

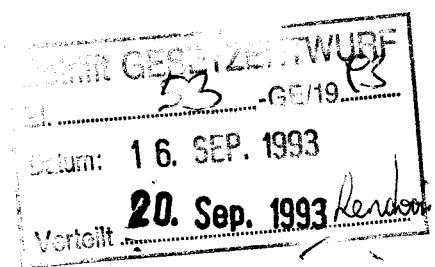
29/SN-300/ME

Sehr geehrte Damen und Herren!

Wir bitten höflich um
Verteilung der 25 Stk
Informationsmappen (2-teilig).

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen



St. Joannis

Die folgenden Auszüge aus dem Bericht der Kommission über die
Zerstörung der Stadt Berlin am 2. und 3. Mai 1945 sind als
Stellungnahme des Generalstabes der Wehrmacht zu verstehen.

Generalstab der Wehrmacht



**BUNDESMINISTERIUM
für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz**

A-1031 Wien, Radetzkystraße 2
Telefon: 0222/711 72
Teletex: 322 15 64 BMGSK
DVR: 0649856

GZ 21.645/7-II/A/5/93

**Sachbearbeiter:
FÜSZN
Klappe/DW: 4885**

An die
Pinzgauer Patienteninitiative
z. Hdn. Herrn Dr. EGGER

5721 Piesendorf 35

Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz
übermittelt den Entwurf einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zur
Sicherstellung der Patientenrechte in Österreich (österreichische
Patientencharta) samt Erläuterungen, mit dem Ersuchen, hiezu bis
längstens

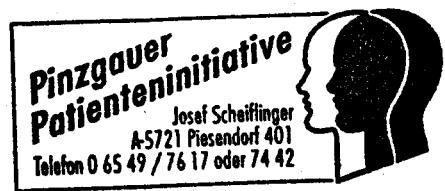
17. September 1993

eine Stellungnahme abzugeben. Sollte bis zu diesem Zeitpunkt keine
Stellungnahme eingelangt sein, wird angenommen, daß gegen den Ent-
wurf keine Bedenken bestehen.

Weiters wird gebeten, eine allfällige Stellungnahme auch in 25-
facher Ausfertigung dem Präsidium des Nationalrates zuzuleiten und
das Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz
davon in Kenntnis zu setzen.

9. Juli 1993
Für den Bundesminister
MICHHTNER

Für die Richtigkeit
der Ausfertigung:



An das BUNDESMINISTERIUM für
Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz

An das PRÄSIDIUM des NATIONALRATES
(in 25-facher Ausfertigung)

Nachrichtlich: Handelskammer, Arbeiterkammer

Betrifft: Unsere Stellungnahme laut Einladung vom 9. Juli 1993 zum
Entwurf einer PATIENTENRECHTSCHARTA

Sehr geehrter Herr Minister!

Sehr geehrte Nationalratsabgeordnete!

Sehr geehrte Damen und Herren!

Vorerst möchten wir uns für die bisher gute Arbeit an der
Patientenrechtscharta bedanken!

Vorschläge der Gesundheitsallianz für die CHARTA:

1. Das Recht auf subjektive Qualitätskontrolle
(durch den Patienten selbst)
2. Das Recht auf Teilnahme an einem möglichst effektiven
und KOSTENGÜNSTIGEN Gesundheitssystem
(derzeit nicht gegeben!)

Beide Punkte sind eng miteinander verquickt und zum besseren
Verständnis unserer Überlegungen in den folgenden Seiten dargestellt.

Zur Abrundung der Zusammenhänge sind in der Beilage auch die Nachteile
des derzeitigen Systems pointiert angeschnitten!

Als Gesundheitsallianz (Zusammenschluß von Patienteninitiativen und
Unabhängigen Ärzten) beschäftigen wir uns seit mehreren Jahren mit der
praktischen Umsetzung von Patientenrechten. Eine entsprechend
intensive Öffentlichkeitsarbeit (vorwiegend im Land Salzburg) ist
bereits erfolgt.

Aufgrund der Komplexität der Materie sind wir gerne bereit unser
Konzept hinsichtlich der Realisierbarkeit in ausführlicher Diskussion
zu erläutern.

Zum Erfahrungsaustausch auf internationaler Ebene wurde unsererseits
im August 93 eine 3-wöchige Reise in 5 Bundesstaaten der USA
unternommen. Zum Abschluß fanden im Staate Washington (Olympia)
Gespräche mit Vertretern des Public Health Care statt:

Ganz allgemein kann gesagt werden, daß das zunehmende Drängen auf
Verwirklichung der Patientenrechte, sowie die Explosion der Kosten im
Gesundheits- und Sozialsektor ein weltweites Problem ist.

Hauptursachen dafür scheinen unserer Analyse nach, die ZUNEHMENDE ANSPRUCHSHALTUNG und in Ländern wie Österreich das DRÄNGEN AUF "RÜCKERHALT" DER VERMEINTLICH BEREITS BEZAHLTEN SOZIALEN LEISTUNGEN zu sein. (Nebenwirkungen der Pflichtbeitragsleistung!)

Die wissenschaftliche Entwicklung, die Überalterung, die Ablehnung der Verantwortung für den eigenen Körper und für die Kosten der Allgemeinheit sowie mangelndes Wissen um Zusammenhänge verstärken die Kostenlawine bei gleichzeitig STEIGENDER UNZUFRIEDENHEIT in der Bevölkerung.

Da sämtliche bisherigen "Vorbilder" ähnlicher sozialer Gesundheitssysteme selbst in beträchtliche Schwierigkeiten geraten sind und mit Teilkorrekturen die Probleme nicht zu bewältigen sind, hat die Gesundheitsallianz ein neues Modell konzipiert. Schlüsselüberlegung war, mehr RECHT, aber auch VERANTWORTLICHKEIT auf den potentiellen Patienten zu übertragen!!

Dieses MODELL PINZGAU versucht, unter praktischer Einbindung der Patientenrechte und aller ursächlichen oben genannten Faktoren eine DEUTLICHE KOSTENREDUKTION (Beitragssenkung!) unter gleichzeitiger STEIGERUNG DER ZUFRIEDENHEIT der versicherten Patienten zu erreichen. Integriert in dieser vermehrten Effektivität soll auch eine VERBESSERUNG der sozialen Gerechtigkeit sein. Bei diesem Modell ist zur Verwirklichung eine Abkehr von der Pflichtversicherung nicht voraussetzend.

Wesentlichste Komponenten dieses seit vier Jahren praktizierten Modells:

Motivation von Beitragzahlern und Patienten über entsprechende Ausbildung und Bonus-Effekte bei der Beitragzahlung:

1. Information potentieller Patienten in Kurs- und Vortragsform.
2. Motivation zur Absolvierung der Patienten-Fortbildung und zu gesundheitsbewußtem Verhalten (Nichtraucher, Eßverhalten) durch Gewährung von Rabatten bei der Beitragzahlung. Als Ergänzungseffekt kommt sowohl dem Patient als auch der Allgemeinheit ein weiterer SPAREFFEKT zugute, indem bei entsprechender Vorbildung die zu bezahlende individuelle Beratungszeit des Arztes und damit die Kosten geringer ausfallen. Die Kostenmitbeteiligung (Patient) steuert. Kein zusätzlicher Selbstbehalt, sondern die Beitragzahlung wird gesenkt und in eine Vorzahlung (=Grundbeitrag) sowie eine vom SELBSTVERANTWORTUNGSBEWÜBTSEIN des einzelnen Menschen abhängige und nach sozialen Kriterien prozentuell gestaltete, geringere Direkt-Kostenmitbeteiligung geteilt. Die Kosten für Arbeitnehmer und Arbeitgeber sinken. Die Krankenversicherungen, welche ja schon jetzt über die Einkommensdaten der Versicherten verfügen, stellen nach finanzo-sozialen Regeln die Grundleistungen und Direktleistungen fest. Sie regeln auch Härtefälle (chron. Krankheit, aufwendige Fälle) Aufgrund der Zeitleistungshonorierung werden die Ärztehonorare transparenter und leichter abrechenbar (bisher mühselige Arbeit der Kassen!).

3. Um die Verwirklichung dieses Systems praktisch zu gewährleisten, ist es notwendig auf Ärzteseite stärker die aufgewendete Servicezeit (Beratung, Aufklärung, Motivation, Kurse für Patienten) und unabhängiger als bisher von der Form der Therapie zu

honorieren. Der Arzt soll also weniger von finanziellen Überlegungen gelenkt seine Therapievorschläge wählen. Bisher wurden die Kassenverträge so gestaltet, daß der Arzt aus ökonomischen Gründen DIE Leistungen am Patienten erbringen mußte, welche auch sein wirtschaftliches Überleben sicherten. Diese waren aber nicht immer gleichzeitig gesundheitlich effektiv oder brachten dem Patienten Nebenwirkungen. Zuviele Medikamente wurden verordnet da keine finanzielle Motivation zu ausgedehnterer Beratung besteht.

4. Vermehrte TRANSPARENZ, die Möglichkeit DIREKTER KONTROLLE (finanziell, im vermehrten Gespräch, sowie durch kritische Patienten-Vorbildung im Gesundheitsbereich) des jeweiligen Arztes durch seinen Patienten, läßt eine Teamarbeit entstehen. Hier kommt also das bereits oben genannte Recht des PATIENTEN AUF SUBJEKTIVE QUALITÄTSKÖNTROLLE realistisch zum Tragen. De facto ist es neben der wissenschaftlichen Qualitätskontrolle und der zu verbessernden praktischen Ausbildungsqualität, sowie der noch zu stärkenden moralischen Verantwortlichkeit des Arztes eine ganz direkte und der Komplexivität des Menschseins am nächsten liegende, individuelle Kontrolle des Partners Therapeut. Der finanzielle Ausschluß sogenannter GANZHEITLICHER THERAPIEMETHODEN von den Leistungen der sozialen Krankenversicherer (mangels Präsenz in den Kassenleistungskatalogen!) fällt damit weg. Damit werden auch sogenannte Alternativtherapien den finanziell schwachen Schichten zugänglich. Dies ohne finanzielle Mehrbelastung, weil der Arzt ja nicht mehr durch möglichst viele Einzelleistungen sein Geld verdient, sondern hauptsächlich durch seinen persönlichen Service und seinen Therapieerfolg am Patienten (und dessen Mitarbeit!).

Herzlichen Dank für Ihr Interesse, in Erwartung Ihrer Anfragen!

Piesendorf, 12. 09. 93

für die PPI:

Dr. Josef A. Egger





**BUNDESMINISTERIUM
für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz**

A-1031 Wien, Radetzkystraße 2
Telefon: 0222/711 72
Teletex: 322 15 64 BMGSK
DVR: 0649856

GZ 21.645/7-II/A/5/93

**Sachbearbeiter:
FÜSZN
Klappe/DW: 4885**

An die
Pinzgauer Patienteninitiative
z. Hdn. Herrn Dr. EGGER

5721 Piesendorf 35

Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz
übermittelt den Entwurf einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zur
Sicherstellung der Patientenrechte in Österreich (österreichische
Patientencharta) samt Erläuterungen, mit dem Ersuchen, hiezu bis
längstens

17. September 1993

eine Stellungnahme abzugeben. Sollte bis zu diesem Zeitpunkt keine
Stellungnahme eingelangt sein, wird angenommen, daß gegen den Ent-
wurf keine Bedenken bestehen.

Weiters wird gebeten, eine allfällige Stellungnahme auch in 25-
facher Ausfertigung dem Präsidium des Nationalrates zuzuleiten und
das Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz
davon in Kenntnis zu setzen.

9. Juli 1993
Für den Bundesminister
MICHTNER

Für die Richtigkeit
der Ausfertigung:

*Informationsdienst für Ärzte und Apotheker
Neutral, unabhängig und anzeigenfrei*

*jetzt mit Handels-
namen der Medikamente in
Österreich und der Schweiz*

arznei-telegramm

FAKten UND VERGLEICHE FÜR DIE RATIONALE THERAPIE

Juli 1993

7/93

Post fürs „a-t“

Waren-
zeichen in
Österreich
und Schweiz
(Beispiele)

FSME-Impf-
stoff:
FSME-IMMUN
(A, CH)

Prolintan:
in KATOVIT
(CH)

ALPENLÄNDER: WELCHE GEFAHREN BIRGT DIE FSME-IMPFUNG (FSME-IMMUN U.A.)?

Die Informationen zu Nutzen und Risiken der FSME-Impfung (FSME-IMMUN u.a.) sind in Österreich dürrig. So fehlt in einem aktuellen Bericht in der Tiroler Tageszeitung der Hinweis, daß es im Bergland oberhalb von 1.000 m keine FSME-Viren gibt, selbst in Endemiegebieten nur 0,1% der Zecken mit dem Virus infiziert sind und daß die medizinische Bedeutung der etwa 500- bis 1000mal häufiger als FSME vorkommenden Borreliose meist verkannt wird. Risiken der Impfung bleiben unerwähnt. Im Austria Codex findet sich lediglich der Hinweis „gelegentlich leichte lokale Reaktionen“.

Aus Deutschland kommen Berichte über neurologische Krankheitsbilder nach FSME-Impfung (vgl. a-t 6 [1991], 50, 9 [1991], 83). Spontanmeldungen aus der Schweiz (Schweizerische Arzneimittel-Nebenwirkungszentrale [SANZ]) einschließlich des Berichtes einer Polyradikulomyelitis lassen auf eine Häufigkeit neurologischer Nebenwirkungen von 1:23.000 bzw. bei Annahme einer Dunkelziffer von nur 10% gemeldeter Zwischenfälle von 1:2.300 schließen. Die Schweizer Autoren folgern, „die Indikation zur Immunprophylaxe muß weiterhin auf die bekannten FSME-Risikopersonen, d. h. beruflich Exponierte in Endemiegebieten, beschränkt bleiben“ (S. GOERRE et al.: Schweiz. Med. Wschr. 123 [1993], 654). Ähnlich zurückhaltend sieht die Deutsche Arzneimittelkommission in Köln die Indikation der FSME-Impfung (vgl. a-t 5 [1993], 49).

Zwei Drittel aller Österreicher sollen inzwischen geimpft sein. Also sind mindestens fünf Millionen Impfungen in Österreich durchgeführt worden. Laut Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz (vom 8. Juni 1993) sind im Zeitraum 1982 bis 1993 (11 Jahre) 19 neurologische Nebenwirkungen spontan gemeldet worden. Dies würde einer (spontan gemeldeten) Nebenwirkungsrate von 1:250.000 entsprechen. Im 1993 erschienenen Buch „Impfreaktionen“ wird allein die Häufigkeit der Impfkomplikation „meningitische Beschwerden“ mit etwa 1:1.000 angegeben.

Der Schluß ist erlaubt, daß in Österreich nicht etwa die Nebenwirkungshäufigkeit, sondern die spontane Meldungsrate von Nebenwirkungen im Verhältnis zur Schweiz und Deutschland ca. zehnmal niedriger liegt. Das Verhalten des österreichischen Herstellers in bezug auf die Aufklärung von Ärzten und Patienten bezüglich möglicher Nebenwirkungen in Österreich ist skandalös und möglicherweise sogar strafrechtlich relevant.

Univ. Prof. Dr. med. H. GLOSSMANN (Klin. Pharmakologie)
Institut für Biochemische Pharmakologie
A-6020 Innsbruck

Naturherde virusinfizierter Zecken sind in der Schweiz in erster Linie das Berner Seeland, das Zürcher Unterland und die Gegend um Landquart-Seewies. Auch ein „Großteil der Österreicher lebt nicht in einem Endemiegebiet“ (Gesundheitsminister AUSSERWINKLER). Der FSME-Anbieter Immuno erklärt hingegen „ganz Österreich“ zum Endemiegebiet und schürt Ängste vor den Folgen eines Zeckenbisses. Kritiker wie GLOSSMANN tun der Immuno-Vorstand EIBL als „G'schaftelhuber“ ab. Ein Statistiker, der die vom Erfinder des Impfstoffes FSME-IMMUN KUNZ publizierten FSME-Daten in Frage stellt, wird ignoriert: EIBL redet nicht „mit jedem Wurscht!“ (Profil 25/1993, S. 38). KUNZ ist übrigens nicht nur mit Tantieren am Impfstoff beteiligt, sondern auch Mitglied des obersten Sanitätsrates, der Impfempfehlungen herausgibt (vgl. a-t 9 [1991], 79). Der Zielkonflikt liegt offen.

Unserem NETZWERK DER GEGENSEITIGEN INFORMATION gingen innerhalb von sechs Jahren 115 Berichte über Zwischenfälle in Verbindung mit FSME-Impfstoffen zu. Überwiegend handelt es sich um ZNS-Störwirkungen; darunter Kopfschmerzen (30%), zerebrale Krampfanfälle (12%), Asthenie (10%), Parästhesien (8%), Paresen (7%), Encephalitis (6%), Meningismus (4%), Meningitis (3%) sowie Depression, Myelitis, Polyneuritis, Reflexabschwächung, Verwirrtheitszustand u.a. Im Bereich der Sinnesorgane werden Doppelzehen und Schwindel (je 4%), Sehstörungen und Augenmuskellähmung (je 3%) sowie Taubheit, Störung des Geruchssinns und Lichtscheu beschrieben. 134% der gemeldeten Zwischenfälle gehen mit Fieber einher, 11% mit Übelkeit und Erbrechen, 7% mit Glieder- und 5% mit Nackenschmerzen. Ein Allgemeinmediziner aus dem Stuttgarter Raum findet bei mehreren Patienten trotz dreifacher Grundimmunisierung keine für einen Impfschutz ausreichenden Titre. Die Kontrolluntersuchung in einem anderen Labor bestätigt die fehlende Immunisierung (Bericht 4882). – Red.

IMMER WIEDER: MISSBRAUCH VON KATOVIT

In letzter Zeit werden gehäuft Patienten mit Abhängigkeitssymptomen nach der Einnahme von KATOVIT N Dragees in eine von uns versorgte psychiatrische Klinik eingeliefert. Nach der Entlassung dieser Patienten besteht die Möglichkeit, uneingeschränkt KATOVIT N Dragees zu kaufen und damit erneut Abhängigkeitssymptome zu entwickeln.

Wir selbst machen zunehmend in unserer Apotheke die Beobachtung, daß von Jugendlichen Katovit Dragees (meist gleich 50 Stück) kaufläufig erworben werden. Es wäre wünschenswert, dieses Präparat schnellstens unter die Verschreibungspflicht zu stellen, um zunehmendem Mißbrauch vorzubeugen.

S. KORDMANN (Apothekerin)
moltke-apotheke
W-4830 Gütersloh 1

Wir halten Prolintan (KATOVIT N) für ein entbehrliches Stimulans. Vor 20 Jahren berichteten wir erstmals über mißbräuchliche Verwendung des auch heute noch nicht verschreibungspflichtigen Mittels durch Jugendliche (a-t 9 [1972], 38). Chemisch dem Dextroamphetamine nahestehend wirkt Prolintan stärker stimulierend als Koffein. Indikationsangaben wie „Erschöpfungszustände“ und „Leistungsminderung“ mögen die Fehlanwendung begünstigen (vgl. Arzneimittelkursbuch '92/93, Seite 398). Intravenöser Mißbrauch kommt vor.

Für unser NETZWERK DER GEGENSEITIGEN INFORMATION erhielten wir bislang neue Berichte über Mißbrauch bzw. Abhängigkeit von KATOVIT. Zwei Patienten mit schizoaffektiver Psychose und Borderline-Psychose reagierten auf mißbräuchliche KATOVIT-Einnahme mit bis zu drei Tagen anhalrenden psychotähnlichen Erscheinungszuständen, Eigengefährdung, Tachykardien

Der Doktor und die Patienteninitiative
Pinzgauer Welt



Dr. Josef Anton Egger
 Familienarzt
 5721 Piesendorf 35
 06549/7442-0 Fax 7192
 Referent

Veranstalter: PINZGAUER
 PATIENTENINITIATIVE
 5721 Piesendorf 401
 Obm. Josef Scheiflinger
 Tel. 06549 7617

VORTRAGSTHEMEN

1. ANTIBIOTIKA + ABWEHRSCHWÄCHE (Nutzen und Schaden)
2. HILFLOSE KINDER (Verantwortlichkeit der Eltern für die Gesundheit ihrer Kinder. Arznei-Ernährung-Umwelt)
3. KRANKHEIT DURCH MEDIKAMENTE (Nebenwirkungen-fahrlässige Anwendg.)
4. ARZT ALS PARTNER (Vorteile einer Ganzheitsmedizin)
5. KIND UND KRANKHEITEN (kritische medizin.Betreuung-Zusammenarbeit mit den Eltern)
6. CORTISON - Das zweiseitige Schwert! (Nutzen und Schaden)
7. DEPRESSION und SUCHTRISIKO (die Mittel)
8. STERBEN IN WÜRDE (Sterbebegleitung, Heimpflege, Menschlichkeit Familie, Religion)
9. "ENDLÖSUNG" (Hospitalismus- die Gefahr im Spital)
10. KIND IM SPITAL (wie können Eltern helfen?)
11. PATIENTENRECHTE (was steht uns rechtlich und menschlich zu? - wie erreichen wir unser Recht?)
12. IMPFUNGEN (wichtige-weniger wichtige-unwichtige)
13. HOMÖOPATHIE (einfache Darstellung-wann anzuwenden und wie)
14. Das ZEITMODELL (Vorteil für Patienten)
15. Der ARZT IM HAUSE (Was kann man selbst verantworten - wann muß der Arzt gerufen werden, Anwendung von Hausmitteln)
16. SCHWANGERSCHAFT- WIE BEKOMME ICH EIN GESUNDES KIND (Ernährung-Medikamente-Vermeidung von Entwicklungsschäden-Arbeit-Seele)
17. DIE GUTEN BAUERN (Wert einer guten landwirtschaftlichen Produktionsqualität f.d.Gesundheit, v.d.Almbutter-"Schottnockn")
18. Was ist STRESS? (Streßfaktoren-Hektik-Ernährung-Schadstoffe-Lärm-Schachtelprobleme-Individualismus-Frustration...)

Themen können auch auf Wunsch bestellt werden.

Zu den Themen werden auch Seminare geboten. Die Teilnehmerzahl hängt dabei von der Thematik ab.



Mit freundlichen Grüßen J.A.Egger

Konzept für Erläuterungen zum Zeitmodell

- * Vorbemerkungen: bisheriges System (Nachteile, wer profitiert?)
- * Vorstellung des Pinzgauer-Modells: als Diskussionsbasis
- * Forderungen und Vorteile des Zeitmodells:

Für die Patienten:

- * Einbindung der Patientenrechte
- * Mitspracherecht
- * Ganzheitliche Versorgung
- * Steuerungsmöglichkeit durch Kostentransparenz
- * Mehr Vorsorgemöglichkeit
- * Umerziehung zum mündigen und selbstverantwortlichen Patienten
- * Bonus (kein Malus) + sozial gestaffelte Kostenbeteiligung
- * Duales Versorgungssystem - keine Wartezeiten
- * Steuerung des Qualitätsstandards
- * Jederzeit Arztwechsel möglich

Für die Ärzte:

- * Arbeitserleichterung
- * Motivation durch Leistungsprinzip
- * Vermehrte Arbeitsfreiheit
- * Individuelle Behandlungsmethoden
- * Kunsthandwerk statt Massenarbeit

Für die Allgemeinheit:

- * Eindämmung der Folgekosten
- * Zwang zur Wirtschaftlichkeit
- * Gerechtes Sozialprinzip
- * Qualitätssicherung
- * Sicherung des Wirtschaftswachstums (EG-Vorteil)
- * Sicherung der Leistungsfähigkeit

- * Hindernisse bei Umsetzung in größerem Rahmen (Pilotprojekt) Praxis bis jetzt? Wer? Warum? - Dagegen!
- * Beteiligte bei der Konzepterstellung: GESUNDHEITSALLIANZ
- * Europaweite vergleichende Diskussion wünschenswert!

Zur Darstellung kommt ein neues Konzept der medizinischen Betreuung. Dieses wird bereits in der Praxis erprobt. Die sinnvolle Kombination von Arzt- und Patientenbedürfnissen stellt die Basis für weitere Diskussionen. Besonders gewichtet werden die Punkte:

- * Patientenrechte - Mitsprache - Mitverantwortung
- * Arbeitsfreiheit - Qualität durch motivierendes
- * Leistungsprinzip
- * Sicherung einer individuellen ganzheitlichen Betreuung durch den Zeitfaktor
- * Wirtschaftlichkeit
- * Kostentransparenz
- * Humanes Sozialsystem

"Arzt und Patient als Partner"

Historisches:

Vor einigen Jahrzehnten noch waren ärztliche Leistungen für arme Menschen kaum erschwinglich. Daher trat man an die Ärzteschaft mit der Bitte heran, soziale Fälle mit Tarifen unterhalb der Kostendeckung zu behandeln. Bei Einführung der Krankenkassenpflicht-Versicherung wurden als Grundlage der Honorarverträge diese Niedrigtarife und Behandlungspauschalen genommen.

Zur Zeit bekommt hierorts z.B. ein Allgemeinarzt öS 207,- für die Summe aller Arztbesuche eines Patienten im Jahresquartal, zuzüglich spezieller Einzelleistungen, wie Infusionen, Visiten, EKG, Injektionen,... deren Summen aber begrenzt sind.

Da die damalige Zeit wirtschaftlich unsicher war, zeigten sich die Ärzte mit dieser Regelung einverstanden. Der Ausstattungsaufwand für Ordinationen war damals niedrig, die Ansprüche der Patienten waren eher bescheiden und hatten durchwegs Notfallcharakter. Immerhin bescherten diese "Privatverträge" den Ärzten doch ein regelmäßiges Einkommen!

Derzeitiges System:

Die Ärzte müssen Krankenscheine "sammeln"! Mit diesen Verträgen avancieren sie vom freien Ärztestand zu Angestellten eines undurchsichtigen Systems, welches sich qualitätsmindernd auf die Patientenbetreuung niederschlägt. Auch die soziale Komponente existiert nur mehr scheinbar:

Nur solche Patienten, die es sich leisten können, finden umfassendere Hilfe bei Privatärzten oder Heilpraktikern, wo ihnen mehr Zeit und individuellere Methoden zuteil werden. Die Kassenbeiträge in der derzeitigen Form sind also nicht mehr imstande, eine effektive und moderne Krankenbetreuung zu sichern! Es ist nur eine 0-8-15 Medizin möglich. Die Gestaltung des ausgehandelten Honorarkataloges lässt den Ärzten wenig Freiraum in der Behandlungsart:

Möglichst wenig Zeit für den Einzelnen, schnelle Rezepte - viel Medikamente als Ersatz für mangelnde Zuwendung, keine Zeit für Gespräche über Gesundheitsvorsorge, Aufklärung über Befunde, Diagnosen, Therapien Medikamenten-Nebenwirkungen. Daraus resultierend:

Beispiel - Infolge des Vertrauensverlustes werden Arzneien selbständig abgesetzt. Die Aktualisierung der Vertragspositionen hinkt zeitlich nach, sodaß nicht einmal die Palette der neueren universitären Medizin den Patienten zugute kommen kann. Die Lust an diesen vielen unbezahlten Fleißaufgaben vergeht dem Jungarzt spätestens nach einigen Jahren. Dauerbelastung (Tag- und Nacht- sowie Wochenend-Dienste), unvermeidbare Schlampigkeitsfehler, Unterlassungen und zunehmende Frustration wegen ständigen Zeitmangels und Eintönigkeit therapeutisch möglicher Arbeiten, führen letztlich zu hohen Kosten im Gesundheitswesen. Zum Leidwesen vieler engagierter Ärzte und deren Patienten wird dieses Pauschal- bzw. Einzelleistungs-System durch eine Minderheit systemkonformer Mediziner verteidigt.

Diese verstehen es, eine Lobby in wesentlichen Positionen der Ärztekammer als Bollwerk zu installieren und dem System durch zusätzliche Beschäftigung (Schul-Betriebs-Gemeinde-Versicherungs-Arzt etc.) zumindest wesentliche finanzielle Befriedigung abzugewinnen! Manche erreichen eine Umsatzverdoppelung durch das gestattete Führen einer Hausapotheke und merken erst spät, daß sie durch den Umstand, gleichzeitig Verordnung und Handel zu betreiben, zunehmend das Mißtrauen ihrer Patienten ernten. Nur wer sich mit diesem System gut arrangieren kann, profitiert finanziell - zum Leidwesen der Patienten und der eher bestraften fleißigen Ärzte.

Die Engagierten nehmen sich lieber für ihre Patienten Zeit, als sich um die Vorgänge in ihrer Standesvertretung konkret zu kümmern. Einige haben auch die Zusammenhänge noch nicht erfaßt! So bleibt alles beim Alten! Laborleistungen, EKG, Infusionen und andere lukrative Einzelleistungen werden vermehrt verrechnet, um anderorts entstehende Defizi-

te oder erforderliche unbezahlte Leistungen am Patienten (Beratungen, Ursachensuche) abdecken zu können. Für manche Positionen sind die Einzelleistungstarife dermaßen (sittenwidrig) niedrig angesetzt, daß diese bei korrekter Honorarabrechnung von den Ärzten nicht mehr seriös erbracht werden können.

So zahlt die Kasse in Salzburg z.B. für einen individuellen schriftlichen Ernährungsplan des Arztes bei besonderen Krankheiten zur Zeit öS 68,- Bei ordentlicher Arbeitsausführung müssen jedoch 30 bis 60 Minuten veranschlagt werden. Die vertragskonforme Abrechnung wird also wesentlich erschwert und würde wohl für patientenorientierte und überkorrekte Ärzte den finanziellen Ruin bedeuten. Diese Verträge sind als gesetzeswidrig zu betrachten, die in ihrer Form dazu führen, daß sich Patienten und Ärzte kriminalisieren!

Droht beim durchschnittlichen Hausarzt die Behandlung zeitlich aufwendig zu werden (mehr Hausbesuche, längere Gespräche, zeitaufwendigere Therapiemethoden,...), so wird oft ohne ausreichend akuten medizinischen Grund zum Facharzt oder in Krankenhaus überwiesen. Die so entstehenden Folgekosten sind enorm! Müssen doch, abgesehen vom volkswirtschaftlichen Schaden, durch ein mehr an Arbeitsausfall, die sehr hohen Spitalskosten für Bagatellfälle voll bezahlt werden - nämlich aus Steuergeldern! Der Hausarzt verdient also nur gut, wenn er möglichst viele "Schein-Patienten" mit geringstmöglichen Zeitaufwand betreut. Für eine oberflächliche, rein symptomatische Behandlung im Sinne eines Notsystems der schwierigen Nachkriegszeit reichte diese Form der Praxisführung aus. Für eine Zeit gestiegener Ansprüche und Aufbruch zu Patientenrechten, stehen die hohen Kassenbeiträge und Steuergelder in keiner Relation zu dieser "Medizin im Vorbeigehen", welche im Endeffekt resultiert.

Krankenkassen- und Steuergelder werden betriebswirtschaftlich fahrlässig verwaltet, indem sie unter Qualitätsminderung fehlgeleitet werden. Die hohen Kosten technischer Investitionen und des Betriebes werden im Krankenhaus ohne Zwang zur Wirtschaftlichkeit bezahlt:

Je mehr Schulden das Krankenhaus macht, desto höher die Subvention zur Abdeckung (Belohnungseffekt). Bei den Hausärzten, wo Krankheiten frühzeitig erkannt und durch den guten persönlichen Kontakt individuell behandelt werden könnten, verhindern dies einschränkende Verträge.

Die Honorarsteigerungen an sich halten zwar mit dem Normalverbraucher-Index mit, nicht

jedoch mit den enormen Kostensteigerungen für medizinische Investitionen, Methoden und den gesteigerten Ansprüchen der Patienten. Der ärztliche Idealismus wird durch Scheinesammel-Druck sowie Anwendung der unglücklich gestalteten Einzelleistungs-Tarife abgewürgt:

vielfach entwickeln sie sogar Aggressionen gegen ihre Patienten - nach einigen Arztbesuchen - haben doch diese die Kassenpauschale bereits beim ersten Kontakt aufgebraucht! **Aus finanzieller Sicht ist der Patient ideal, welcher seinen Quartals-Schein abgibt und dann keine Leistung mehr vom Arzt benötigt!**

Zusätzlich erschwerend kommt hinzu, daß die Krankenkassen die Aufgabe der Sicherung der Betreuungsqualität für ihre Beitragszahler kaum wahrnehmen. Ihre einzige Sorge scheint die kurzsichtige Kostenminimierung bei den niedergelassenen Ärzten um jeden Preis zu sein. Dabei wird wohl auch ein Mangel an qualifiziertem Personal mitspielen, welches rechnerisch imstande wäre, eine langfristige Senkung der Folgekosten (Krankenhaus, Rehabilitation, Medikamente, Krankenstand,...) durch Systemänderung vorauszusehen.

Um das "Gehalt" der Ärzte einzugrenzen, führen die Krankenkassen mit Zustimmung der Ärztevertreter Zahlungslimits ein, wenn die Zahl verrechneter lukrativer Einzelleistungen stärker zu steigen droht. Mit medizinischen Erfordernissen haben diese Limitierungen wenig zu tun. Auch bei medizinischer Dringlichkeit haben Ärzte daher nicht sehr viel Motivation, solche limitierten Leistungen unbezahlt auf Dauer zu erbringen.

Zudem wird gelegentlich berichtet, daß die Kassa bei Abrechnung auch Streichungen ohne Wissen des betreffenden Arztes vornehmen soll. Ein Schlagwort ist " das Maß des medizinisch Notwendigen dürfe nicht überschritten werden "

Dabei ist vom medizinischen Durchschnittsstandard die Rede, der eher einer Minimalbetreuung, als einer modernen Therapie entspricht. Die Entwicklung hinkt oft jahrelang nach. Schulmedizinisch neue Diagnosemethoden sind dabei genauso betroffen, wie alternative Methoden (z.B. Homöopathie). Bei Verteuerungsgefahr beruft man sich auch oft darauf, daß die betreffende Methode wissenschaftlich nicht anerkannt sei.

Zuständiges Gremium für derartige Auskünfte ist üblicherweise der oberste Sanitätsrat, welcher derzeit noch aufgrund seiner konservativen Richtlinien Schwierigkeiten hat, den Zugang zu neuen medizin-philosophischen Gedanken zu finden. Dies, obwohl eine ganzheitliche Betreuungsform für die geänder-

ten Lebensbedingungen dringend erforderlich wäre.

Die Krankenkassen sind aber nicht konsequent:

in Salzburg wird zwar der Zeitaufwand des Arztes für eine homöopathische Behandlung nicht bezahlt, wohl aber homöopathische Arzneien beim Chefarzt. Obwohl sie wissenschaftlich noch immer nicht anerkannt sind. Waren vor einigen Jahren die Masse der anlaufenden Betreuungsfälle noch vorwiegend infektiöser und unfallsbedingter Natur, welche durch rasche Medikamentengabe und Notfallmaßnahmen schnell gebessert werden konnten - so finden wir heute durch die höhere Lebenserwartung viele ältere Menschen mit chronischen Leiden. Krankheitsbilder nehmen zu, die vermehrt gesellschaftliche Ursachen (**Umwelt-Freizeit-Arbeitsstreß,...**) haben oder durch Fehlernährung ausgelöst werden. All diese Patienten verlangen nach individueller, ganzheitlicher Betreuung und die ist vor allem zeitaufwendiger.

Diesem Problem der Discount-Tarifpolitik und vollem Wartezimmer mit "Medizin im Vorbeigehen" begegnet die Ärztekammer im Weg des geringsten Widerstandes: gegen die Bedürfnisse ihrer Kunden (Patienten) und der nachdrängenden Jungärzte. Sie hält die Vertragsstellen knapp, um einigen Schwächen ihrer Mitglieder das scheinbare Gefühl einer konkurrenzlosen Existenz zu vermitteln. Gleich restriktiv handelt auch die Krankenkasse als selbsternannte Patientenvertretung und bezieht umso mehr Mengenrabatt bei ihren Pauschalsummen, je weniger Ärztestellen besetzt werden:

bei über 1.000 gesammelten Scheinen erhält der Arzt nur mehr öS 50,- für eine 3-monatige Arztbetreuung - er muß daher noch stärker abfertigen, um auf seine Kosten zu kommen! Durch die geschilderte Politik dieser beiden Institutionen unter anderem mußte sich also eine sehr oberflächliche und ineffiziente Betreuungsform entwickeln, welche zunehmend kontraproduktiv wird. Gewerkschaften, Arbeiter- und Handelskammern etc. haben ihre Vertreter in den Krankenkassen und sind somit ebenso verantwortlich.

Der einzige gefährdende Faktor für dieses System wären Patienten oder Ärzte. Neueren Erkenntnissen folgend, wird aber der "unheiligen Allianz" (Krankenkassen und Ärztekammern) ein leichtes Regieren durch diese kriminalisierende Vertragsgestaltung ermöglicht. Unbequem kritische Ärzte, welche sich für ihre Patienten zur Wehr setzen, können jederzeit kassenärztlich überprüft werden. Es ist dabei kaum zu übergehen, daß irgendwel-

che Unkorrektheiten gefunden werden. Mithin ist das einer der Gründe, warum sich einzelne Vertragsärzte nicht massiv gegen die Politik ihrer Kammer zur Wehr setzen. Die Basis der Ärzteschaft wird als Träger dieses Systems zwangsweise fixiert und hält still, aufgrund ihres Selbsterhaltungstriebes. Hilflos auf der Strecke blieb bisher der Patient, der obwohl Zahler dieses Systems, die vorgesetzten Umstände ohne Mitspracherecht hinnehmen mußte. ER könnte sich aber in Form von **-Patienteninitiativen** zum entscheidenden Faktor einer wirklichen Reform entwickeln!

Unter den vorhin genannten Institutionen gibt es freilich auch Personen mit guten Reformansätzen. Dennoch sind die Behäbigkeiten und Ängste vor Machtverlusten stark ausgeprägt. Die einzige Kraft, die Bewegung in die erstarrten Strukturen bringen kann, ist der Druck der öffentlichen Meinung. Um das zu erreichen, muß man schonungslos über die Zusammenhänge aufklären!

"Dein Arzt hat Zeit für Dich" **Das Pinzgauer Modell**

Insbesondere die Hausärzte (= Familienärzte) stellen die zentrale Rolle in der medizinischen Versorgung dar! Beim bisherigen Pauschal- bzw. Einzelleistungs-System werden vorwiegend technische Verrichtungen in begrenztem Umfang abgegolten. Es sind vor allem die wesentlichen Patientenkontakte und -Gespräche, die zu wenig berücksichtigt werden.

Dazu gehören:

Patientenbefragungen, Diagnosefindung, Befunderklärungen, Telefonate mit kontaktierten Ärzten und Krankenanstalten, Erstellen von individuellen Therapieplänen, zeitaufwendigere, sogenannte alternative Behandlungen, Vorsorge- und Ernährungsberatungen, ständige Motivation bei Krisen im Krankheitsverlauf.

Verbesserte Aufklärung über:

Diagnose, beabsichtigte Therapie, zielführende Beratung über Medikamentenwirkung und -Nebenwirkungen, Ursachenfindung (Infektionen, diverse Stressfaktoren,...).

Besprechung psychosozialer Zusammenhänge, gesamter bürokratischer Arbeitsaufwand, Vorsorge- und Aufklärungsarbeit, Gesundheitserziehung und vieles mehr.

Der Versuch, diese Fülle von erforderlichen Leistungen nur durch erhöhte Pauschalsummen den Beitragzahlern zu garantieren, mißlingt. Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, daß Ärzte den zunehmenden Anforderungen ihrer Patienten mit unzureichender

persönlicher Zuwendung begegnen, da diese nicht ausdrücklich bezahlt wird.

Je mehr Patienten, desto weniger Zeit für den Einzelnen! In allen Ländern ruft man derzeit die künftigen Patientenrechte aus:

Mitsprache und Mitverantwortung, vor allem das Recht auf ausreichende Information und Beratung sowie auf freie Arztwahl, kann der Kranke nur durch bessere Eigenkontrolle als bisher erreichen. Da der Patient im Krankheitsfalle generell ein eher vermindertes Durchsetzungsvermögen aufweist und zudem nicht beurteilen kann, welche ärztlichen Informationen und Tätigkeiten bedeutsam für seine Gesundung sind, ist er auf diesbezügliche Beratungs-Motivation seines Arztes angewiesen.

Dieser wird die zeitaufwendigen Leistungen auf Dauer nur erbringen, wenn er dafür leistungsgerecht honoriert wird. Der Patient als Kunde kann seinerseits nur solche Arbeiten des Arztes kontrollieren, welche einfach überschaubar sind!

Hier bietet sich also von zwei Seiten die im **Patient-Arzt-Kontakt** aufgewandte ZEIT-Dauer als Basishonorar an. Um den Arzt nicht nur zu effektiven, sondern auch möglichst zügigen Betreuung zu motivieren, werden die Tarife regressiv gestaffelt:

das bedeutet, der Arzt wird zwar für jeden Zeitaufwand bezahlt, bekommt aber schrittweise verminderte Abgeltung, je länger seine einzelne Zeitleistungen für die Patienten betragen. Auf diese Weise werden also auch besondere fachliche Qualifikationen der Ärzte (Fähigkeit schneller Diagnosefindung, kurze aber effektive Patientenbetreuung,...) aber auch eine gute Organisation der bürokratischen Arbeiten gewürdigt.

Folgende Punkte müssen für den Patienten gesichert werden:

1. Technische Entwicklungen (EKG, Ultraschall,...)
2. Verwendung guter Materialien (Nahtmaterial, Verbände,...)
3. Qualitative Anwendung von Sonderausbildungen(Akupunktur, Homöopathie, Psychotherapie,...)

Man muß also zu den Zeit-Einzelheiten noch die erbrachten Sachleistungen hinzurechnen. Diese jedoch nur in Höhe der jeweiligen durchschnittlichen Amortisationskosten der Geräte bzw. des Ausbildungsaufwandes. Das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt wird also verbessert, indem beide ohne besondere Beeinflussung durch finanzielle Überlegungen die Therapie, gemeinsam den individuellen Gegebenheiten entsprechend wählen können.

Bei Hausbesuchen wird die gesamte ZEIT (Fahrzeit + Behandlungsdauer) als Leistung berechnet. Der Patient bestätigt jedesmal die Zeitleistung und fallweise die zusätzliche Sachleistung durch seine Unterschrift. Die Quittungen über einen bestimmten Aufbewahrungszeitraum (für eventuelle Kontrollen) verbleiben beim Arzt.

Lediglich eine EDV-Auflistung ergeht an die Versicherungen, welche mit dem Arzt direkt verrechnen. Der Patient kontrolliert also den Arzt **selbst durch Unterschrift**, wobei die Tarife und Sachleistungen bzw. Praxisbedingungen verpflichtend im Warterraum aufliegen müssen. Zusätzlich bekommt der Patient kurzfristig von seiner Versicherung anhand der ärztlichen Rechnungserstellung eine verständliche Kopie dieser und beteiligt sich an den Kosten im jeweils zumutbaren Ausmaß. Diese Selbstbehalte werden sozial gestaffelt:

je geringer das Einkommen, desto geringer die Beisteuerung. Sozial Schwache oder chronisch Kranke werden befreit. Der bisherige Aufwand des chefärztlichen Dienstes der Krankenkassen wird also auf diese bestimmten Fälle reduziert. Im Ausgleich für die Kostenmitbeteiligung sollen aber die Sozialbeiträge der Arbeitnehmer niedrig gehalten werden. Die prozentuellen Anteile der Kostenbeteiligungen können durch private Versicherungen abgedeckt werden.

Es wäre also in Zukunft die Hauptaufgabe der Krankenkassen, die Kostenbeteiligungen nach **sozialen Erfordernissen** gerecht zu verteilen. Nach dem Motto:
Auch der Arme oder chronisch Kranke MUSS eine gute Behandlung erhalten.

" Begleit-Kriterien "

Freie Terminvereinbarung:

Nach bisherigen Erfahrungen hat sich gezeigt, daß die Termine zwischen Arzt und Patient in Übereinstimmung frei gewählt werden können. Telefonisch sind so nach einer gewissen Anlaufzeit Terminvereinbarungen ohne wesentliche Wartezeiten (max. 15 Minuten) möglich. Das System ist zeitlich so gestaltet, daß auch akute Fälle ohne Voranmeldung zwischendurch spontan betreut werden können. Die Zeitverluste können rasch wieder ausgeglichen werden.

Dual-Kontinuierliche Betreuung:

Um einerseits eine ständige Begleitung der Patienten durch Ärzte ihres Vertrauens (mit ähnlichen Therapie-Richtlinien) sicherzustellen und andererseits die Dauer-Überbelastung der Ärzte zu vermindern, sollen die

Ordinationen grundsätzlich durch zwei Ärzte betreut werden. Die Stellen werden also für max. zwei Ärzte gleichzeitig konzipiert. Das ermöglicht dann z.B., daß ein älterer Hausarzt ständig durch einen jüngeren Arzt bei der Patientenbetreuung unterstützt wird. Nach und nach übernimmt dieser in Übereinkunft die Therapien und spart sich dabei teure Investitionen und Aufbauarbeit.

Sein älterer Kollege kann mit nachlassender Leistungsfähigkeit Arbeiten abgeben. So ist für den Patienten vermehrt ein Ansprechpartner zur Verfügung. Derselbe Effekt kann natürlich auch erreicht werden, indem zwei Ärzte in geringer Entfernung nach diesem Prinzip zusammenarbeiten.

Honorarsteuerung durch vermehrten Qualitätsstandard:

Das Zeit-Einzelleistungs-Honorar, welcher der Arzt pro Betreuungseinheit erhält, wird in seiner Höhe durch verschiedene Parameter bestimmt. Es ist ein Misch-Honorar: auch die Arbeit einer geschulten Assistentin zählt zeitlich mit. Arbeiten beispielsweise zwei Assistentinnen, so wird ein reduziertes Honorar vertraglich vereinbart.

Mindest-Ausstattung:

Die Ordination muß ein genormtes Ausstattungsniveau aufweisen:
EKG, Notfall-Labor, Sauerstoff, Medikamenten - Grundausrüstung,... Raum-Mindestgröße für Behandlungen, gesprächsdichte Raumteilungen (nicht nur Paravent bei Infusionen!), entsprechende Wartezimmer-Mindestausstattung, Sicherung zur Wahrung der Privatsphäre und des Datenschutzes etc. Durch Aushangpflicht im Warteraum erhält der Patient Kontrollmöglichkeiten. Die einzelnen Kriterien befinden sich analog zur Entwicklung der Patientenrechte laufend in Erarbeitung. Sie sollen durch ein Gremium, beispielsweise bestehend aus Patienten-, Ärzten-, Versicherungs-, Gesundheitsministerium-, Wirtschaftsuniversität-, Gemeindevertreter beurteilt werden. Bei Nichterfüllung bestimmter Kriterien treten wie schon erwähnt, Reduzierungen der Honorarsätze ein.

Weitere Qualitätsstandards, welche die Betreuungsqualität bestimmen, sind derzeit durch die GESUNDHEITSALLIANZ (Dr. Rolf Jens - Wr. Hausärzteverband, Dr. J. Egger - Unabhängige Ärzte und Josef Scheiflinger - Pinzgauer Patienteninitiative) in Ausarbeitung.

Gerechtes Sozialsystem:

Hier wird sozusagen jedem Menschen, unabhängig von seinen finanziellen Gegebenheiten, der Zugang zu einer ganzheitsmedizinischen Betreuung ermöglicht, ohne Qualitätsverlust der Leistung.

Arztwechsel jederzeit möglich:

Durch eine Steigerung der Anzahl niedergelassener Ärzte bei gleichzeitigem Abbau der teuren Spitalsbetten, wirkt sich die verbesserte Konkurrenz zusätzlich qualitätssteigernd aus. Der Patient wird immer mündiger und erwartet von seinem Arzt eine individuelle Betreuung:

- * Fachliche Qualifikation
- * Menschliches Verhalten
- * Kommunikationsfähigkeit
- * Servicebereitschaft (Anwesenheit, Hausbesuche, Terminvergabe,...)

Wie auch immer:
sinkt das Qualitäts-Angebot im subjektiven Empfinden des jeweiligen Patienten unter ein erträgliches Niveau, so ist ein
Arztwechsel jederzeit möglich!

Medikamentenabgabe bei ALLEN Ärzten:

Derzeit existiert in Österreich das System der Hausapotheke. Jenen Ärzten, welche mehr als 6 km von der nächsten öffentlichen Apotheke entfernt sind, gesteht man die Führung einer Apotheke zu. Das ist einerseits für den Patienten zweifellos ein gutes Service, andererseits verdienen die Ärzte an der Menge ihrer verordneten Medikamente in Form der Handelsspanne mit.

Durchschnittlich handelt es sich um Umsatzsteigerungen von 50 - 100 %. Des Weiteren ist auch schwer einzusehen, warum z.B. einem gehbehinderten Patienten, dessen Hausarzt nur 3 oder 5 km von der nächsten Apotheke entfernt ist, zugemutet wird, das Medikament selbst zu besorgen. Um also einerseits das Vertrauen zwischen Arzt und Patient bei der Verordnung zu erleichtern und andererseits allen Patienten ein optimales Versorgungsnetz anbieten zu können, muß man das Service der **Medikamentenabgabe bei ALLEN Ärzten** anbieten. Die Handelsspanne sollte dabei beim Apotheker bleiben.

Unser Reformvorschlag: Der Arzt bekommt monatlich eine fix geregelte Pauschalsumme für seine Tätigkeit (Handling, Lagerung, Abgabearbeit), mit der Voraussetzung, daß er mindestens 75 - 80 % seiner jährlich verordneten

Arzneien selbst abgibt: Je mehr er diese Arbeit dem Apotheker überläßt, desto weniger Entgelt bekommt er. Die Finanzierung könnte z.B. über eine Krankenkassenstelle erfolgen, die über die Verordnungsdaten verfügt und die Beträge über die jeweilige Vertrags-Apotheke einhebt. Auch für die Apotheken selbst handelt es sich dabei um eine kostengünstige Finanzierungsform (diskutiert wird eine Monatspauschale in Höhe eines Angestellten-Brutto-Fixums). Jede andere Service-Verbesserung wie z.B. mehr Apothekenfilialen oder ein Heimlieferservice durch den Apotheker wäre unvergleichlich kostspieliger und würde in manchen Fällen Apotheken existentiell gefährden.

Um die Gesamtkonstruktion dieses Betreuungsmodells bei verschiedenen Ärzten, Patienten und Regionen auf weitere Erfahrungswerte und dadurch mögliche Korrekturen zu überprüfen, ist ein PILOT-PROJEKT unumgänglich. Danach könnte man schrittweise mit dem neuen Konzept beginnen.

Zeitmodell als Pilotprojekt:

Verrechnet ein Arzt im derzeitigen System beispielsweise 800 Krankscheine im 1/4-Jahr, so kann er nur einen Bruchteil dieser "Patienten" mit bedeutendem (vermehrten) Aufwand behandeln. In vielen Fällen sind es vielfach nur Medikamenten-Abholer, viele extrem kurze Arzt-Patienten-Kontakte, Scheinabgabe ohne Krankheitsgrund durch Gefälligkeit (Familien, Altersheim, Betriebe), die das Einkommen des Arztes sichern.

Nach unseren Schätzungen wäre die Anzahl der tatsächlich behandelnden Patienten gleich hoch, wie diese beim Zeitmodell. Die exakten Patientenzahlen könnten erst dann verglichen werden, wenn durch genaue Analysen alle leer verrechneten Scheine herausgefiltert werden! Auch die unsererseits errechneten Einsparungen von Folgekosten (z.B. weniger teure Medikamente, Untersuchungen und Krankenhausaufenthalte,...) könnten durch ein PILOTPROJEKT und transparente Kostenvergleiche überprüft werden. Derzeit scheint festzustehen, daß durch bessere Lenkung der Gesundheitsausgaben bei gleichen Aufwendungen wesentlich mehr Qualität geboten werden kann. Fest steht auch, das **Patientenrechte und -Mitverantwortung** im bisherigen System praktisch nicht angewandt werden können!

Hindernisse bei konkreten Reformen:

Abgesehen von den eingangs schon erwähnten Systemblockern, welche eine kleine aber

mächtige Lobby in der Ärzteschaft bilden und durchwegs die "Spezialisten" unter den Scheinessammlern repräsentieren, existieren noch weitere "Reformunwillige": auch im Bereich der Krankenkassen werden viele Argumente gefunden, um konkrete Schritte hinauszuzögern. Mit bloßen Lippenbekenntnissen versucht man hinzuhalten, wo es nur irgendwie möglich ist. Obwohl die Unzufriedenheit mit dem derzeitigen System erkannt wurde, scheinen dort die Bedürfnisse der Patienten selbst eine untergeordnete Rolle zu spielen. Die Angst vor Verlust an Kontrollmöglichkeiten und die Angst vor den Reformarbeiten werden gelegentlich andeutet. Es bleibt bei kosmetischen "Scheinreformen"

Modell-Konzeption:

- * Unabhängige Ärzte Österreich:
Dr. Josef A. Egger, Präsident der Vereinigung, Kammerrat der Salzburger Ärztekammer
- * Prim. Doz. Mario Grobovscheck,
2. Vizepräsident der Salzburger Ärztekammer
- * Dr. G. B. Pohl, Kammerrat der Salzburger Ärztekammer, Gründer des "Humanen Krankenhauses"
- * Dr. R. Liebl, Kammerrat der Salzburger Ärztekammer
- * Pinzgauer Patienteninitiative:
Josef Scheiflinger, Obmann, Piesendorf, Tel.: 06549/7617
- * Österreichischer Hausärzteverband:
Dr. W. Zapotoczky, Präsident-Österreich
Dr. R. Jens, Präsident-Wien Dr. Pölzlauer, NÖ-HÄV
- * Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger:
Dr. J. Probst, stellvert. Generaldirektor

Dieses Modell möchten wir als Diskussionsbasis für eine europaweit vergleichende Diskussion zur Verfügung stellen.

Zitat (11. März 1992 in WIR-aktiv, ORF):
"Nur ein glücklicher Arzt schafft glückliche Patienten"

Dr. Josef A. Egger
A-5721 Piesendorf
Telefon: 06549/7442-0
FAX: 7192



Die Pinzgauer Patienteninitiative möchte:

- der Bevölkerung eine umfassende Information in Patientenbelangen anbieten
- über Patientenrechte aufklären
- eine Verbesserung der ganzheitlichen Versorgung erwirken
- die Bevölkerung über medizinisch-wirtschaftliche Zusammenhänge aufklären
- zur Gesundheitserziehung motivieren
- das derzeit verkrustete medizinische System verändern helfen
- eine Abkehr von Abfertigungsmedizin und "Krankenscheine-Sammeln" erwirken
- eine partnerschaftliche Kooperation zwischen Patient und Arzt
- die Obrigkeitshörigkeit der Patienten gegenüber Ärzten abbauen helfen
- Mitverantwortung im medizinischen Problemlösungsbereich übernehmen
- Vorträge organisieren und durchführen
- Selbsthilfegruppen integrieren und ihnen bei ihrer Arbeit Hilfe und Unterstützung anbieten

Pinzgauer Patienteninitiative
A-5721 Piesendorf 401a, Telefon: 0 65 49 / 76 17 oder 74 42

- Hilfe zur Selbsthilfe!
- Information im eigenen Interesse!
- Zusammenhänge erkennen!
- Jeder einzelne ist wichtig!
- Gemeinsam sind wir stark!



Josef Schöfflinger
A-5721 Piesendorf 401
Telefon 0 65 49 / 76 17

Bankverbindung:
BAWAG Zell am See
Kto.-Nr.: 59.410/103/448

DAS GEHT WIRKLICH JEDEN ETWAS AN:

- Lange Wartezeiten beim Arzt - das muß nicht sein !
- Abfertigungsmedizin statt Zuwendung - wir sind dagegen !
- Götter in weiß - längst überholt !
- "Pulverl" statt Beratung - wir sind damit nicht zufrieden !
- Obrigkeit statt Partnerschaft - wir werden verändern !
- Patienten ohne Rechte - das war einmal !
- Information, Beratung, Aufklärung ... - unsere Vorstellungen !
- Selbsthilfegruppen - Zellen der medizinischen Erneuerung !
- Vorträge und Diskussionen - unsere Themen rütteln auf !

Patienten sind nicht mehr zufrieden. Immer mehr sind bereit, Mißstände aufzuzeigen - sie beweisen damit Zivilcourage! Viele denken gleich und wollen sich in einer Gruppe zusammenfinden! Sie sind bei uns richtig! Die "Pinzgauer Patienteninitiative" soll die Plattform für alle kritischen Patienten sein!



Ich mache mit und werde die "Pinzgauer Patienteninitiative" aktiv unterstützen!

Name: _____ Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Mitgliedsbeitrag: öS 100,-- jährlich.
Dieser Betrag berechtigt zur ermäßigten Teilnahme an unseren Vorträgen und zum Bezug aller geplanten Publikationen (Patienten-Zeitung).
Mit meinem Beitritt erkläre ich mich mit den Zielen der "PPI" einverstanden und solidarisch!

Ort, Datum

Unterschrift

Einschleichdieb im Hotelzimmer eines Kurgastes auf Tour

Reiche Beute machte ein unbekannter Täter in Badgastein. Vermutlich durch Nachsperrre gelang es dem Langfinger, unbemerkt im ersten Stock einer Pension in das Zimmer des 58jährigen deutschen Postbeamten Helmut M. einzudringen. Aus dem Kleiderschrank des Urlaubers erbeutete der Täter 35.000 Schilling und 1800 D-Mark. Beim Verlassen des Hauses wurde der mutmaßliche Dieb vom Hausmeister beobachtet. Er wird wie folgt beschrieben: 30 bis 40 Jahre alt, 170 bis 180 cm groß, sehr korporulent, nackenlange, dunkle glatte Haare. Der Mann trug eine dunkle Schürsamthose, einen roten Pullover mit schmierigen Ärmeln und Cowboy-Stiefel. Hinweise an den Posten Badgastein, 06434 / 3333.



Der Piesendorfer Arzt und Reformkämpfer Dr. Josef Egger mit dem harten Kern der Initiative: Helga Oberleitner, Christine Resch, Alice Wenghofer, Sepp Scheiflinger sowie Gaby Entfellner, Ilona Laube (vorne).

Patienten wollen endlich in Krankenkasse mitbestimmen ● Protest der Mediziner:

Nein zum „ärztlichen Erbhof“

Endlos lange Dienste der Spitalsärzte, zuwenig Pflegepersonal, das noch dazu mit „falschen“ Arbeiten überschüttet wird: Die Krise der Spitäler macht den Patienten Sorgen. Die Pinzgauer Initiative verlangt endlich Mitsprache in der Sozialversicherung. Kritische Ärzte lehnen die geplanten „medizinischen Erbhöfe“ vehement ab.

„Mehr Transparenz im Gesundheitswesen – vor allem in der Frage, was mit unserem Geld passiert.“ Das ist das durch die neu entflammte Diskussion über die Krise der Spitalsmedizin aktualisierte Hauptanliegen der Pinzgauer

Patienteninitiative. Vor allem die Laxheit der Krankenkasse wird angeprangert.

„Ich kenne einige Politiker persönlich, die im vertraulichen Gespräch zugeben, daß Sitzungen der Kassen-Ausschüsse eigentlich nur zum

Abholen von Sitzungsgeld dienen. Richtig interessiert ist praktisch niemand, Patienten haben keine Lobby“, nimmt sich Sepp Scheiflinger, Piesendorfer Sprecher der Gruppe, kein Blatt vor den Mund. „Wir möchten

VON ROLAND RUESS UND ROBERT REDTENBACHER

als Patienten in den Gremien vertreten sein. Aber da geht nichts weiter“, klagt er über die schwerfällige GKK.

Scheiflinger und die Damen aus dem harten Kern der Initiative betonen, „daß wir nicht der Fanklub des Dr. Egger sind, auch wenn er einen Anstoß zur Gründung unserer Gruppe lieferte.“

Am meisten setzen die Pinzgauer auf einen landesweiten Durchstoß, um ihren Anliegen mehr Gehör zu verschaffen. Es gibt vielversprechende Kontakte zu Gesundheitsminister Michael

Ausserwinkler, es gibt auch konkrete Absichten, „ein Patientenvolksbegehren einzuleiten. Wir wollen wissen und kontrollieren, wohin unsere Beiträge fließen.“

Gegen Zwangsbeglückung der Patienten durch Kassen und Kammern kämpft auch der streitbare Mediziner Josef Egger mit der unabhängigen Ärzte-Gruppe: Ein neuer Vorschlag der Ärztekammer sieht zum Beispiel vor, daß Töchter und Söhne von eingesessenen Ärzten ebenso bei der Vergabe von neuen Stellen bevorzugt werden wie „Sonderkandidaten“ der Kammer und Jungärzte, die freiwillig hohe Ablösen für die Patienten-Karteien ihrer Vorgänger zahlen.

Egger: „Da erlaubt man ärztliche Erbhöfe und reicht Günstlinge vor. Diese Regelung wurde in einer Umfrage auch von Spitalsärzten abgelehnt. Trotzdem kommen sie wieder aufs Tapet.“

Großkontrolle am Walserberg: Sieben Kennzeichen einkassiert

Eine „Aktion scharf“ war Freitag am Grenzübergang Autobahn Walserberg angesagt: Von 3500 registrierten Fahrzeugen wurden von Gendarmen 127 nach kurzer Vorkontrolle genauer unter die Lupe genommen! Dabei stellte sich heraus, daß 16 Vehikel überhaupt nicht mehr verkehrssicher waren. Fazit: Sieben „Tafeli“ wurden vor Ort einkassiert, neun Lenker wieder nach Deutschland zurückgewiesen. Die gravierendsten Mängel stellten die Beamten an Beleuchtung, Bereisung sowie Fahrgestell und Aufbau fest.



TARIFE

ZUM
ZEITMODELL

92/93



Die Tarifliste wurde von der ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSALLIANZ, einem Zusammenschluß von Patientenvertretern und Ärzten erstellt. Es erfolgt die Berechnung des Zeitaufwandes am Patienten. Auf die Weise kann Ihr Arzt finanziell weitgehend unbeeinflußt behandeln.

Die Preise sind so gestaffelt, daß bei längerer Behandlungsdauer pro Ordination das Honorar geringer ansteigt:

KURZORDINATION (bis 5 Minuten)	öS	120.-
ORDINATION I (bis 10 Minuten)	öS	216.-
ORDINATION II (bis 15 Minuten)	öS	306.-
ORDINATION III (bis 20 Minuten)	öS	384.-
ORDINATION IV (bis 25 Minuten)	öS	450.-
ORDINATION V (bis 30 Minuten)	öS	500.-
ORDINATION VI (bis 40 Minuten)	öS	720.-
ORDINATION VII (bis 50 Minuten)	öS	900.-
ORDINATION VIII (bis 60 Minuten)	öS	1080.-

Für technisch oder ausbildungsmäßig höhere Leistungen (wie beispielsweise: EKG, Ultraschall, Psychotherapie, Akupunktur und einige andere ...) erfolgen im entsprechenden Ausmaß Unkosten-Zuschläge. Die unverbindliche Empfehlung je Sonderleistung liegt bei 10%. Dem entsprechend wird bei Leistungen nach 20 Uhr und an Feiertagen ein Zuschlag von 30% empfohlen. Zum Beispiel eine Ordination am Sonntag von 15 Min. ergibt 306.- plus 92.- (30%). Bei Hausbesuchen gilt derselbe Zeittarif. Es werden jedoch nicht die üblichen Kilometergebühren zugeschlagen, sondern die benötigte Fahrzeit hinzugerechnet. (Beispiel: Fahrdauer hin und retour 10 Min., plus 20 Min. Visitendauer ergibt 30 min., also 500.-).

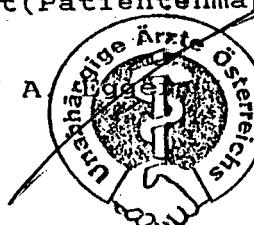
Bei üblicher ärztlicher Betreuung dauert die Erstordination etwa eine halbe Stunde. Die Folgeordinationen je nach Therapie im Schnitt je 5-20 Minuten. Bei Visiten werden je nach Entfernung etwa 15-45 Minuten benötigt. Sehr kleine Leistungen, wie die Ausstellung von Rezepten oder ähnliches sind bereits integriert. Telefonische Beratungen, sofern medizinisch vertretbar, werden mit 15.- öS pro Minute verrechnet. Bei aktiven Telefonaten (mit anderen Ärzten oder Krankenhäusern) 30.- pro Minute.

Die laut unserer Meinung bei medizinischen Leistungen ungerechtfertigte Luxussteuer (MWST) von 20% kommt noch dazu und muß von Ihrem Arzt beim Finanzamt für Sie bar abgeliefert werden.

Wegen Kassenrückerstattungen fragen Sie Ihren Arzt (Patientenmappe).

FÜR die Gesundheitsallianz

Dr. Josef A.



R I B E

PATIENTEN - FORDERUNGEN

**Recht auf INFORMATION, BEURTEILUNG (=Qualitätskontrolle), ENTSCHEIDUNG
 (=freie Wahl)**

Wir haben das Recht auf:

1. ausreichende Information und Beratung (Erklären von Diagnose, Befunden, Therapien, Medikamenten...)
2. Beurteilung des Therapieerfolges, der Leistungserbringung und der Rechnungslegung (= freie Therapiewahl bzw. Mitbestimmung!)
3. freie Arztwahl ohne bürokratische Hindernisse!
4. Wahrung von Intimsphäre und Datenschutz gegenüber allen Dritten!
5. partnerschaftliche Betreuung (Individualität, Mitreden, -verantworten)
6. ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung durch einen Arzt unseres Vertrauens

Konzept: 1990 UNABHÄNGIGE ÄRZTE ÖSTERREICH'S (UÄÖ) - Dr. Josef A. Egger gemeinsam mit der PINZGAUER PATIENTENINITIATIVE (PPI) - J. Scheifflinger

Wie ein Arztbesuch sein sollte: Nach genauer Untersuchung und Ergründung der Symptome sollte die Diagnose erklärt werden. Der Arzt schlägt Therapiemöglichkeiten vor. Der Vorzug sollte möglichst nebenwirkungsfreien Reiz- oder Regulationstherapien (Akupunktur, Homöopathie etc) gegeben werden. Diese werden genau erklärt und mit dem Patienten ausgewählt. Dazu sollte der Arzt auch wiederholt und ausführlich über eine eventuelle Änderung der Lebens- und Ernährungsweise sprechen und den Patienten motivieren. Die Nebenwirkungen der Medikamente müssen dem Patienten ausreichend verständlich gemacht werden. Liegen therapiebedürftige seelische Befindlichkeitsstörungen als Ursache zusätzlich vor, so ist die nötige Behandlung in Einverständnis mit dem Patienten einzuleiten.

Es sollte darauf geachtet werden, daß die durchschnittliche Wartezeit pro Termin 15-20 Minuten nicht überschreitet, daß sich nur ein Patient im Behandlungsraum befindet und das Abhören des Gesprochenen durch Dritte ausgeschlossen ist!



anstaltungsreihe der Pinzgauer Patienteninitiative vom 12. bis 17. Oktober 1992

Minister Außerwinkler bei Pinzgauer Gesundheitstagen

Ein neues Veranstaltungskonzept hat die Pinzgauer Patienteninitiative mit den Pinzgauer Gesundheitstagen ausgearbeitet. Die Veranstaltungsreihe, die vom 12. bis 17. Oktober über die Bühne geht, ist auf Orte im gesamten Pinzgau aufgeteilt.

• Saalbach-Hinterglemm, Kaprun, Fusch, Plesendorf, Bramberg, Lend und Saalfelden werden an unterschiedlichen Tagen von Referenten wie dem Psychosomatiker Dr. Rüdiger Dahlke, dessen neues Buch auch präsentiert wird, dem Salzburger Orthopäden Dr. Gert Plerer, der Gynäkologin Dr. Maria Haldinger und Dr. Josef Egger allgemein interessante Gesundsthemen behandelt. Von Osteoporose über Hausmittel bis zum natürlichen Hausgarten (Margarethe Öllinger) und einem Back- und Vollwertkurs (mit der Bachfeldbäuerin Maria Steine

reicht das weitgefächerte Spektrum. Jeder Referent stellt sich auch gerne für die Fragen der Zuhörer zur Verfügung.

Den Abschluß der Pinzgauer Ge-

sundheitstage bildet eine Podiumsdiskussion zum Thema „Dein

Arzt hat Zeit für Dich“ in Kaprun. „Stargast“ dieser Veranstaltung ist ohne Zweifel Gesundheitsminister Außerwinkler, aber auch das kompetente besetzte Podium verspricht eine interessante Diskussion. Der Eintritt ist frei.

Der Eintritt bei allen übrigen Veranstaltungen beträgt 50 Schilling, für Mitglieder der Patienteninitiative 40 Schilling. Die Eintrittsspreise beinhalten eine Patienten-Info-Mappe und einen Gesundheitskalender.



An einem Haushalt - Pb.b. 57

Erscheinungsort u. Verlagspostamt: Zell/See, Redaktion: Salzmannstr. 9, Tel.: 06342/2730, Fax 2771
Donnerstag, 29. Oktober '92 - Jahrgang 4 - Nummer 21

Pinzgauer Gesundheitstage mit mehr als 1000 Besuchern Hat Dein Arzt Zeit für Dich ?

Das „Zeitmodell“, von Dr. Josef Egger und der Pinzgauer Patienteninitiative erarbeitet, war Kernpunkt einer Diskussion am Abschlußtag der 1. Pinzgauer Gesundheitstage. Diese Veranstaltungsreihe, organisiert von der Pinzgauer Patienteninitiative, war ein bemerkenswerter Erfolg beschieden. Mehr als 1000 Besucher nahmen an den Vorträgen und Diskussionen im Pinzgau teil.



Die Pinzgauer Abordnung in Berlin. Foto: Privat

Resch Christine, Laube Ilona, Dr. Josef A. Egger

Nr. 17 Mittwoch, 2. September '92

Pinzgauer Abordnung bei Forschungskolloquium in Berlin

Unter dem Titel „Herkunft, Wandlung und Krise der modernen Medizin“ erörterten mehr als 80 Referenten auf Einladung der Humboldt-Universität in Berlin den derzeitigen Stand der Medizin und zukünftige Entwicklungen. Die „österreichische Gesundheitssallianz“ vertraten neben Dr. Rolf Jens vom Österreichischen Hausärztekörper Dr. Josef Egger von den Unabhängigen Ärzten Österreichs und Ilona Laube als Teilmerkin der Pinzgauer Patienteninitiative.

Dr. Egger stellte das „Zeitmodell“ zur Diskussion, das von den deutschen Kollegen als Synthese der Systeme der zwei ehemaligen deutschen Staaten betrachtet wurde. Das Referat von Dr. Egger wur-

de untermauert durch die sechs Grundforderungen der Patientenrechte der Pinzgauer Patienteninitiative. /



Pinzgauer Patienteninitiative

Die Repräsentanten aus Österreich vereinbarten mit dem Präsidenten der Ärztekammer Berlin, Dr. Ellis E. Huber, die Erarbeitung eines gemeinsamen europäischen Projektes mit dem Ziel der Konstruktion eines kassenärztlichen Betreuungsmodells und der Ausarbeitung von Qualitätsstandards.

Im Brennpunkt



Ilona Laube

Vorstandsmitglied der Pinzgauer Patienteninitiative, Kaprun

Frau Laube, Sie sind Mitbegründerin der Pinzgauer Patienten-Initiative. Welche Ziele hat diese Organisation?

Laube: Unsere Initiative – wir sind überwiegend Mütter mit Kindern – hat sich den Kampf um mehr Patientenrechte zum Ziel gesetzt, wie das Recht auf ausreichende Information und Beratung und auf freie Arztwahl. Und wir wollen ein besseres Verhältnis zwischen Patient und Arzt erreichen. Wir haben diese Initiative vor einem Jahr gegründet, weil wir die langen Wartezeiten und die derzeit praktizierte Abfertigungsmedizin für unzumutbar halten.

Sie beklagen, daß die Ärzte zu wenig Zeit für die Patienten haben, die Ärzte klagen über Überlastung und zu geringe Honorare.

Laube: Das derzeitige System

zwingt den Arzt zum „Krankenscheine-Sammeln“, damit er ein ausreichendes Einkommen erreicht; je mehr Patienten, desto weniger Zeit bleibt aber für den einzelnen. Nur wenn Patient und Arzt ausreichend Zeit füreinander haben, kann ein Vertrauensverhältnis und eine echte Kooperation entstehen. Mehr Zeit kann sich der Arzt aber nur nehmen, wenn er dafür leistungsgerecht honoriert wird. Auf diesen Überlegungen basiert unser Pinzgauer Zeitmodell.

Wie stellen Sie sich das neue Ärztehonorar-System konkret vor?

Laube: Für die vom Arzt aufgewandte Zeit muß ein Basis honorar bezahlt werden, für aufwendigere Sachleistungen wie hohe Gerätekosten oder Sonderausbildungen muß es Zuschläge geben. Damit würde der Arzt auch motiviert, sich weiterzubilden und die modernsten Technologien anzuwenden. Außerdem würde die fachliche Qualifikation des Arztes, z. B. seine Fähigkeit zur schnellen Diagnosefindung oder gute organisatorische Arbeit, gewürdigt.

Ihr Modell würde sicher eine Aufstockung der Ärzte-Zahl notwendig machen und mehr kosten?

Laube: Eine geringe Aufstockung würde genügen. Durch die intensivere Patientenbetreuung könnte man mehr „Ausheilungen“ erzielen und hätte weniger Spitalseinweisungen. Die Ärzte könnten Leistungen übernehmen, die derzeit unnötigerweise kostenaufwendig im Spital erbracht werden.

Und wer sollte das neue Honorarystem kontrollie-

„Abfertigungsmedizin“ hat keine Zukunft

ren, würde dadurch nicht die Bürokratie noch weiter wachsen?

Laube: Die Bürokratie würde kaum wachsen. Der Patient könnte selbst durch seine Unterschrift den Zeitaufwand kontrollieren. Je nach Einkommenslage wäre eine finanzielle Beteiligung der Patienten vorgesehen. Die Abrechnung erfolgt zum Jahresende über die Krankenkasse. So hätte auch der Patient mehr Kostentransparenz, d. h. er wüßte, was er an die Krankenkasse zahlt und was er die Kasse kostet. Auch in der Kasse müßte eine unabhängige Patientenvertretung als Kontrollorgan installiert werden.

Fürchten Sie nicht, daß durch eine Mitfinanzierung seitens der Patienten eine Zwei-Klassen-Medizin entstünde?

Laube: Das derzeitig bestehende Problem, daß sich nur wenige eine aufwendigere medizinische Betreuung außerhalb der Kassennorm leisten können, würde im Zeitmodell sogar entschärft. Abgesehen davon, müßten sozial Schwache ohnehin von der Mitfinanzierung befreit werden, kämen aber nach dem neuen System genauso in den Genuß des besseren Services.

Ist dieser Vorschlag im Rahmen des bestehenden Sozialversicherungssystems realisierbar?

Laube: Unser Vorschlag wäre als alternatives Modell sofort durchführbar. Im übrigen sind wir zwar für eine verpflichtende Versicherung, aber gegen die derzeitige Pflichtversicherung bei einer bestimmten Kasse. Wir sind für die private Versicherung statt der staatlichen Regelung, für freie Wahlmöglichkeiten ähnlich wie bei der Autoversicherung.

Fürchten Sie keine Nachteile für Risikopatienten?

Laube: Nachteile für die Patienten fürchten wir nicht, denn die Pflicht zur Versicherung bestünde ja sowohl seitens der Patienten als auch seitens der Kasse. Ein „Malus“ wäre nicht denkbar, vorstellbar wären aber Gesundheitspässe mit Bonus etwa für Nichtraucher.

Haben Ärzte oder Krankenkasse auf Ihre Vorschläge reagiert?

Laube: Ein positives Echo haben wir seitens des Gesundheitsministeriums. Die Gebietskrankenkasse hält sich genauso bedeckt wie die Ärztekammer. Wir wollen jetzt in erster Linie ein Pilotprojekt auf die Beine stellen, um konkrete Zahlen, Daten und Erfahrungen vorlegen zu können.

Interview: SE

„Wie man glücklich lebt“

VON JOSEF KIRSCHNER



Liebe Leser, wenn mich nicht alles täuscht, geht in unseren Landen die Zeit der althergebrachten Autoritäten und Hierarchien allmählich zu Ende. Der Mann ist nicht mehr automatisch das Familienoberhaupt. Die Kinder leisten den Eltern nicht mehr blinden Gehorsam, und die Ehe als Institution des ewigen Glücks ist auch nicht mehr das, was sie einmal war.

Viele Stützen unserer Gesellschaft werden immer brüchiger – Gewerkschaft, Kir-

Im Fernsehen interviewte. Er sagte: „Ich glaube, daß nur ein glücklicher Arzt seine Patienten glücklich machen kann.“

Leute wie er sind Vorkämpfer dieser neuen Partnerschaft gleichberechtigter, selbstverantwortlicher Bürger, die nicht mehr bereit sind, sich ein Leben lang von irgend jemandem bevormunden zu lassen.

Was für diese neue Partnerschaft gilt, ist ja nichts anderes als das, was wir für unser persönliches Glück brauchen:



Dr. Josef Egger, der Typ des neuen Partner-Arztes: „Nur ein glücklicher Arzt kann glückliche Patienten haben“

Wenn alte Autoritäten in Brüche gehen: Die neue Partnerschaft als beste Lösung

che, Parteien und Staat Inbegriffen. Wer das Unbehagen spürt, muß sich fragen, worauf denn der einzelne in dieser Gesellschaft dann bauen soll. Ich denke mir: Die neue Form des glücklicheren Zusammenlebens heißt: Partnerschaft.

Der eine oder andere Politiker scheint das auch schon zu begreifen. Als etwa vor einiger Zeit der erst 35 Jahre alte Kärntner Arzt Dr. Michael Ausserwinkler neuer Gesundheitsminister wurde, machte er den bemerkenswerten Ausspruch, er verstehe sich nicht als Lobbyist der Ärzte, sondern als Verbündeter der Patienten. Ein guter Vorsatz für eine neue Partnerschaft zwischen Arzt und Patient. Obwohl es natürlich noch eine Weile dauern wird, bis alle „Götter in Weiß“ von ihren hohen Rössern gestiegen sein werden.

Noch sensationeller als den erwähnten Ausspruch des Ministers fand ich den Satz des Salzburger Landarztes Dr. Josef Egger, als ich ihn kürzlich

● Wir selbst müssen wissen, was wir wollen, was uns glücklich macht und wozu wir uns bekennen müssen. Sonst reden es uns die Leute ein, die uns von sich abhängig machen möchten.

● Wir selbst müssen handeln, statt immer nur darauf zu warten, bis andere etwas für uns tun. Der Staat, die Institu-

ge unseres persönlichen Glücks ja doch immer wieder auf die Entscheidung hinaus:

● Überlasse ich es anderen Leuten oder dem Zufall? Mache ich mich von Ihren Versprechungen abhängig, von denen ich nie sicher sein kann, wann und wie sie eingehalten werden?

● Oder nehme ich mein Leben selbst in die Hand und handle, statt abzuwarten?

Was nun die erwähnte neue Partnerschaft betrifft, erinnern Sie sich vielleicht noch an den gescheiterten Ausspruch des bekannten Humoristen Karl Farkas über die Ehe. Er meinte: „Die Ehe ist der Zusammenschluß von zwei Menschen, damit sie gemeinsam die Probleme lösen, die sie nicht hätten, wenn sie allein geblieben wären.“

Die Probleme in der Ehe werden ja vorwiegend des-

halb nicht gelöst, weil die Eheleute nie gelernt haben, partnerschaftlich zu planen, zu entscheiden und zu handeln. Partnerschaftlich, das heißt: Gleichberechtigt, aber auch gleichverantwortlich. Solange einer den anderen unterdrücken statt überzeugen möchte, lebt man mehr gegeneinander als miteinander.

Was für die Ehe gilt, gilt auch für Ärzte, Beamte, Chefs und Lehrer. Aber es ist verständlich, daß sich viele von ihnen noch lange Zeit dagegen wehren dürften. Denn funktionierende Partnerschaft erfordert Persönlichkeit. Und nur wer Persönlichkeit besitzt, kann jemanden anderen respektieren, statt ihn zu unterdrücken, überzeugen statt zwingen.

Andererseits müssen wir auch verstehen, daß uns niemand unterdrücken kann, wenn wir es nicht zulassen. Und wer sich unterdrücken läßt, ist wohl auch für die neue Partnerschaft nicht besonders gut geeignet.

Nächsten Samstag: Wie Leser über das glückliche Leben denken

99

Wer Persönlichkeit besitzt, überzeugt seinen Partner, statt ihn zu unterdrücken

66

tionen, der liebe Gott oder das Wundermedikament.

● Wir müssen allerdings auch die Verantwortung für uns selbst übernehmen, statt dem Staat, den Institutionen oder dem lieben Gott dafür die Schuld zu geben, wenn es uns schlecht geht.

Letzten Endes läuft die Fra-

Ihr
Josef Kirschner

Leib und Seele

„Gesundheitsallianz“: Ein Modell für bessere medizinische Versorgung

Ein österreichischer Versuch, die fließbandmäßige Auffertigung der Patienten zu beenden

Ich als Arzt muß für Patientenrechte eintreten – das ist eine Frechheit. Das sollten die Gewerkschaften und ihre Vertreter machen. Damit sollten sie vor zehn Jahren schon begonnen haben. Sie haben ja teilweise nicht einmal eine Ahnung, wie das System überhaupt funktioniert. Wenn ich Gespräche führe, muß ich die Vertreter erst einmal aufklären, wo die Nachteile liegen. Das ist eine Katastrophe.“ Dr. Josef Egger, praktischer Arzt und Präsident der „Unabhängigen Ärzte Österreichs“ ist empört darüber, wie wenig Aufmerksamkeit auch in Österreich die längst fällige Neustrukturierung des Gesundheitswesens genießt. Es bedurfte – wie so oft – erst des Drucks von unten, damit man bei Versicherungsträgern, Behörden und im Gesundheitsministerium in Bewegung geriet: Die vom letzten Jahr datierende Gründung der „Gesundheitsallianz“ als Dachverband aller Ärzte- und Patienteninitiativen sowie ihr erster großer, öffentlicher „Treff“ dieses Jahr in Salzburg haben Aufmerksamkeit erregt.

Die Mitglieder der „Gesundheitsallianz“ wollen Schluß machen mit der fließbandmäßigen Auffertigung der Patienten. Schon viel zu lange ist das Vertrauensverhältnis „Arzt-Patient“ massiv gestört. Die Kommentare der österreichischen Ärzte sind in dieser Hinsicht eindeutig: „Der letzte im Glied des Gesundheitswesens ist der Patient. Bekannt-

lich beißen den Letzten die Hunde. Ich weiß, wovon ich rede. Ich möchte in meiner Ordination nicht Patient sein. Es ist schon so weit, daß die Kranken und Verunfallten in meiner Ordination mich bedauern und fragen, wie ich das schaffe“ (Dr. Karl Schnell).

Stundenlange Wartezeiten, Konsultationen von wenigen Minuten, das ist Realität in vielen Arztpraxen nicht nur der Alpenrepublik. Das mag nicht für den bestens versorgten, privatversicherten „Herrn Generaldirektor“ gelten, aber für das Gros der Patienten mit gesetzlicher Pflichtversicherung allemal – von daher setzt man auf „Gleichberechtigung“ und vor allen Dingen auf die offizielle Maxime der Weltgesundheitsorganisation (WHO): Dort wird Gesundheit nicht lediglich als Abwesenheit von Krankheit, son-

dern auch als psychisches und soziales Wohlbefinden definiert. Als Recht aller Patienten.

Mit einem derartigen Grundsatz ist allerdings der Umsatzzwang der Ärzte, ihre „Schnellabfertigung“ zwecks größtmöglicher Kollektion von Krankenscheinen, unvereinbar. Die unterschiedliche Honorierung gleicher Leistungen durch die Versicherungs träger (nach Aussagen der „Allianz“ Differenzen „bis zu 100 Prozent“) bewirken ein übriges, ebenso wie das Fehlen einer ausreichenden Anzahl von Ärzten, die eine angemessene, sozial verträgliche Betreuung der Patienten sicherstellen.

Nun erschöpf't sich die Tätigkeit der „Gesundheitsallianz“ nicht nur in berechtigter Kritik. Man entwickelt auch – ganz praktisch – Modelle, die

*Zeit ist der Hauptfaktor im Arzt-Patient-Verhältnis:
Wie kann diese Zeit bezahlt werden?*



Leib und Seele

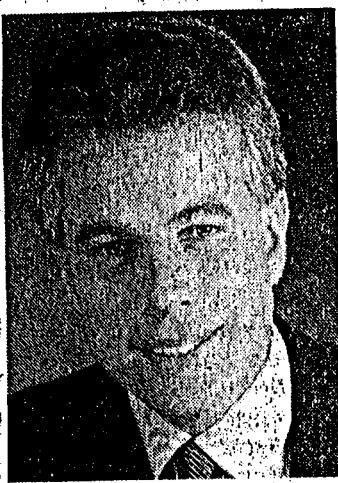
Vorbilder abgeben können. Das „Modell Pinzgau“ des Josef Egger ist beispielsweise eines, das bereits seit zwei Jahren erfolgreich erprobt wird. Egger lehnte den Kassenvertrag ab und setzte sich stattdessen mit seinen Patienten zusammen, um dieses Modell zu entwickeln, das eine wesentliche Neuerung ausweist: „Zeit ist der Hauptfaktor. Der Arzt soll in die Lage versetzt werden, ganz frei nach jeder Art der Ausbildung, ob alternativ oder Schulmedizin, unbeeinflußt von finanziellen Überlegungen therapiieren zu können. Grundsätzlich soll die Zeit, die er dafür braucht, bezahlt werden.“ Und diese Bezahlung soll transparent für den Patienten sein. Nach dem ausführlichen – tatsächlich bereits zur Therapie gehörendem – Gespräch mit dem Arzt, das vielleicht 20 oder 30 Minuten in Anspruch genommen hat, zeichnet er auf einem Kontrollblatt die Zeit gegen. Eben diese Zeit wird, so der Modellgedanke, von den Versicherungsträgern für alle Ärzte gleich honoriert. Auch im Falle der „Hausbesuche“, die so wieder ihre überfällige Etablierung erfahren könnten. Hinzu kommen regelmäßige „Amortisationszuschläge“ für EKG, Ultraschall und Labor sowie eine neue Entgeltregelung für die „Medikamentenabgabe“ durch den Arzt – Egger: „Jeder Arzt muß Medikamente unmittelbar bei seiner Visite oder in der Ordination abgeben können ... Er wird nicht mehr nach der Menge der Medikamente, die er verschreibt, bezahlt, wie jetzt bei den Hausapotheken, sondern unabhängig davon mit einer Pauschale, um möglichst eine Beeinflussung des Verschreiberverhaltens durch finanzielle Überlegungen auszuschließen.“

Sich „ganzheitlich“ auf den Patienten einzulassen braucht indes nicht nur den praktischen oder Fach-Arzt. Von daher bezieht die von der „Allianz“ geplante Neustrukturierung des Gesundheitswesens auch neue Formen der Kooperation mit „Physio-, Ergo- und Psychotherapeuten“ ein. Das gleiche gilt für die Zusammenarbeit in puncto „Rehabilitation“: Der neue Dachverband bemüht sich um Erfassung und Koordination der ca. 400 Selbsthilfegruppen (Behinderete, Krebs, psychisch Kranke, Sucht etc.), die derzeit in Österreich existieren.

Der „Gesundheitsallianz“ geht es also um weitestgehende Patientenrechte. Eben die gilt es auch fest zu verankern, ... in der „österreichischen Patientencharta“, die per Ende dieses Jahres dem Parlament vorgelegt werden soll. Selbst das Gesundheitsministerium in Wien hat zu diesem Zweck inzwischen eine Studie „zur Patientenrechtssituation in Österreich“ in Auftrag gegeben, und manch kritischer Vertreter der Versicherungsträger fordert eine „Versichertbefragung“ zur Neustrukturierung des Gesundheitswesens. Ob sich dabei letztendlich Modelle, wie das „Pinzgauer“ durchsetzen, bleibt indes die Frage – sie sind mit Mehrausgaben verbunden. Und gerade im Gesundheits- und sozialen Bereich weiß man um die Präferenzen der Etatplaner. Es wird also weiterhin öffentlichen Drucks bedürfen, um eine tatsächliche humane, patientengerechte Medizin in Österreich zu verwirklichen. Die Gründung der „Gesundheitsallianz“ ist im Hinblick darauf ein wichtiger Schritt.

Detlef Berentzen

Kontakt „Gesundheitsallianz“: Dr. Josef Egger, A-5721 Plesendorf 35, Tel. 0043/65 497442



Auch in Kaprun: Gesundheitsminister Außerwinkler. Foto: Haslinger

Mittwoch – Fusch

Vortragsthema: **Hausmittel**
Anwendung – Der Arzt im Hause. Was kann man selbst verantworten? Wann muß der Arzt gerufen werden? Referent: Dr. Josef A. Egger, Familienarzt aus Plesendorf
Veranstaltungsort: Fusch, Gasthof Römerhof.

Termin: Mittwoch, 14. Oktober, 19.30 Uhr

Mittwoch – Piesendorf

Bauernbrot – selbstgemacht schmackhaft – einfach – schnell, Brotbacken und andere Ratschläge zur Vollwert-Küche mit Maria Stelner, Bachfeldbäuerin, Plesendorf, Walchen 51.

Termin: Mittwoch, 14. Oktober, 15.00 Uhr

Teilnehmerzahl: Achtung begrenzt!!! Unkostenbeitrag: S 85,- (Jause inbegriffen) Anmeldung: bis 5. Okt. bei Frau Stelner, Tel. 0 65 49/72 64

Donnerstag – Bramberg

Vortragsthema: **Der natürliche Hausgarten**. Wertvolle Tips zum einfachen Anbau ohne Chemie (Kräuter, Salate, Gemüse)
Referent: Margarethe Öllinger aus Linz, bekannt aus Rundfunk und Fernsehen (WIR-aktiv) Veranstaltungsort: Bramberg, Felberhaus

Termin: Donnerstag, 15. Okt., 19.30 Uhr

Donnerstag – Lend

Vortragsthema: **Krank durch Medikamente?**
Referent: Dr. Josef A. Egger, Familienarzt aus Plesendorf
Veranstaltungsort: Lend, Gasthof Post
Termin: Donnerstag, 15. Oktober, 19.30 Uhr

Den Abschluß der Pinzgauer Gesundheitstage bildet eine Podiumsdiskussion zum Thema „Dein Arzt hat Zeit für dich“. In Kaprun „Stargast“ dieser Veranstaltung ist ohne Zweifel Gesundheitsminister Außerwinkler, aber auch das kompetentbesetzte Podium verspricht eine interessante Diskussion. Der Eintritt ist frei.

Freitag – Saalfelden

Vortragsthema: **Krankheit als Sprache der Seele** Bedeutung und Chance der Krankheitsbilder
Referent: Dr. Rüdiger Dahike, Psychosomatiker und praktischer Arzt – bekannt durch seine Bücher und zahlreichen Vorträge (Club 2). Bücher-Tisch Veranstaltungsort: Festsaal Saalfelden, Gallerie-Saal.

Termin: Freitag, 16. Oktober, 19.30 Uhr



Dr. Rüdiger Dahike spricht in Saalfelden über „Krankheit als Weg“.

Samstag – Kaprun

Abschluß der Pinzgauer Gesundheitstage mit Vorstellung des neuen Pinzgauer Gesundheitskalenders Podiums-Diskussion zum Thema: Dein Arzt hat Zeit für Dich Von der Rechtlosigkeit zur Partnerschaft Patient – Arzt Teilnehmer: Dr. Michael Außerwinkler, Gesundheitsminister Präs. Univ.-Doz. Dr. Maria Grobischek, Landesnervenklinik, Vizepräsident Sbg. Ärztekammer Univ.-Doz. Dr. Johannes Pichler, Patientenrechtsler, Salzburg Dr. Dietrich Lahoda, prakt. Arzt am See Dr. Rüdiger Dahike, Psychosomatiker, Bayern Dr. Josef A. Egger, Familienarzt aus Plesendorf Sepp Scheflanger, Pinzgau Patienteninitiative Veranstaltungsort: Kaprun, Optimum-Vorlesesaal

Termin: Samstag, 17. Oktober 14.00 Uhr