

# Analyse

Zeitschrift der  
Sozialdemokratischen  
Ärztinnen und Ärzte

www.analyse-online.at

Nr. 6/2012

## Gesundheitsreform: **Sachlicher Dialog führt zum Ziel.**



### **BM Stöger/ ÄKW-Präsident Szekeres Standpunkte zur Gesundheitsreform**

**Szekeres: Wir wollen eine Reform, die diesen Namen verdient.** Eine Reform des österreichischen Gesundheitswesens ist laut Politik auf Schiene, die Achse Bund – Länder – Sozialversicherungen demonstriert Einigkeit. Was außer Einsparungsmaßnahmen bzw. Kostendämpfungen genau passieren wird, also den Begriff „Reform“ rechtfertigt, ist den bislang inoffiziell lancierten Papieren jedoch nicht zu entnehmen, zu allgemein, zu unkonkret und in alle Richtungen interpretierbar sind die darin enthaltenen Formulierungen.

**Seite 4**

### **Inhalt dieser Ausgabe**

Editorial .....	Seite 2
Szekeres: WGKK – finanziell ausgeblutet .....	Seite 3
Szekeres: Wir wollen eine Reform, die diesen Namen verdient .....	Seite 4
BM Stöger: Die Gesundheitsreform muss das System absichern .....	Seite 5
Vojcsik: Ambulanz: Viele PatientInne+ wenig Zeit=Überfrequenz .....	Seite 6
Lubec: Nulllohnrunde? Rien ne va plus!.....	Seite 7
Junker: Ein Blick zurück XVI 1983-1984.....	Seite 8

# Editorial

**Liebe Kolleginnen,  
liebe Kollegen!**

**Wir sozialdemokratischen  
ÄrztInnen bekennen uns zu  
einem öffentlichen Gesund-  
heitssystem.**

**Kostenzuwächse verhindern.**

Es steht wohl außer Zweifel, dass für die Absicherung der Finanzierbarkeit Reformen notwendig sind. Nun scheint sich die verantwortliche Politik über Länder- und Parteigrenzen hinweg auf tiefer greifende Strukturereformen zu einigen. Ein Finanzierungspfad mit jährlichen Zuwachsraten von rund 3,5% Prozent soll Stabilität bringen. Strukturelle Maßnahmen sind notwendig, um über-

schießende Kostenzuwächse künftig zu verhindern.

Diese Strukturmaßnahmen haben in der Ärzteschaft Sorgen ausgelöst. Verbesserungen der Schnittstellen zwischen intra- und extramuralem Bereich sollen die Krankenhäuser und insbesondere Krankenhausambulanzen entlasten und der niedergelassenen Bereich dabei auch gestärkt werden. Die dafür notwendigen Maßnahmen müssen noch im Detail ausgearbeitet und definiert werden.

**Strukturen optimieren.** Solche Änderungen können natürlich nur mit Einbindung der Ärzteschaft zielführend entwickelt werden. Es muss darauf geachtet werden, dass besteh-

ende Strukturen nicht aufgelöst werden, bevor neue, andere Organisationsformen funktionstüchtig etabliert sind. Andernfalls würde der gegenteilige Effekt entstehen und die PatientInnen erst recht in die Spitalsambulanzen drängen. Qualitätssicherung kann ebenso nur gemeinsam mit den ÄrztInnen entwickelt werden. Es muss aber in Zukunft auch möglich bleiben, die Therapieentscheidungen an die individuellen Bedürfnisse unserer PatientInnen anzupassen.

Leider ist aus meiner Sicht eine sachliche Diskussion durch eine sehr emotionalisierte Kampagne der ÖÄK verdrängt worden. In der Öffentlichkeit ist der Eindruck entstanden, dass



**Prim. Univ. Prof. Dr.  
Marcus Köller**  
Vorsitzender der sozial-  
demokratischen ÄrztInnen

die Ärzteschaft als blockierende Kraft agiert. Es wird unsere Aufgabe als sozialdemokratische ÄrztInnen sein, die Diskussion über dieses Thema wieder auf eine sachliche Ebene zu heben.

Euer, Marcus Köller

**Allen unseren Leserinnen  
und Lesern frohe Weihnachten  
und ein erfolgreiches neues Jahr!**



  
FÜR'S LEBEN  
STIFTUNG



**GESUNDHEIT**

*hat ihren Preis. Für manche ist sie unbezahlbar.*

Die Wohlfahrtsstiftung FÜR'S LEBEN des ASBÖ unterstützt Eltern, die sich die medizinische Versorgung ihrer Kinder nicht mehr leisten können.

Bitte helfen auch Sie mit Ihrer Spende. Damit die Gesundheit von Kindern keine Geldfrage ist.

Spendenkonto: Bank Austria, BLZ 12000, Kto. Nr. 523 422 920 01



# WGKK: Finanziell ausgeblutet

Foto: C. Zeltner, PhotographyByMK - Fotolia.com



Österreichweit sind die Krankenkassen im Großen und Ganzen finanziell gut aufgestellt. Mit einer Ausnahme: Der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK). Mit einem aktuellen Schuldenstand von 200 Millionen Euro bei einem Abgang von über 300 Millionen Euro ist die Situation durchaus als prekär zu bezeichnen.

**Leistungen versicherungsfremd.** Warum dem so ist, geht auf politische Entscheidungen zurück, die den Kassen seit dem Jahr 2000 immer mehr versicherungsfremde Leistungen abverlangen: Das Wochengeld, eigentlich eine Familienleistung, muss zu einem Drittel von den Krankenkassen bezahlt werden, beim Bundesbeitrag für die Krankenversicherung von Arbeitslosen wurde ein Deckel eingezogen, der Rest muss von den Kassen finanziert werden, und auch bei den Versicherungsleistungen der ASVG - PensionistInnen zahlt die Kasse drauf.

Diesen Zusatzbelastungen steht keinerlei adäquate Finanzierung gegenüber (siehe Grafik 1). Somit lässt die hohe Zahl der Arbeitslosen und PensionistInnen im Ballungszentrum Wien das Defizit der Wiener

Kassen seit Jahren bedrohlich ansteigen (siehe Grafik 2). Und je schlechter es der Wirtschaft geht, je mehr Arbeitslose es gibt, desto schwieriger wird die Situation. Gegenstrategien sind derzeit nicht in Sicht.

**Spielraum minimal.** Die Kassenärztinnen und -ärzte sind hier sicher nicht das Problem. Ihre Finanzierung macht gerade einmal 15 Prozent des gesamten Ausgabenvolumens aus (siehe Grafik 3). Anders ausgedrückt: Würden auf der Stelle sämtliche KassenärztInnen Wiens gekündigt, würde das die WGKK nicht sanieren. Der Spielraum der Kassen ist also derart minimal, dass unsere dringliche Forderung nach mehr Kassenplanstellen, um den ambulanten Bereich der Spitäler

entlasten zu können, nahezu illusorisch anmutet.

**Finanzierung ungesichert.** Die Politik muss für diese Situation die passende Antwort finden. Entweder es werden versicherungsfremde Leistungen per Gesetzesänderung wieder aus dem Versicherungswesen ausgekoppelt oder der Bund stellt die entsprechenden Mittel zur Verfügung und die Versicherungen werden künftig adäquat honoriert. Anderenfalls sehen wir bei stetig steigenden Ausgaben durch die demographische Entwicklung in Wien (höhere Arbeitslosigkeit, steigende Pensionistenzahlen und rasanter Anstieg vor allem psychischer Erkrankungen) ein finanzielles Fiasko auf uns zukommen.

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

**Bund – WGKK 2010 Fehlende Einnahmen p.a. (Unterdeckung)**  
verlassungswahrscheinliche Bedarfen lt. Österr. Sozialversicherungsanstalt

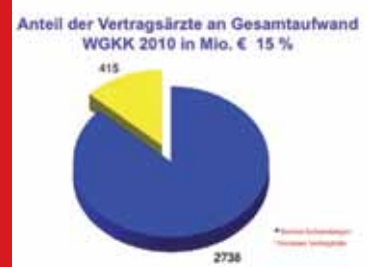
Unterdeckung Pensionisten	736 Mio. €
Mindererinnahmen Arbeitstasse	ca. 90 Mio. €
Unterdeckung Wochengeld	63 Mio. €
Mindererinnahmen Rezipgebühren	ca. 30 Mio. €
Mindererinnahmen Rezipgebührenobergrenze	ca. 12 Mio. €
<b>Jährlicher Einnahmefehlbetrag</b>	<b>931 Mio. €</b>

Grafik 1

**Entwicklung des Versichertenstandes 2010 der WGKK**

Kategorie	Anzahl	in Prozent	Zunahme/abnahme 2009	Prozentpunkte
Pflichtversicherte	186.417	87,9%	-121	-0,1
Privatversicherte	268.472	30,9%	+1.200	+0,4%
Gesamt	454.889	89,7%	+1.079	+0,2%
Summe aller Versicherten	1.120.048	100,0%		

Grafik 2



Grafik 3

ÄKW-Präsident Szekeres:

# „Wir wollen eine Reform, die diesen Namen verdient.“

Eine Reform des österreichischen Gesundheitswesens ist laut Politik auf Schiene, die Achse Bund – Länder – Sozialversicherungen demonstriert Einigkeit. Was außer Einsparungsmaßnahmen bzw. Kostendämpfungen genau passieren wird, also den Begriff „Reform“ rechtfertigt, ist den bislang inoffiziell lancierten Papieren jedoch nicht zu entnehmen, zu allgemein, zu unkonkret und in alle Richtungen interpretierbar sind die darin enthaltenen Formulierungen.



**Finanzierung neu.** Finanzierung neu. Klar ist nur, dass durch eine Deckelung der Gesundheitsausgaben eine maximale Ausgabensteigerung von 3,6 Prozent pro Jahr bis 2016 geplant ist. Wo bei das Ministerium selbst von einer jährlichen Kostensteigerung von

**Eine Koppelung an das BIP bedeutet eine maximal instabile Finanzierung des Systems.**

über 5,2 Prozent ausgeht. Durch diese Deckelung sollen bis 2020 rund elf Milliarden Euro im Gesundheitswesen eingespart werden. Zusätzlich soll die Ausgabensteigerung an das jeweilige Bruttoinlandsprodukt (BIP) angepasst werden. Entwickelt sich die Wirtschaftslage gut – was aus heutiger Sicht kaum garantiert werden kann – könnte man mit den Mitteln bei entsprechenden Begleitmaßnahmen auskommen. Wenn aber nicht, was dann?

**Status Quo.** Tatsache ist, dass sich die demografischen Verhältnisse und medizinischen Möglichkeiten rasant verändern. Wir werden immer älter und brauchen daher auch längere und intensivere medizinische Betreuung. Die Medizin entwickelt

sich in technischer, wie auch diagnostischer und therapeutischer Hinsicht weiter. Beides verlangt nach mehr finanziellen Ressourcen. Schon jetzt sind wir im Gesundheitswesen Tätigen längst an den Grenzen des Möglichen gelangt. Die Wartezeiten

in den Ordinationen steigen stetig, die Ambulanzen sind überfüllt, in den Spitälern kommt es zu personellen Engpässen, bestimmte Leistungen sind regional schlecht verteilt. Bereits sechzig (!) Prozent des medizinischen Personals – das ist der höchste Prozentsatz aller Berufsgruppen – klagt über Burnout-Symptome. Bereiche wie Anästhesie, Pathologie und Psychiatrie haben bereits massive Nachwuchssorgen. Über fünfzig Prozent der JungmedizinerInnen sind derzeit weiblich, was längst neue Arbeitszeitmodelle notwendig macht. ÄrztInnen sind nicht mehr generell bereit – vorbei an den Familien – bis zu 100 Stunden die Woche zu arbeiten.

**Was wir wollen.** Uns Ärztinnen

und Ärzten geht es nicht um irgendwelche „Privilegien“ (Welche auch?), sondern um die optimale Versorgung unserer PatientInnen unter menschenwürdigen Arbeitsbedingungen. Arzt ist ein Sozialberuf, der sowohl psychisch als auch physisch stark belastet (siehe oben), die Mär vom „reichen Arzt“ zieht längst nicht mehr. Im Gegenteil, wir müssen fürchten, dass es zu weiteren Engpässen durch Mangel an medizinischem Personal kommt. Deshalb müssen dringend Bedingungen geschaffen werden, die einerseits den ärztlichen Berufsstand unter menschenwürdigen Arbeitsbedingungen überleben lassen und die Versorgung der Patientinnen und Patienten garantieren.

• Dafür braucht es vermehrt

Kassenplanstellen, um die Spitalsambulanzen entsprechend entlasten zu können.

- Dafür muss Prävention nicht nur am Papier Priorität haben, sondern durch konkrete Maßnahmen Realität werden.
- Dafür muss der Berufsstand der HausärztInnen endlich wirklich aufgewertet werden, nicht zuletzt durch eine verbesserte, den modernen medizinischen Anforderungen entsprechende Ausbildung und durch finanzierte Lehrpraxen.
- Dafür müssen AdministrationsassistentInnen an den Spitälern dafür sorgen, dass das medizinische Personal seinen angestammten Aufgaben gerecht werden kann.

**Eine Gesundheitsreform ohne Einbindung der in Gesundheitsberufen Tätigen ist nicht zielführend.**

Diese Liste ließe sich noch lange fortsetzen. Von all dem weiß man nach Durchsicht der „Reformpapiere“ noch nichts.

**Was wir nicht wollen.** Eine Gesundheitsreform, die hauptsächlich an Einsparungsmaßnahmen orientiert ist, greift zu kurz. Ebenso, wie eine Gesundheitsreform,

die eine Expertise der in Gesundheitsberufen Tätigen vorne weg lässt, kaum zu zielführenden Maßnahmen führen wird. Es geht uns nicht darum, irgendwelche Verträge zu unterschreiben, sondern um die Einbindung in die politische Diskussion, um unsere Verbesserungsvorschläge zur Erhaltung des Systems einbringen zu können.

- Wir wollen dagegen kein Diktat von Wirtschafts-Experten.
- Wir wollen auch kein Diktat von Finanz-Experten.
- Wir wollen keine finanzielle „Gesundshrimpung“ des Systems zu Lasten der Patientenversorgung und der Menschen in medizinischen Berufen.
- Wir wollen keine Teilreform zur Sanierung des Staatshaushalts, sondern eine umfassende Reform des Gesundheitswesens zur Zukunftssicherung des Versorgungsstandards auch unter sich verändernden Bedingungen.

Die Politik sollte hier ihre Prioritäten überdenken. Gesundheit ist auch volkswirtschaftlich gesehen unser höchstes Gut. Langfristig lohnen sich kluge Effizienzsteigerung und Investitionen weit mehr als reine Einsparungsmaßnahmen nach dem Motto „Hauptsache weniger Ausgaben“. Ob man nun lieber in Bankenförderung und prestigeträchtige Infrastrukturprojekte investiert als in ein stabiles, grundsolides Gesundheitswesen zum Wohle der Gesellschaft muss letztlich von den politisch Verantwortlichen entschieden werden.

**Dialogbereitschaft.** Wir Ärztinnen und Ärzte sind zum Dialog bereit, ebenso, wie die VertreterInnen aller anderen Gesundheitsberufe. Die Politik ist am Zug, diesen Dialog zuzulassen und nicht an den unmittelbar am Gesundheitswesen beteiligten vorbei zu „reformieren“. Seitens der Ärztervertretung hoffen wir auf konstruktive Gespräche mit den politisch Verantwortlichen, die auch bereits angelaufen sind und hoffentlich in einen zielführenden Dialog münden.

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

BM Alois Stöger:

## „Die Gesundheitsreform muss das System absichern.“

**Wir haben ein Gesundheitssystem, auf das wir zu Recht stolz sein können. Um den Zugang für alle und die solidarischen Grundprinzipien – gerade dafür hat die Sozialdemokratie immer gekämpft – auch für die kommenden Generationen garantieren zu können, müssen wir jetzt handeln, damit uns die Finanzierbarkeit erhalten bleibt. Wer das verkennt, spielt in die Hände jener, die im Gesundheitsbereich privatisieren wollen.**



**Systemänderung.** Die große Systemänderung durch die Reform ist die gemeinsame Planung und Steuerung des niedergelassenen Bereichs und der Spitäler. Waren in der Vergangenheit immer die Institutionen im Vordergrund und die PatientInnen leider oft Spielball zwischen den Sektoren, wird in Zukunft gemeinsam von den Partnern der Behandlungsprozess geplant und gesteuert. Von Kaputtsparen kann also nicht die Rede sein, im Gegenteil. Die Behandlungsqualität wird erhöht und das Gesundheitssystem wird weiter ausgebaut, auch finanziell.

**Finanzierungssicherheit.** Welche Sparte in Österreich kann derzeit Wachstumsraten von 3,6 Prozent aufweisen? Österreich hat hier ganz anders entschieden als fast alle anderen Länder in der EU: Wir bauen aus und kürzen nicht. PatientInnen in diesem Zusammen-

hang zu verunsichern, so wie das die Kammer gerade macht, geht nicht an. Natürlich sind die Ärztinnen und Ärzte eine zentrale Säule unseres Gesundheitssystems und tragen entschieden zu unserer Spitzenstellung in der Welt bei.

Ich werde aber vorsichtig, wenn Kammerfunktionäre die völlige Polarisierung zwischen Politik und der Berufsgruppe der ÄrztInnen anstrengen – und das mit gezielt gestreuter Falschinformation. Ich bin ein Mensch, der immer den Dialog sucht, und im persönlichen Gespräch bestärken mich auch viele ÄrztInnen darin, mein Reformvorhaben umzusetzen. Im Mittelpunkt meiner Bemühungen stehen immer die PatientInnen und ich muss natürlich auch den Kompromiss zwischen allen Playern schaffen.

**Alois Stöger**  
Bundesminister für Gesundheit

### Factbox:

#### Reformziele des Gesundheitsministeriums

- Der niedergelassene Bereich und der Spitalsbereich sollen gemeinsam von Sozialversicherung, Ländern und Bund geplant und gesteuert werden.
- Ein partnerschaftliches Zielsteuerungsmodell soll die Überprüfung der gemeinsamen Planung und Steuerung möglich machen.
- In jeder Region werden maßgeschneiderte Konzepte, die immer den Behandlungspfad der PatientInnen im Zentrum haben, ausgearbeitet und umgesetzt
- Jedes Jahr steht im Gesundheitswesen mehr Geld zur Verfügung, und zwar um 3,6 Prozent. Das entspricht der Angleichung der Kostensteigerung an das langfristig prognostizierte BIP-Wachstum.

# Viele PatientInnen + wenig Zeit = Überfrequenz

**Eine einfache Rechnung – würde man meinen, aber... Der Ambulanzbetrieb ist auf diversen Abteilungen unterschiedlich gestaltet. Gemeinsam ist allen Spitälern, dass sie am Nachmittag eine Akutambulanz für Notfälle führen. Am Vormittag und über Mittag hinaus werden ebenfalls Akut- und Notfälle behandelt, aber auch PatientInnen mit Überweisungen vom Hausarzt und solche, die in Spezialambulanzen einen Termin haben.**



Fotos: z. B., Klaus Eppeler - Fotolia.com

**Fehlgeleitet.** Viele Menschen besuchen jedoch diverse Ambulanzen, weil sie im niedergelassenen Bereich nicht sofort einen Behandlungstermin bekommen oder weil ihnen in einem Spital umfangreichere medizinische Ressourcen zur Verfügung stehen. Das führt zu Überfrequenzen, die zum Beispiel in skandinavischen Ländern durch die Schlüsselfunktion der HausärztInnen vermieden werden: Dort müssen PatientInnen den/die Allgemeinmediziner/in als Erstansprechpartner aufsuchen und diese fungieren damit automatisch als Schnittstelle. Sie überweisen die PatientInnen in die dafür vorgesehenen Ambulanzen der Spitäler, wenn es notwendig erscheint und eine adäquate Behandlung im niedergelassenen Bereich nicht möglich ist.

**Überfrequentiert.** Durch den stetig steigenden Ambulanzbetrieb kommt es bei uns hingegen zu teilweise unerträglich langen Wartezeiten. Je nach Ambulanz warten PatientInnen oft stundenlang auf eine Erstbegutachtung. Die Notfall-, die Kinder-Notfall-, sowie die chirurgischen und die Unfallambulanzen sind dabei die am stärksten betroffenen, weil meist frequentierten. Akut- bzw. Notfälle müssen vorrangig be-

handelt werden, was auch Sinn der Ambulanzeinrichtungen ist und die Wartezeiten erklärt.

**Kategorisiert.** In vielen Ländern dieser Welt, speziell im anglo-amerikanischen Raum, ist das sogenannte Manchester-Triage-System (MTS) vorherrschend. Es bezeichnet ein standardisiertes Verfahren zur Einschätzung in der Notaufnahme. Möglichst schnell, aber dennoch sicher und nachvollziehbar werden Behandlungsprioritäten festgelegt. Danach werden PatientInnen in eine von fünf Gruppen eingeordnet, mit einer Wartezeit von 0 Minuten (rot), bis dringend (gelb), mit einer maximalen Wartezeit von 30 Minuten, bis zu normal/nicht dringend (grün/blau), von einer längeren Wartezeit ausgehend. Dieses System bietet eine effiziente Zuordnung der eintreffenden PatientInnen und wurde in Österreich erstmals an der Uniklinik Graz etabliert. Dort hat das MTS derart überzeugt, dass man sich nun seitens des Grazer Klinikums aktiv für eine Ausbreitung des Systems in Österreich einsetzt.

**Unterbesetzt.** Alle PatientInnen, ob sie mit Rettung oder gehend in die Ambulanz kommen, müssen begutachtet werden. Leider ist durch das unterschiedli-

che Patientenaufkommen eine lange Wartezeit unumgänglich. In der Kernarbeitszeit sind die Ambulanzen zwar mit mehreren FachärztInnen besetzt, am Nachmittag, abends und nachts ist teilweise aber nur ein Arzt/eine Ärztin anwesend. Aus meiner Erfahrung weiß ich, dass jede/r Patient/in adäquat behandelt werden will, was auch ein (auf)klärendes Gespräch mit dem/der behandelten Arzt/Ärztin voraussetzt, was wiederum viel Zeit in Anspruch nimmt, die leider nicht immer vorhanden ist.

**Umstrukturieren.** Um eine kürzere Wartezeit zu garantieren, benötigt man mehr Personal. Um eine Entlastung der Spitalsambulanzen zu erreichen, müsste der niedergelassene Bereich ausgebaut werden. Ein unkomplizierter Harnwegsinfekt oder Halsschmerzen können auch im niedergelassenen Bereich bestens kuriert werden! Berechnungen zufolge kostet die Behandlung in der Spitalsambulanz das Dreifache einer Behandlung im niedergelassenen Bereich.

HausärztInnen müssten also – wie schon lange gefordert – längere Öffnungszeiten anbieten können und am Wochenende zur Verfügung stehen. Ebenso, wie auch niedergelassene Fach-

ärztInnen flexiblere Öffnungszeiten haben müssten. Doch woher das Geld nehmen?

Der Vorschlag der NÖ ÄK, einen Teil des Spitalsbudgets für den Ausbau des niedergelassenen Bereiches zu verwenden wird seit Jahren gefordert. Laut Hauptverband der Sozialversicherungen soll der niedergelassenen Ärzteschaft im Rahmen der geplanten Gesundheitsreform höhere Bedeutung zukommen. Deshalb werde dieser Bereich „in den kommenden Jahren wohl bedarfsorientiert ausgebaut und nicht eingeschränkt werden“.

Wir SpitalsärztInnen leisten unser Menschenmögliches, es wird auch im Ambulanzbetrieb bestmögliche Behandlung geboten. Die Ansprüche der PatientInnen

**Die Behandlung in Spitalsambulanzen kostet das Dreifache einer Behandlung im niedergelassenen Bereich.**

aber steigen, nicht nur was das Behandlungsprofil betrifft, auch lange Wartezeiten

werden abgelehnt. Hätten die PatientInnen die Gewissheit, im niedergelassenen Bereich genauso rasch und umfassend behandelt zu werden, würde uns das sicher entlasten. Man wird sehen, was die Reform bringt und wie es in den nächsten Jahren mit dem österreichischen Gesundheitswesen weitergeht.

**Dr. Alexander Vojcsik**  
Donauspital

Doris Lubec:

# Null-Lohnrunde? Rien ne va plus!

Fotos: Z.V.G., Christophe Fouquet - Fotolia.com



**Wir befinden uns in wirtschaftlich angespannten Zeiten. Wir retten Griechenland, Spanien, Portugal, Italien und demnächst Frankreich. Die Dreifach As wackeln, bald nur mehr A, dann B, dann Ramsch. Jugendarbeitslosigkeit, Massenabwanderung in angeblich reichere Staaten, der ehemals so starke Euro wackelt. Sparen ist angesagt. Die Konsequenz? Solidaritätspakt. Kostendämpfungspfad. Schlagwort um Schlagwort fliegt uns um die Ohren und den wenigsten sind die Konsequenzen bewusst.**

**Bedenkliche Tendenzen.** Top-Manager stellen sich den Medien und benennen ihre Ziele. So zum Beispiel der mit Jänner 2013 ausscheidende Generaldirektorstellvertreter des Krankenanstaltenverbundes (KAV) Dr. Koblmüller, der doch tatsächlich behauptet hat, wir im KAV hätten 20 Prozent zu viel an Personal. Und wir erkennen, dass gerade beim Sparen unsere Manager gerne auf altbewährte Methoden zurückgreifen – Personalreduktion.

Weniger Personal, weniger Ausgaben, gleichzeitig erhöhen wir die Leistungen und erzielen mehr Einnahmen. Die Menschen halten dann zwar nicht lange durch, brennen aus oder verlassen das Unternehmen, aber andere folgen ihnen nach. Junge, noch unverbrauchte ArbeitnehmerInnen, die sicher ein paar Jahre das System erhalten, bis sie dasselbe Schicksal ereilt. Im Bereich der Medizin sind es unsere Kolleginnen und Kollegen in Ausbildung. Unsere wichtigste Ressource für die Zukunft

eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Warum liest man von zunehmender Abwanderung ins Ausland? Zu wenig Verdienst? Zu wenige Aufstiegsmöglichkeiten? Zu wenig Wertschätzung?

**Null bedeutet Minus.** Eine Nulllohnrunde ist eine Möglichkeit, Geld einzusparen. Doch in Relation zu den Schulden oder den Ausgaben bei Sachmitteln nehmen

die dadurch erzielten Einsparungen einen geringen Stellenwert ein. Aber eine Null ist bei einer Inflationsrate von 2,5 bis 2,8 Prozent nicht einfach eine Null. Sie ist ein dickes Minus. Ein direkter Griff in die Geldbörse. Man nimmt uns von unserem Gehalt 2,5 bis 2,8 Prozent weg. Wir nennen es dann zwar Kostendämpfung oder Solidaritätspakt, Homogenitätsprinzip oder welche Begriffe es auch immer geben mag, um eine Geldentwertung schön zu reden. Wir müssen sparen! Aber gibt es dieses „WIR“? Wo ist der

Beitrag der Börsen, der Banken, der Manager? Und während wir darüber diskutieren, steigen unsere Mieten, unsere Betriebskosten, unsere Ausgaben für Parken, Tanken, Essen, Bildung, Gesundheit, schlicht unsere Lebenshaltungskosten.

**Klischees werden bemüht.** Die medizinische Versorgung, gerade im öffentlichen Bereich gilt als saturiert, unverschämt. Verbeamtete ArbeitnehmerInnen, die sich auf ihren Lorbeeren ausruhen und nur nach mehr und noch mehr schreien. Vom Reichtum gesättigte Ärztinnen und Ärzte, die gerne mit dem vielzitierten „Leichentuch“ winken und im Porsche sitzend gegen angebliche Ungerechtigkeiten demonstrieren.

Klischee über Klischee. Die werden doch eine Nulllohnrunde verkraften! Wertschätzen können wir sie später, ihre Leistung respektieren – machen wir schon noch. Sie gerecht bezahlen? Uninteressant. Aber das „WIR“ hat ja noch ganz andere Auswirkungen. Der Reini-

gungskraft mit ihren 1000 Euro monatlich wollen wir auch eine Null verpassen. Und der Pflegeperson auch. Aber plötzlich geben diese Menschen weniger aus, weil auch sie angeblich sparen müssen. Die Wirtschaft klagt, weil weniger konsumiert, weniger produziert wird. Weniger Einnahmen in der Staatskassa, weniger Fördermittel. Was folgt? Richtig! Es muss gespart werden! Am Besten im Gesundheitsbereich. Denn die haben angeblich 20 Prozent zu viel Personal....

Wir werden uns gegen eine Nulllohnrunde wehren. Wir werden ebendiese nicht akzeptieren. Weil eine Nulllohnrunde früher oder später das Aus bedeutet. Weil wir uns eine Null nicht verdient haben.

Weil die Leistungen mehr und nicht weniger werden. Weil wir es uns wert sind und weil wir es verdient haben adäquat bezahlt zu werden, egal welcher Berufsgruppe wir angehören.

**Dr.<sup>in</sup> Doris Lubec**  
Vorsitzende der PGA ÄrztInnen

# Erfolgreiches Wirken der Spitalsärztinnen und -ärzte.

Die SpitalsärztInnen wurden die aktivste Gruppe der Sozialistischen Ärztevereinigung. Es waren die ehemaligen Funktionäre und Mitglieder der im Jahr 1974 gegründeten und politisch sehr aktiven „Arbeitsgemeinschaft sozialistischer MedizinstudentInnen“, die nach ihrem Studienabschluss als einsatzfreudige Vorstandsmitglieder der Sozialistischen Ärztevereinigung wichtige Funktionen in der Wiener Ärztekammer und in der Gewerkschaft übernahmen. Bald stellten sich Erfolge ein.

Am 15. Dezember 1983 konnten die sozialistischen JungärztInnen mit dem Spitzenkandidaten Dr. W. Marhold bei den Spitalsärztewahlen in den städtischen Krankenanstalten Wiens wichtige Mandate erringen. Erfolgreich waren S. Drapalik im Wilhelminenspital, F. Sellner und O. Schwinger im Kaiser-Franz-Josef-Spital, L. Kaspar in der Rudolfstiftung und G. Freude und A. Dunky im KH Lainz.

Am 28. und 29. April 1984 veranstalteten die sozialistischen SpitalsärztInnen im ÖGB-Schulungsheim in der Hietzinger Gloriettegasse ein zweitägiges Seminar. Stadtrat Alois Stacher, der leitende Referent der Gewerkschaft der Gemeindebediensteten Günter Weninger und NR Rudolf Pöder standen als Referenten zur Verfügung. In fast allen größeren städtischen Krankenanstalten fanden regelmäßig politische Versammlungen und Diskussions-

abende statt. Die enge Gemeinschaft gleichgesinnter junger Ärztinnen und Ärzte bestand durch viele Jahre. Dieser Freundeskreis blieb auch im späteren Berufsleben erhalten. Besondere Bedeutung hatte auch der gesundheitspolitische Arbeitskreis unter dem Vorsitz von Stefan Rudas. Bei den Diskussionsabenden standen allgemeine Probleme des Gesundheitswesens im Vordergrund. Am 14. Mai 1984 war die Fristenlösung ein Thema.

Am 6. Juni 1984 erfolgte während der Generalversammlung die Wiederwahl von Ermar Junker zum Vorsitzenden der Sozialistischen Ärztevereinigung Österreichs. Zu seinen StellvertreterInnen wurden Elisabeth Pittermann, Heinrich Schwarz, Rudolf Stastny und Wilhelm Marhold, zum Schriftführer Johann Scholz, zum Kassier Attila Dunky und zum Bildungsreferenten Josef Schneeweiss gewählt. Aus der weiteren langen Vorstandsliste mit vielen prominenten MedizinerInnen sollen Bundesminister Kurt Steyrer und Stadtrat Alois Stacher besonders hervorgehoben werden. Als Hauptreferent dieser Jahreshauptversammlung sprach Stadtrat Alois Stacher über das Wiener Gesundheitswesen.

Am 8. August 1984 starb OMR Dr. Josef Feiler. Er war zunächst sozialistischer Ärzefunktionär in Niederösterreich. Ab 1964 gehörte er dem Vorstand der sozialistischen ÄrztInnen Wiens an. Wegen seines unermüdlichen Wirkens in der Ärztekammer von Wien erhielt er zahlreiche Aus-

zeichnungen und Ehrungen.

Am 6. Oktober 1984 fand das elfte Herbsttreffen der Sozialistischen ÄrztInnen Österreichs in Gresten statt. Zu aktuellen gesundheitspolitischen Problemen sprachen und diskutierten Gesundheitsstadtrat Alois Stacher, Direktor F. Todter, Landesrat Ernest Brezovsky und Generaldirektor Kurt Mitterstöger.

Auf den regelmäßigen Monatsversammlungen 1984 standen Referate von NRAbg. Sepp Rieder, von Ernst Glaser, von Alfred Rockenschau („Zehn Jahre Fristenlösung“), von Werner Dutz („Neues aus der amerikanischen Medizin“), von MR Erasmus Peer („Sind unsere Spitäler noch zu finanzieren?“), sowie von Josef Hindels und von Landwirtschaftsminister Günther Haiden auf dem Programm. Auf den Veranstaltungen der sozialistischen MedizinstudentInnen sprachen G. Geyer und Direktor Othmar Pascher. Ein Schiausflug auf den Schneeberg sorgte für Abwechslung.

Am 17. November 1984 fand der ordentliche Bundestag des BSA in Wien statt. Bei der konstituierenden Bundesvorstandssitzung wurde Harald Ogris als erster Stellvertreter des Präsidenten Leopold Gratz zum geschäftsführenden Präsidenten des BSA bestellt. Er hatte diese Funktion bis zur Ernennung von Dr. Sepp Rieder im Jahr 1990 inne und war sehr um eine moderne Gestaltung des BSA bemüht. Er konnte in dieser Zeit sehr viele Leistungen für die sozialistische Akademikerorganisation erbringen. Im Jänner

1984 erschien erstmals die neue Zeitschrift des BSA „Akzente“ als Nachfolgerin der seit dem Jahre 1948 sehr gut gestalteten Zeitschrift „Der sozialistische Akademiker“. Dieses sehr inhaltsreiche Informationsblatt bildete ein wichtiges Bindeglied zu den Mitgliedern. Prof. Ernst K. Herlitzka war der langjährige und sehr verdienstvolle verantwortliche Redakteur dieser Zeitschrift.

**Expertise unerwünscht.** Die Ansichten der sozialistischen Ärzteschaft über allgemeine gesundheitliche Fragen waren parteiintern nicht sehr gefragt. Man betrachtete sie als Verbündete der Ständesvertretung mit ihren vielen Protesten gegen Vorschläge der Ministerien oder Krankenkassen. So reduzierte sich der Einfluss auf allgemeine gesundheitspolitische Fragen gegenüber der Sozialistischen Partei, den Sozialversicherungsträgern oder den Ministerien meist auf die unterstützenden Vermittlungen der in der großen Politik verankerten ÄrztInnen, wie BM Ingrid Leodolter, BM Kurt Steyrer oder Stadtrat Alois Stacher. Das Schwergewicht der politischen Arbeit der Sozialistischen Ärztevereinigung lag vorwiegend im Bereich der Wiener Ärztekammer und der Gewerkschaft der Gemeindebediensteten. Wahlen in diesen Institutionen hatten daher einen hohen Stellenwert im Vereinsgeschehen und waren markante Zielpunkte der fraktionellen Bemühungen.

**Ermar Junker**

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: Freitag, 22. Februar 2013

## 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:** Schmidbauer-Druck Gesellschaft m.b.H., 8280 Fürstenfeld