle von Arbeitsmethoden und Arbeitstempo wie auch die interpersonellen Beziehungen von Vorgesetzten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, aber auch die soziale Stellung in der Gruppe. Grund- »

legende Arbeitsbedingungen wie Bezahlung, Arbeits- und Gesundheitsschutz, funktionell passender Arbeitsplatz und Sozialleistungen dienen nach seiner Theorie nicht der Motivation, sondern verhindern als „Hygienefaktoren“ lediglich eine Arbeitsunzufriedenheit. Ansätze, die auch heute noch, vielleicht mehr denn je, die Führung leiten sollten. Denn gerade die Generationen X (zwischen 1965 und 1980 geboren) und die Generation Y, die Millennials (zwischen 1981 und

1996 geboren) haben die Versorgungsarbeit der kommenden Jahre zu leisten. Ihre Motivation beziehen sie aus einem hohen Maß an Flexibilität, an Unabhängigkeit und Individualismus in der Arbeitsgestaltung. Sie erwarten sich vom Arbeitgeber Respekt für die Arbeit, die sie leisten, aber auch Respekt für ihre Zeit, insbesondere für die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Die Freiheit, unabhängig zu arbeiten, ist ebenso evident wie die Freude an der Arbeit im Team.

Dementsprechend fordern auch moderne Motivationstheorien ein Eingehen auf die komplexen und veränderlichen Beziehungen und Strukturen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ein vorsichtiger Umgang mit dieser Komplexität ist dringend angezeigt. Nicht nur in den Krankenhäusern, sondern auch im Umgang mit Vertragsärztinnen und Vertragsärzten. Schließlich wird der Generation Z (nach 1997 geboren) zugeschrieben, „lieber arbeitslos als unglücklich im Job“ sein zu wollen.

Führungsversagen

Der Führung obliegt es, prospektiv und systematisch Maßnahmen zu setzen, um das Erreichen der Qualitätsziele einer Organisation, eines Unternehmens abzusichern. Auf das Gesundheitswesen bezogen sind Ziele wie auch Vorgaben zur Zielerreichung in verschiedenen Gesetzesmaterien und Vereinbarungen festgeschrieben.

Zehn Jahre Zielsteuerung Gesundheit

Die Vertragsparteien Bund und Länder einerseits sowie die Sozialversicherung andererseits sind gleichberechtigte Partner im Zielsteuerungssystem zur Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung. Paktiert in einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG. Als gemeinsame Ziele sind ein niederschwelliger Zugang zur bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung bei hoher Qualität und langfristiger Absicherung sowie deren Ausbau vereinbart. Zu den definierten Zielen gehören auch der Abbau des akutstationären Bereichs bei gleichzeitigem Ausbau der ambulanten Versorgung unter Sicherstellung des Zugangs zu und der Verfügbarkeit von allen notwendigen Leistungen. Zudem verpflichten sich die Vertragspartner zur Steigerung der Effektivität, der Effizienz und der Patientenorientierung, die Sachleistungsversorgung nachhaltig sicherzustellen. Die kurative Versorgung soll am „Best Point of Service“ erfolgen. Ebenso ist das für die Versorgung der Bevölkerung erforderliche Gesundheitspersonal sicherzustellen.

Bund-Länder-Sozialversicherungs-Pakt als Papiertiger

Die Diskussionen um die zum Teil dramatischen Versorgungsengpässe der letzten Monate, die bisweilen hanebüchenen Lösungsvorschläge und unreflektierten Schuldzuweisungen lohnen einen Blick auf diese seit 2013 im Wesentlichen unveränderten Absichtserklärungen von Bund, Ländern und Sozialversicherung, die durch ein kontinuierliches Monitoring abgesichert sein sollten.

Wie konnte es kommen, dass bei klaren Zielvorgaben keine Vorsorge zur Bereitstellung von ausreichend qualifiziertem Personal erfolgte? Wer verantwortet die personalmangelbedingt geschlossenen Abteilungen in den Krankenhäusern oder die zunehmende Zahl an unbesetzten Vertragsarztstellen? Wo ist der „Best Point of Service“ und wie ist sichergestellt, dass man dort auch wohnortnah und in annehmbarer Zeit einen Behandlungstermin erhält?

Vom fehlenden Ausbau der ambulanten Versorgung ganz zu schweigen. Wäre der erfolgt oder zumindest erfolgreich gestartet, dann müsste man nicht wegen österreichweit 2.500 gesperrter Krankenhausbetten in Panik verfallen, sie könnten ja auch gewünschter Teil der angesagten Reduktion des akutstationären Bereichs sein.

Warum das Lamento der Sozialversicherung über die Zunahme der Wahlarztpraxen? An ihr lag und liegt es, das zehn Jahre alte Commitment zur nachhaltigen Sicherstellung der Sachleistungsversorgung zu erfüllen.

Wie steht es um das in der Zielvereinbarung fixierte „umfassende, vergleichbare, systematische und standardisierte Qualitätsmanagement“? Dass in den Monitoringberichten letztlich die Finanzentwicklung in den Fokus

rückte, ist mehr dem permanenten gegenseitigen Misstrauen der Zielsteuerungspartner als dem eigentlichen Ziel der Stärkung der Versorgung zuzuschreiben. Eine Tatsache, die auch die zurzeit laufenden Finanzausgleichsverhandlungen nicht gerade unter dem besten Stern erscheinen lassen.

Führungsversagen

Wer hat seine Führungs- und Steuerungsaufgaben nicht erfüllt? Zehn Jahre sind ein überschaubarer Zeitraum, in dem man die demografische und soziologische Entwicklung sowohl bei den Leistungserbringern als auch bei den zu Versorgenden vorhersehen konnte. Schließlich haben weder die Pensionswelle der „Babyboomer“ noch die geänderten Lebensentwürfe der Generationen X, Y und Z die Verantwortlichen wie ein Sommergewitter überrascht.

Irgendwie wird man das Gefühl nicht los, dass viele der Entscheidungsträgerinnen und -träger in Politik und Gesundheitsmanagement bestenfalls Schönwetterkapitäninnen und -kapitäne sind, die bei einer steifen Brise in die Knie gehen.

Als Konzept gegen die Krise wird die Schuld den Leistungserbringern und -erbringen sowie den Patientinnen und Patienten in die Schuhe geschoben. – Den einen, weil sie in Pension gehen und sich der Nachwuchs ob der wenig einladenden Bedingungen ziert, den anderen, weil sie mit den Füßen abstimmen und die extramural fehlende Rund-um-die-Uhr-Versorgung in den Krankenhausambulanzen suchen.

„Haltet den Dieb!“ So scheint die Devise der Führung zu lauten, um der Krise Herr zu werden. Ob eine solche Strategie unser Gesundheitssystem wieder in ruhiges Fahrwasser bringt, ist wohl eher zu bezweifeln.

IMPRESSUM:

„Arzt in Tirol“, Informationszeitschrift des Vereines unabhängiger Tiroler Ärzte. Herausgeber und Redaktion: Verein unabhängiger Ärzte, per Anschrift: Dr. Fritz Mehnert, Anna-Huber-Str. 3, 6322 Kirchbichl. Fotos: Ärztekammer Tirol. Verleger und Hersteller: Ablinger & Garber GmbH, Medienturm Saline, 6060 Hall in Tirol, Tel. 05223/513, www.AblingerGarber.com