

# Analyse

Zeitschrift der  
Sozialdemokratischen  
Ärztinnen und Ärzte

www.analyse-online.at

Nr. 5/2012

## ÄKW – Präsident Szekeres: „Der ELGA-Gesetzesentwurf lässt Fragen offen.“

### Szekeres: Bei fehlender Funktionalität hilft kein Gesetz.

Nach sechsjähriger Vorbereitungszeit und achtzehnmonatigen Verhandlungen hat man nun auf politischer Ebene eine Einigung bezüglich Elektronischer Gesundheitsakte (ELGA) erreicht. Das entsprechende Gesetz soll am 1. Jänner 2013 in Kraft treten. Demnach soll ELGA Ende 2013 / Anfang 2014 stufenweise gestartet werden. Über den Sommer waren VertreterInnen der Ärztekammer in die Verhandlungen involviert und es konnten auch Verbesserungen durchgesetzt werden. Allerdings sind im Gesetzesentwurf noch viele Punkte zu klären.

**Seite 4**

### Inhalt dieser Ausgabe

Editorial .....	Seite 2
Parkpickerl: Lösung für niedergelassene ÄrztInnen steht aus .....	Seite 2
Wirtinger: Leistungs- und Effizienzsteigerung zum Nulltarif? .....	Seite 3
Szekeres: ELGA - Bei fehlender Funktionalität hilft kein Gesetz .....	Seite 4
Leutner: HausärztInnen - medizinische Generalisten und Sozialarbeiter .....	Seite 6
Tönies: Lehrpraxis – politische Entscheidungen gefragt .....	Seite 6
Szönyi-Wirtinger: Referat für Schnittstellenmanagement .....	Seite 7
Junker: Ein Blick zurück XV (1980 – 1983) .....	Seite 8

# Editorial

**Liebe Kolleginnen,  
liebe Kollegen!**

**Die drängenden gesundheitspolitischen Fragen beschäftigen naturgemäß auch die unmittelbar davon betroffene Ärzteschaft und ihre Vertretung. Wichtige Entscheidungen stehen an und sollen/wollen von uns mitgetragen werden.**

**Klaus Wirtinger** stehen heuer besonders harte Verhandlungsrunden mit den Kassen bevor. Er muss klarstellen, dass die niedergelassene Ärzteschaft nicht weiter auf Kosten der Patientenbetreuung finanziell und organisatorisch belastet werden darf.

**Thomas Szekeres** und künftige AnwenderInnen aus der Ärzteschaft beleuchten den Gesetzesentwurf zu ELGA kritisch und kommen zum Schluss, dass unsere Expertise unverzichtbar für eine sinnvolle Umsetzung ist.

**Michael Leutner** analysiert im zweiten Schwerpunktthema die Situation der HausärztInnen aus Sicht der Praxis und **Hans Tönies** fordert politische Entscheidungen für eine effiziente Lehrpraxis ein.

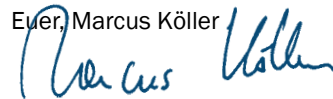
**Elke Szönyi-Wirtinger** stellt schließlich ihr neu gegründetes Referat für Schnittstellenmanagement an der ÄKW vor, das helfen wird, die Kommunikation innerhalb der Ärzteschaft zu verbessern.

Viele Fragen sind zu klären, viele Probleme zu lösen. Es mangelt uns also auch diesen Herbst weder an Arbeit noch an Engagement. In diesem Sinne wünsche ich uns allen eine schöne und ergebnisreiche zweite Jahreshälfte.

Losgelöst von allen aktuellen gesundheitspolitischen Themen blickt **Ermar Junker** in die Geschichte der Sozialdemokratischen Ärzteschaft zurück.

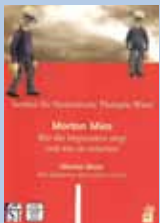
Wir hoffen, Euch wieder ein spannendes und ebenso interessantes Heft vorlegen zu können ...

Ever, Marcus Köller




**Prim. Univ. Prof. Dr.  
Marcus Köller**  
Vorsitzender der sozialdemokratischen ÄrztInnen

## Information: Depression erkennen und helfen



**Morton Mies**  
**Wie die Depression siegt und wie sie scheidert**  
Institut für Systemische Therapie Wien (IST)  
www.ist.or.at (Dr. Carmen Unterholzer)  
DVD 40 Min., Format 16:9; € 19,90  
ISBN 978-3-89670-778-9  
Carl-Auer-Systeme Verlag Heidelberg

**Morton Mies** ist die personifizierte Depression, verkörpert von einer Puppe im Gespräch mit einer Psychotherapeutin. Die DVD vermittelt ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, Angehörigen und Betroffenen Einsichten in die Symptomatik und die Wirkmechanismen der Krankheit und hilft auf kreativ-spielerische Weise bei ihrer Bewältigung.

### Info-Kontakt Sozialdemokratische ÄrztInnen:

Dr. Stefanie Seel, stv. Leiterin des Referats für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin der ÄKW; stefanie@seel.at, Tel.: 0664 4907111

## Parkpickerl: Lösung für niedergelassene ÄrztInnen steht aus

Seit 1. Oktober 2012 hat die Stadt Wien die Parkpickerl-Zonen auf die Bezirke 12, 14, 15, 16 und 17 ausgeweitet. Seit Jahresbeginn verhandelt die ÄKW mit dem Büro von Vizebürgermeisterin Vassilakou, um eine tragbare Lösung für OrdinationsärztInnen zu erreichen. Nun hat sich eine Lösung vergleichbar mit der WK-Regelung für visittätige ÄrztInnen abgezeichnet: Wer 60 Visiten pro Quartal nachweisen kann, sollte ein Parkpickerl analog dem Anrainer-Pickerl erhalten. Leider hat die MA 6 aufgrund „rechtlicher Probleme“ dieser Lösung nicht zugestimmt.

Die VertreterInnen der ÄKW werden weiterverhandeln, um die wohnortnahe Versorgung durch niedergelassene ÄrztInnen auch künftig sicherzustellen.

Klaus Wirtinger:

# Leistungs- und Effizienzsteigerung zum Nulltarif?

## Das wird sich nicht ausgehen!

Foto: Gnaser, Gina Sanders - Fotolia.com



Wie jedes Jahr stehen auch in diesem Herbst Kassenverhandlungen an. Diesmal handelt es sich allerdings nicht um Honorarverhandlungen im herkömmlichen Sinn, denn eine entsprechende Anpassung ist seitens der Kassen nicht vorgesehen. Die politische Vorgabe lautet: Effizienzsteigerung bei gleichbleibenden Kosten. Die Kassen versuchen uns dem entsprechend weitere Leistungen und Auflagen abzurufen ohne das Honorar entsprechend zu erhöhen. Da können wir nicht mehr mit.

**Kataloganpassung.** Die einzelnen Fachgruppen sind zu Vorgesprächen geladen, um eine Modernisierung des Honorarkatalogs zu erarbeiten. Das Stichwort heißt „aufkommensneutrale Kataloganpassung“. Was nichts anderes bedeutet, als Positionsleistungen rauszunehmen, um sie durch andere zu ersetzen. Ob diese Loch auf – Loch zu – Methode allerdings zu einem Ergebnis führt, das den Standards der modernen Medizin umfassend gerecht wird, ist zu bezweifeln.

**Wir können nicht spontan auf steigende Kosten reagieren sondern sind an die Honorarvereinbarungen gebunden.**

**Skurrile Auflagen.** In den Hauptverhandlungen wird es vor allem auch darum gehen müssen, dass überbordende, zeitaufwendige Bürokratie und immer neue – teilweise an Skurrilität kaum zu überbietende – Auflagen, wie die Vorschriften zur Hygieneüberprüfung der MA 40 und die Extra-Ausbildung der Ordinationshilfen für Hygienemaß-

nahmen, bei gleichbleibenden Honoraren kaum zu bewältigen sind. Wir können schließlich nicht wie in der freien Wirtschaft unmittelbar auf steigende Kosten reagieren sondern sind an die Honorarvereinbarungen mit den Kassen gebunden.

**Dilemma Gruppenpraxen.** Es dürfen derzeit Gruppenpraxen weder für Renovierungen noch für Neuausstattungen vorübergehend geschlossen werden, nach dem Motto:

„Betreten Sie die Baustelle, ungestörter Betrieb“. Fällt ein Arzt oder eine Ärztin aus, muss der oder die andere nach derzeitigen Vorgaben für zwei weiterarbeiten. Vertretungen sind nicht vorgesehen, was auf längere Dauer nicht zumutbar ist. Abschläge für auszuzahlende Honorare sind ebenfalls nicht vorgesehen. Im Gegenteil: Für geänderte bzw. erweiterte Öffnungszeiten müssen zusätzliche

Arbeitszeiten bezahlt bzw. weitere Angestellte aufgenommen werden. Der Mehrkostenausgleich ist bislang ungeklärt.

**Neue Kassenstellen.** Nachdem der Rechnungshof (RH) die Wiener Kassen für zu viele (!) Facharztstellen kritisiert hat, ist unserer Forderung nach

zusätzlichen Kassenstellen wohl im Reich der Wunschträume anzusiedeln. Auch, wenn der von den RH-Prüfern angeführte Vergleich mit Oberösterreich – wo es im Verhältnis weniger Kassenstellen gibt – mehr als hinkt. Schließlich arbeiten dort weit mehr FachärztInnen im intramuralen Bereich.

Dennoch oder gerade deshalb müssen wir darauf bestehen, dass endlich Kassenstellen für Psychiatrie, im speziellen für Kinderpsychiatrie, für die es derzeit keine Kassenverträge gibt, freigegeben werden. Denn der Bedarf steigt kontinuierlich und die Spitäler sind überfordert.

Auch die Wartezeiten für einen Termin an den nuklearmedizinischen Abteilungen im intramuralen Bereich betragen derzeit drei Monate und mehr. Kassenstellen gibt es österreichweit bislang nicht.

**Fazit:** Wir müssen unseren VerhandlungspartnerInnen aus den Kas-

sen klar machen, dass die Maxime „Effizienzsteigerung bei gleichbleibendem Honorar“ so wie derzeit vorgesehen, in der Praxis unmöglich umsetzbar ist. Wir können weder unseren Patientinnen und Patienten das Service bieten, das sie von uns erwarten, es wird uns auch unmöglich gemacht, als niedergelassene/r Facharzt/-ärztin im freien Wettbewerb finanziell halbwegs zu überleben.

**Dr. Klaus Wirtinger**  
Finanzreferent der Kurie  
Niedergelassene ÄrztInnen und  
Referatsleiter für Stellenplan  
der FachärztInnen der ÄKW



Szekeres:

## Bei fehlender Funktionalität hilft kein Gesetz.

Nach sechsjähriger Vorbereitungszeit und achtzehnmonatigen Verhandlungen hat man nun auf politischer Ebene eine Einigung bezüglich Elektronischer Gesundheitsakte (ELGA) erreicht. Das entsprechende Gesetz soll am 1. Jänner 2013 in Kraft treten. Demnach soll ELGA Ende 2013 / Anfang 2014 stufenweise gestartet werden. Über den Sommer waren VertreterInnen der Ärztekammer in die Verhandlungen involviert und es konnten auch Verbesserungen durchgesetzt werden. Allerdings sind im Gesetzesentwurf noch viele Punkte zu klären.

**Freiwilligkeit.** Hier ist eindeutig als Erfolg zu verbuchen, dass Ärztinnen und Ärzte nun zwar das Verwendungsrecht, aber nicht die Pflicht haben, Einsicht in ELGA zu nehmen. VertragsärztInnen müssen lediglich definierte Befunde, wie Entlassungsbriefe, Labor- und Radiologie-Befunde, sowie Medikationen in das System einspeichern.

**Die freiwillige Teilnahme der Ärzteschaft ist hinsichtlich der unklaren Usability besonders wichtig.**

Wir hätten uns allerdings auch für unsere PatientInnen ein freiwilliges Opt-in gewünscht. Ihre Daten werden nach vorliegendem Gesetzesentwurf automatisch gespeichert, sie können lediglich durch ein Opt-out den Zugriff verwehren. Ich gehe aber davon aus, dass dieser Passus aufgrund seiner Verfassungswidrigkeit, die uns namhafte Juristen bestätigen, nicht halten wird.

**Therapie- und Behandlungsfreiheit.** Im Gesetz sind auch die Grundzüge der E-Medikation festgeschrieben. Hier gibt es eine vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger einzurichtende Verordnungs- und Medikationsdatenbank, in der alle Vertragsärzte ab 1. Juli 2016 nur den Handelsnamen des abgegebenen Arzneimittels und keine weiteren Daten in eine Datenbank einspielen müssen. Für mich ist zentral, dass die Therapie- und Behandlungsfrei-

heit durch diese Datenbank nicht eingeschränkt wird, was damit gesichert ist. Auch Interaktionsprüfungen sind nicht mehr Teil der E-Medikation. Jeder Arzt kann agieren, wie er es für richtig hält.

**Datenschutz.** Auch datenschutzrechtliche Probleme konnten teilweise nachgeschärft werden. So konnten wir einen Passus im Gesetz erwirken, wonach ELGA nicht zur Gesundheitsplanung, zur Kontrolle von Ärztinnen und Ärzten und zur Leitli-

nienerstellung, usw. verwendet werden darf. Auch die ärztliche Verschwiegenheit wurde weitgehend gewahrt. Mit Ausnahme der Daten, die in ELGA ab 1. Juli 2016 gespeichert werden müssen, wie Verwaltungsdaten sowie Labor- und Röntgenbefunde. Für diese Daten können Ärztinnen und Ärzte ab diesem Zeitpunkt die Verschwiegenheit nicht mehr hundertprozentig garantieren, das übernimmt dann wohl das Gesundheitsministerium.

**Finanzierung/Kosten.** Die Kosten/Nutzen-Rechnung ist allgemein problematisch. Die für ÄrztInnen und Ärzte, Apotheken und Privatkrankenanstalten geplante sogenannte Anschubfinanzierung ist nicht gesichert und die Verteilung der Mittel noch unklar.

**Benutzerfreundlichkeit.** Zum Thema Usability gibt es im Gesetz nur allgemeine Aussagen, wonach man sich bemühen werde, diese herzustellen. Dem Vernehmen nach hätten sich die Länder geweigert, die dafür notwendigen Kosten zu übernehmen, was aus meiner Sicht absurd ist, weil gerade sie es waren, die ELGA immer schon gefordert haben. Es besteht nun aber die immanente Gefahr, dass ein vollkommen praxisuntaugliches System geschaffen wird, weshalb die freiwillige Teilnahme daran die einzige Garantie ist, dass die Ärzteschaft nicht mit einer ELGA belastet wird, bei der die Funktionalität fehlt.

**Thema Pilotprojekte:** Deshalb bestehen wir auch auf Pilotprojekten, um das System auf seine Tauglichkeit hin auf Herz und Nieren überprüfen zu können. Sogenannte Testphasen sind nun optional möglich, sie können vom Gesundheitsminister per Verordnung etabliert und gegebenenfalls unabhängig evaluiert werden.

Es gibt also noch viele diskussionswürdige Punkte und wir werden weiterhin auf unserer Expertise bestehen und unseren Beitrag zur Optimierung des nun auf Schiene stehenden ELGA-Projekts leisten.

**Univ. Prof. Dr. Thomas Szekeres**  
Präsident der ÄKW

## Meinungen aus der Praxis



Fotos: z.V.g.

### Wer klärt rechtliche Aspekte?

Rechtliche Aspekte, die uns ÄrztInnen betreffen, wurden noch nicht diskutiert. Welche Vorbefunde müssen für die Erstellung z.B. eines Röntgenbefundes herangezogen werden? Wer haftet für etwaige Fehlbefunde, die aufgrund fehlender Vorbefunde entstehen, weil diese von PatientInnen selbst gelöscht worden sind (diese Möglichkeit ist derzeit explizit vorgesehen!) oder aus technischen Gründen der Zugriff nicht möglich ist? ELGA ist eine völlig neue Form der Anwendung, erstmals sollen sensible Daten erfasst und einer großen Gruppe von Personen zugänglich gemacht werden. In keinem Land der EU ist es bisher gelungen, ein derartiges System zu installieren. Es ist zu hoffen, dass auch von politischer Seite die notwendigen zeitaufwändigen Diskussionen und Informationen unterstützt werden, um ELGA zu einem praktikablen System zu machen.

**Dr. Andreas Brezina, Radiologe**



Fotos: z.V.g.

### Wer garantiert uns Datenschutz?

Im Spital existiert schon jetzt ein elektronisches System in dem ähnliche Informationen über zu behandelnde PatientInnen abrufbar sind. Trotzdem stellt das ärztliche Gespräch für mich die zentrale Grundlage jeder Behandlung dar. Unseren PatientInnen muss es frei stehen, die Informationen, die von ihnen publik werden, selbst zu filtern. ELGA ist daher datenschutzrechtlich mehr als problematisch zu sehen. In diesem System werden sämtliche hochsensible Daten gespeichert, die auch bei einem Opt-Out im System verbleiben und dann natürlich auch gehackt werden können. Ein Computersystem ist nie wirklich sicher und kann von Computerprofis jederzeit missbräuchlich verwendet werden. Schließlich hatte auch schon ein Fünfzehnjähriger(!) Zugang zum Pentagon. Und ich bezweifle stark, dass die Sicherheitsvorkehrungen von ELGA jemals annähernd so gut wie ebendort sein werden.

**Dr. In Isabella Clara Heissenberger, Wilhelminenspital**



Fotos: z.V.g.

### Wer finanziert uns das?

Wir haben derzeit mit MedicalNet und DAME A1 gut funktionierende elektronische Systeme für gerichtete Datenübertragung. Es wäre sicher kein großes Problem, dieses bewährte System entsprechend zu erweitern. Die Einführung eines vollkommen neuen Übertragungssystems, wie ELGA, verlangt nach technischer Aufrüstung und Neuinvestition. Da wir nun alle – vollkommen unabhängig von der Größe und Einträglichkeit der Ordination – verpflichtet teilnehmen sollen, wäre es doch auch angebracht die Kostenfrage vorweg zu klären. Man kann nicht von uns verlangen, dass wir dafür auch noch selber aufkommen, zumal längst nicht garantiert ist, dass es sich um eine Erleichterung des medizinischen Alltags handeln wird. Vielmehr sieht es aufgrund der komplexen, nicht integrierbaren PDF-Datenmenge, die auf uns zukommen soll, auch noch nach einem zeitlich-bürokratischen Mehraufwand aus.

**Dr. In Elke Szönyi-Wirtinger, niedergelassene Allgemeinmedizinerin**



Fotos: z.V.g.

### Wer wird ELGA bedienen?

Jeder Arzt/jede Ärztin wünscht sich einen raschen, reibungslosen Zugriff auf die Krankengeschichte seiner /ihrer PatientInnen. Allerdings stellt sich die Frage zu welchem Preis – im konkreten, wie auch im übertragenen Sinn. Für uns SpitalsärztInnen soll sich der Arbeitsalltag erleichtern, was derzeit nicht garantiert ist, ein bürokratischer Mehraufwand ist absehbar. Das ist für uns eine schlimme Vision, weil wir auch jetzt schon an unsere Grenzen stoßen und die für Diagnose und Behandlungserfolg so wichtige Zuwendungsmedizin gegenüber der Administration bereits zu kurz kommt. Wer also wird ELGA administrieren? Unsere TurnusärztInnen dürfen nicht weiter mit Bürokratie belastet werden, wenn deren Ausbildung nicht an Qualität verlieren soll. Viele offene Fragen verlangen nach einem weiteren Diskussionsprozess mit Einbindung der Ärzteschaft. Schließlich sind wir ja auch die künftigen Anwender des Systems.

**Dr. Alexander Vojcsik, Donauspital**



HausärztInnen:

# Medizinische Generalisten und Sozialarbeiter



**Das Hausärztemodell wird seit gut einem Jahrzehnt thematisiert und steht auch in diversen Regierungsprogrammen. Geschehen ist bislang wenig. Im Gegenteil: Die Zahl der AllgemeinmedizinerInnen in Wien ist tendenziell rückläufig. Woran scheitert eine Etablierung als Drehscheibe im Gesundheitssystem? Was brauchen wir wirklich?**

**Wichtige Gatekeeper-Funktion.** Als VertrauensärztInnen müssten wir unsere Kompetenzen im extramuralen Bereich ausweiten. Derzeit können PatientInnen drei Mal pro Quartal mit der e-Card zu einem Facharzt ihrer Wahl gehen, ohne vorher einen Hausarzt konsultiert zu haben. So sieht es die Kassenverordnung vor. Obwohl wir von der Basisausbildung prädestiniert sind für eine Filterfunktion und so manche PatientInnen vor einer weiteren Odyssee durch das Gesundheitssystem bewahren

**Die „gesunde Mischung“ aus apparativer und Zuwendungsmedizin darf nicht verloren gehen.**

zu kommt unsere starke soziale Kompetenz im Ordinationsumfeld. Viele PatientInnen wollen nicht nur in medizinischen Fragen sondern auch bei privaten oder beruflichen Problemen von uns beraten werden. Ich denke, hier leisten AllgemeinmedizinerInnen sehr wichtige Sozialarbeit in Form des therapeutischen Gesprächs, die letztlich wesentlich zur Krankheitsprävention, aber auch zum Heilungserfolg beiträgt. Der Zeitaufwand pro Patient/in ist infolge zunehmender Bürokratie aber deutlich gestiegen, was sinnvoller Weise höher pauschal abgegolten werden sollte.

**Starke Arzt-Patienten-Bindung.** AllgemeinmedizinerInnen sind in der Regel für ihre PatientInnen immer erreichbar. Deshalb besteht aus meiner Erfahrung auch ein jahrelang gewachsenes Vertrauen der PatientInnen in ihren Hausarzt/ihre Hausärztin. Viele schätzen die individuelle Betreuung, die in größeren Ordinationen aus organisatorischen Gründen nicht möglich ist – ein Schwachpunkt der allgemeinmedizinischen Gruppenpraxis. Da-

zu kommt unsere starke soziale Kompetenz im Ordinationsumfeld. Viele PatientInnen wollen nicht nur in medizinischen Fragen sondern auch bei privaten oder beruflichen Problemen von uns beraten werden. Ich denke, hier leisten AllgemeinmedizinerInnen sehr wichtige Sozialarbeit in Form des therapeutischen Gesprächs, die letztlich wesentlich zur Krankheitsprävention, aber auch zum Heilungserfolg beiträgt. Der Zeitaufwand pro Patient/in ist infolge zunehmender Bürokratie aber deutlich gestiegen, was sinnvoller Weise höher pauschal abgegolten werden sollte.

**HR MR Dr. Michael Leutner**  
niedergelassener Allgemeinmediziner

## Lehrpraxis



**Politische Entscheidungen sind gefragt.**

Die internationale Bewegung zur akademischen Etablierung der Allgemeinmedizin an den Hochschulen Europas war erfolgreich: Es gibt Lehrstühle, Lehraufträge und Schulungen einschließlich Pflichtfamulaturen in der niedergelassenen Allgemeinpraxis.

**Problem Freiwilligkeit.** Nach dem Studium sind noch zu wenige Neuerungen durchgängig erreicht: Noch immer ist die Lehrpraxis in Allgemeinmedizin nur freiwillig zu absolvieren. Sie lässt sich gegen europäisches Recht noch immer in Spitalsambulanzen abwickeln aber natürlich nicht wirklich erleben. Auch eine ausgezeichnete Hochschullehre des Faches kann nur statische Strukturdaten vermitteln, nicht die gelebte, individuelle Entscheidungssituation. Diese ist von der facheigenen epidemiologischen Verteilung so sehr abhängig, dass sie unnachahmlich bleibt. Pragmatisches Denken in diesem Beruf hat mit Kommunikation, Verhandeln, Abwägen möglicher Alternativen, Einbeziehung von PatientInnen in die Entscheidung, Systemkenntnis für den Ort der Arbeit und Änderungen nach aktuellen Gegebenheiten, wie Pandemien, Lieferproblemen der Apotheken usw., zu tun. Junge KollegInnen wollen nicht Systemerhalter der Spitäler sein, sie fordern eine fachspezifische, an die PatientInnen angepasste Lehre, die sie erst in der Lehrpraxis erhalten.

**Problem Finanzierung.** Das alte Turnusärztegesetz ermöglicht keine Ausbildung ohne Bezahlung und ist damit ein entscheidendes Hindernis der Lehrpraxis: TurnusärztInnen sind kein Garant für vermehrtes Einkommen der Praxis und mit dem Einsatz von JungärztInnen für peinliche Hilfsarbeiten werden dem Lehrpraxisgedanken schlechte Dienste erwiesen. Umsatzsteigerungen kann es in einer pädagogisch geführten Lehrpraxis kaum geben. Es ist daher weiterhin Bedingung guter Lehrpraktiker Förderungsgelder für die Gehälter der JungärztInnen zu erhalten, weil eine klassische Einzelpraxis eben nur Arbeit und Geld für genau einen Arzt/eine Ärztin abwirft.

**MR Dr. Hans Tönies,**  
niedergelassener Allgemeinmediziner, Lehrpraxisleiter und Universitätslektor.



Szöniy-Wirtinger:

# Effiziente Kommunikation macht AllgemeinmedizinerInnen zu VertrauensärztInnen.

Fotos: z.V.g. Alexander - Fotolia.com



AllgemeinmedizinerInnen sollen nach politischen Vorgaben und wohl auch aus ureigenem Interesse als Drehscheibe im Gesundheitssystem agieren. Sie sollen – und wollen - die ÄrztInnen des Vertrauens für ihre Patientinnen und Patienten sein, diejenigen, die dauerhaft betreuen und genau über oft jahrzehntelange Krankengeschichten Bescheid wissen. Vielfach ist dem auch so, allerdings machen sich in diesem Bereich die Kommunikationslücken innerhalb der Ärzteschaft und der Gesundheitseinrichtungen besonders bemerkbar.

### Kommunikation verbessern.

Deshalb habe ich als Ärztvertreterin nun die Initiative ergriffen und das Referat für Schnittstellenmanagement in der Ärztekammer Wien gegründet, dem ich als Referentin vorstehe. Unser vorrangiges Ziel ist es, die Kommunikation zwischen extra- und intramuralem Bereich aber auch die Kommunikation zwischen FachärztInnen und AllgemeinmedizinerInnen im Sinne einer effizienten und raschen Behandlungsfolge der PatientInnen zu verbessern.

### Missverständnisse vermeiden.

Derzeit werden Entlassungsbriefe der Spitäler von den PatientInnen persönlich weitergegeben, was häufig zu Missverständnissen führt. Viele meinen, HausärztInnen würden ohnehin elektronisch oder brieflich informiert, andere vergessen schlicht, ihre Befunde

mitzubringen, was vor allem in Fällen von neurologisch-psychiatrischen und chronischen Erkrankungen problematisch sein kann. Ähnlich verhält es sich mit fachärztlichen Befundberichten aus dem niedergelassenen Bereich, die trotz dezidierteter Bitte am Überweisungsschein zumeist nicht – oder nicht rechtzeitig – bei uns einlangen.

### Kostenfrage klären.

Unser Ziel ist es, die elektronische Weiterleitung von Entlassungsbriefen und Befundberichten an die handelnden AllgemeinmedizinerInnen via MEDICALNET, DAME bzw. künftig über ELGA zu forcieren und die Ärzteschaft diesbezüglich zu sensibilisieren. Voraussetzung ist natürlich die elektronische Vernetzung der niedergelassenen KollegInnen, was aufgrund der ungeklärten Kostenfrage für einige ein finanzielles Problem darstellt.

Die gerichtete Information an die HausärztInnen wäre jedenfalls am elektronischen Weg kein großer zeitlicher Aufwand. Allerdings mangelt es vielen FachärztInnen

sicher auch an Motivation diese Befunde zu schreiben. Denn das kostet Zeit, die für PatientInnen verloren geht und überdies aufgrund der Kostendeckelung zu einem Gutteil unbezahlt bleibt.

### Effizienz steigern.

In Spitälern und Ambulanzen müssen die PatientInnen ihre Einverständniserklärung zur Befundweitergabe ab- und ihren/ihre weiterbehandelnde/n Arzt/Ärztin bei der Aufnahme bekanntgeben. Seitens der Ambulanzen gibt es derzeit allerdings meist überhaupt keine oder nur über die PatientInnen mündlich (!) überbrachte Rückmeldungen an den Vertrauensarzt/die Ver-

trauensärztin. Die Entlassungsbriefe bzw. (vorhandene) Befundberichte könnten allerdings rasch und ohne zusätzlichen Arbeitsaufwand per Mausclick an uns weiter-

geleitet werden. Wir wollen unseren PatientInnen eine rasche und effiziente Folgebehandlung bieten und größtmögliche Behandlungssicherheit garantieren, um als Schnittstelle im Gesundheitswesen vor allem auch den intramuralen Bereich entlasten zu können. Dafür braucht es aber eine lückenlose, unmissverständliche Kommunikation innerhalb der Kollegenschaft, die möglichst wenig Zeit beanspruchen soll und die nicht an ungeklärten Kostenfragen scheitern darf.

**Dr.<sup>in</sup> Elke Szöniy-Wirtinger**  
Referentin für Schnittstellenmanagement in der ÄKW



# Wahlen und viele Veranstaltungen

**Seit der Neugründung der Sozialistischen Ärztevereinigung im Jahre 1945 sind fast vier Jahrzehnte vergangen. Dank ihrer einsatzfreudigen Funktionärinnen ist die Vereinigung sozialistischer ÄrztInnen seither zu einer politisch wichtigen und angesehenen Ärzteorganisation geworden. Die Vereinstätigkeit wird intensiver, prominente ReferentInnen aus Wissenschaft und Politik bereichern die zahlreich besuchten Veranstaltungen.**

**1980:** In Wien fanden zwanzig größere Veranstaltungen der Sozialdemokratischen Ärztevereinigung statt, an denen im Durchschnitt sechzig Personen teilnahmen. Unter den vielen ReferentInnen sollen Alfred Dallinger, Herbert Salcher, Kurt Steyrer und Johanna Dohnal hervorgehoben werden. Zum Herbsttreffen nach Gresten am 20. August kamen über hundert Mitglieder.

**1981:** Am **4. April** gab es Ärztekammerwahlen in Wien. Unter den Spitzenkandidaten Otto Hahn, Rudolf Stastny und Ermar Junker erreichte die sozialdemokratische Ärztesfraktion mit 12,45 Prozent der abgegebenen Stimmen sieben Mandate. Otto Hahn und Elisabeth Pittermann kamen in den Vorstand der Wiener Ärztekammer.

Für diverse Veranstaltungen konnten wieder prominente ReferentInnen, wie Erwin Lanc, J.

Hobl, Hans Matzenauer, B. Coudenhove-Kalergi und K. Meszaros, gewonnen werden.

In der Vorstandssitzung vom **20. Mai** wurde die Mitgliedschaft von Heinrich Gross gelöscht. Als Psychiater wird er für die Tötung von Kindern „Am Spiegelgrund“ verantwortlich gemacht.

Beim 9. Herbsttreffen in Gresten am **14. November** standen Referate von Kurt Steyrer, Alois Stacher, Florian Mück und Eugen Veselsky zur Diskussion.

Auch die den sozialdemokratischen ÄrztInnen zugeordnete Arbeitsgruppe der Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste führte in den Jahren 1980 und 1981 unter der Vorsitzenden Friederike Maier zehn Großveranstaltungen durch. Obmann der Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer MedizinstudentInnen war Reinhard Ruckser, als seine Stellvertreterin fungierte Ilse Marhold.

Am Ende des Jahres hatte der BSA bundesweit 16.075 Mitglieder, darunter 2.422 ÄrztInnen. Das **Bundestreffen** fand am 3. und 4. Oktober im Linzer Brucknerhaus statt.

**1982:** Bei den Gewerkschaftswahlen am **28. und 29. April** erreichten die Spitzenkandidaten der Sozialdemokratischen Ärztevereinigung Rudolf Eberl und Helmuth Denck 35,12 Prozent der abgegebenen Stimmen.

Auch in diesem Jahr gab es ein

reichhaltiges Veranstaltungsprogramm. Bei den Monatsversammlungen sprachen G. Hoffmann-Ostenhof, Helmut Zilk, Ernst Gehmacher, Rudolf Pöder, Walter Hacker, Edgar Schranz, Erich Schäfer und Peter Jankowitsch. Beim Herbsttreffen am **18. September** in Gresten standen soziale Probleme im Vordergrund. Darüber referierten Franz Millendorfer, Heinz Rode, Ernest Brezovszky und Kurt Steyrer.

**1983:** In diesem Jahr fanden neben den traditionellen Monatsversammlungen gesellige Heurigenbesuche und Wanderungen mit den sozialdemokratischen StudentInnen auf den Ötscher und auf die Hohe Wand statt.

Bei der Jahreshauptversammlung am **8. Juni** hielt Bundesministerin Hertha Firnberg das Hauptreferat.

Beim Herbsttreffen in Gresten am **8. Oktober** konnte Vorsitzender Ermar Junker über 150 Anwesende begrüßen. Es referierten und diskutierten BM Kurt Steyrer, Gesundheitsstadtrat Alois Stacher, der Kärntner Landesrat Rudolf Gallob, Robert Brooks vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger und der Generaldirektor der Österreichischen Nationalbank Heinz Kienzl.

**Unerwartete Todesfälle.** Viele FunktionärInnen mussten altersbedingt ihre politische Tätigkeit beenden und wurden

kontinuierlich durch jüngere MitarbeiterInnen abgelöst. Leider war auch der unerwartete Tod einiger prominenter Funktionäre zu beklagen: **Raoul Schmiedeck**, Jahrgang 1923, war langjähriger Obmann der sozialistischen StudentInnen und profilierter Vertreter in der Hochschülerschaft. Jahre später wurde er als international anerkannter Fachmann auf dem Gebiete der Psychologie und Psychiatrie aus Amerika nach Wien berufen, um einen Lehrauftrag zu übernehmen. Vor seiner Antrittsvorlesung starb er völlig unerwartet am 14. Mai 1980. Am 22. Februar 1982 verstarb im 60. Lebensjahr Chefarzt **Anton Bucher**. Als typisches Arbeiterkind hatte er sich als Werkstudent sein Studium erkämpft. Schon im Jahre 1946 war er dem Verband sozialistischer Studenten beigetreten. Wegen seines fachlichen und organisatorischen Könnens wurde er als Primararzt der urologischen Abteilung auch zum Chefarzt des Hanuschkrankenhauses und zum leitenden Arzt der Wiener Gebietskrankenkasse bestellt. Das Vorstandsmitglied **Oskar Neubauer** starb am 4. Februar 1983, und am 9. November 1983 nahm **Franz Sellner**, langjähriges Vorstandsmitglied und Funktionär der Ärztekammer Wiens, Abschied von dieser Welt.

**HR Dr. Ermar Junker**

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: Freitag, 30. November 2012

## Impressum

**Medieninhaber, Herausgeber, Verleger:**

Sozialdemokratische Ärztevereinigung  
Landesgerichtsstraße 16, 1010 Wien  
ZVR-Nr. 454019054

**Chefredakteurin:** Mag. Margit Gstöttner

**Für den Inhalt verantwortlich:**

Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres

**Redaktion und Grafik:** Verlag des ÖGB, 1020 Wien

**Druck:** Buch- und Offsetdruckerei OSKAR BUSCHEK