

SEMINAR: Interessendurchsetzung in Österreich  
LV-Nummer: 300631  
Semester: WS 2004/05  
Lehrveranstaltungsleiter: Univ. -Prof. Dr. Herbert Dachs

**SEMINARARBEIT**

Zum Thema

**Die Durchsetzung von Patienteninteressen und Ärzteinteressen in Österreich**  
Ein Spannungsfeld zwischen ‚Konsumenten und Produzenten‘

vorgelegt von:

Margret Macheiner, Matrikelnummer: 9020296

---

März 2005

## Inhaltsverzeichnis

1.	Themenstellung .....	4
1.1.	Zentrale Fragestellung.....	5
1.2.	Eingrenzung .....	6
1.2.1.	Räumlich und Sachlich.....	6
1.2.2.	Zeitlich .....	7
1.3.	Methodische Umsetzung .....	7
1.4.	Aufbau der Arbeit.....	8
2.	Theoretischer Rahmen.....	9
2.1.	Interessenspolitik in Bezug auf Interessensgruppierungen .....	9
2.2.	Konfliktfeld ‚Konsument - Produzent‘ .....	10
2.2.1.	Organisations- und Konfliktfähigkeit .....	12
3.	Organisation, innere/äußere Legitimation und Mitglieder .....	13
3.1.	Selbsthilfe: Organisationsstruktur, innere/äußere Legitimation, Mitglieder.....	13
3.1.1.	Aufgaben / Zuständigkeiten .....	14
3.2.	Patientenanzwaltschaft (PA): Organisationsstruktur, innere/äußere Legitimation, Mitglieder .....	16
3.2.1.	Aufgaben / Zuständigkeiten .....	17
3.3.	Die Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK): Organisationsstruktur, innere/äußere Legitimation, Mitglieder .....	18
3.3.1.	Mitglieder.....	19
3.3.2.	Aufgaben / Zuständigkeiten .....	20
3.4.	Exkurs: Kontrolle der Ärzte am Beispiel ‚Qualitätssicherung‘ .....	20
4.	Konkurrenzsituation.....	23
4.1.	ARGE-PA und ArGe Selbsthilfe Österreich.....	23
4.2.	ÖÄK und Patienteninteressenvertretung (PA und Selbsthilfe) .....	24
5.	Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit.....	25
5.1.	Selbsthilfe.....	25
5.2.	PA.....	26
5.3.	Österreichische Ärztekammer .....	27
6.	Nähe / Ferne zum politischen System .....	28
6.1.	Selbsthilfe.....	28
6.2.	PA.....	30
6.3.	Österreichische Ärztekammer .....	30
7.	Konflikt: ‚Chefarztpflicht neu‘ .....	31
7.1.	Worum geht es bei der sogenannten ‚Chefarztpflicht neu‘? .....	32
7.2.	Wie ist der Konflikt verlaufen?.....	32
7.3.	Was sind die zentralen Kritikpunkte der Österreichischen Ärztekammer? .....	34
7.4.	Welche Gründe könnten dahinterstecken?.....	36
7.5.	Welche Maßnahmen bzw. Vorgangsweisen wurden von der ÖÄK gesetzt, um ihre Interessen durchzusetzen? .....	36
7.5.1.	Lobbying.....	36
7.5.2.	Pressure-Politik .....	37
7.5.3.	Patronage:.....	37
7.6.	Welche Resultate konnte die ÖÄK erzielen?.....	37
7.7.	Wie äußert sich die Patientenvertretung zur ‚Chefarztpflicht neu‘? .....	39
7.7.1.	PA .....	39
7.7.2.	Selbsthilfe.....	40

8. Resümee .....	41
Literaturverzeichnis.....	44

## 1. Themenstellung

Wenn man sich die Frage stellt, wer denn eigentlich in Österreich die Interessen der Patienten vertritt, kann man dies nicht so ohne Weiteres beantworten. Es gibt nicht *die* Patienteninteressenvertretung schlechthin. So heterogen die Gruppe der Patienten ist, so heterogen ist auch ihre Vertretung. Von den *Selbsthilfegruppen* über die *Patientenanwaltschaften* bis hin zu *Ombudsmännern/-frauen* und *Arbeiterkammer*, nicht zu vergessen die *Ärztammer*, reicht die Spannweite der Patienteninteressenvertretungen. Dabei erregt gerade die letztgenannte Einrichtung - die *Ärztammer* - in dieser Hinsicht besondere öffentliche Aufmerksamkeit. Sei es im Zusammenhang mit der in letzter Zeit aktuellen Diskussion um die ‚Chefarztpflicht neu‘ oder die ‚Gesundheitsagenturen‘, die Meinung der Ärztevertretung ist stets an vorderster Stelle in den Medien anzutreffen und eine wichtige Argumentationsschiene läuft immer über das sogenannte ‚Wohl der Patienten/innen‘. Dieser Umstand mutet etwas eigenartig an, da ja die *Österreichische Ärztkammer (ÖÄK)* von Gesetzeswegen ausschließlich zur Vertretung der Ärzteinteressen berufen ist.

In der vorliegenden Seminararbeit werden zwei Patienteninteressenvertretungen behandelt, die m.E. das breite Feld der Patienten/innen am vollständigsten abdecken. Es handelt sich dabei um die *Selbsthilfegruppen/-organisationen* (auf Bundesebene unter dem Dach *ArGe Selbsthilfe Österreich* zusammengeschlossen) und die *Patientenanwaltschaften* (auf Bundesebene unter dem Dach *ARGE-Patientenanwälte* zusammengeschlossen). Diese beiden Institutionen stehen nun mit der *ÖÄK* im ‚Streit‘ um die Vertretung der Patienten. Alle drei geben an ‚die Anwälte der Patienten/innen zu sein‘, ihre Legitimation dazu und ihre Motive dafür unterscheiden sich jedoch beträchtlich voneinander.

Sieht man einmal von den jeweiligen Motiven ab und begibt sich auf die Ebene der Legitimation, so kann festgehalten werden, dass die *Selbsthilfegruppen/-organisationen (SHG)* (eingerrichtet als Vereine) ihre Berechtigung zur Vertretung von Patienten/innen direkt von ihren Vereinsmitgliedern – den Patienten/innen bzw. deren Angehörige - beziehen. Die *Patientenanwaltschaften (PA)* beziehen ihre Legitimation von den jeweiligen Landesregierungen, von denen sie zur Vertretung der Patienteninteressen eingesetzt werden (aufgrund von Landesgesetzen und der Patientencharta<sup>1</sup>). Demgegenüber ist die zentrale Aufgabe der *ÖÄK*, die Vertretung und Durchsetzung der Ärzteinteressen - geregelt im *Ärztegesetz*.

---

<sup>1</sup> *Bachinger, Gerald* (2004). Patienten helfen. Visionen von PatientInnenbeteiligung. Gesundheitsreform und Partizipation, Dezember 2004, 12; Quelle: übermittelt via E-Mail am 3.2.2005 vom *Sprecher der ARGE-Patientenanwälte Dr. Bachinger*

Warum gibt die ÖÄK trotzdem vor, *die* Vertreterin der Patienten- und Patientinneninteressen zu sein? Für den Sprecher der *ARGE-Patientenanwälte (ARGE-PA) Dr. Bachinger* handelt es sich um ein Vorschieben von Patienteninteressen vor die eigenen Ärzteinteressen, um die eigentlichen Ziele zu ‚tarnen und zu vernebeln‘. Er bezeichnet dieses Vorgehen als ‚eine neue, zeitgerechte Form des Paternalismus pur‘.<sup>2</sup> *Bachinger* weiter:

‚Das Konzept des Paternalismus, also der Fremdbestimmung aus der einzigen Legitimation, dass man es als Experte ja gelernt (studiert) hat und daher besser weiß, was für den Patienten gut ist, ist gefährlich. Es führt konsequent dazu, Patienten erst gar nicht einzubeziehen und schon gar nicht mitentscheiden zu lassen.‘<sup>3</sup>

### Welche Thesen lassen sich aus dieser Problemstellung ableiten?

Die *ArGe Selbsthilfe Österreich* und die *ARGE-PA* stehen mit der *Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK)* in Konkurrenz in punkto Vertretung der Patienteninteressen. Die *ArGe Selbsthilfe Österreich* und die *ARGE-PA* sind die ‚wirklichen‘ Interessenvertreter der Patienten, da sie dazu legitimiert sind.

Dem diametral gegenüber steht die Patientenvertretung von Seiten der *ÖÄK*. Ihre Legitimation dafür ist nicht wirklich ersichtlich, da die *Ärztekammer* ausschließlich zur gesetzlichen Vertretung der Ärzteinteressen berufen ist. Dies führt zu der Annahme, dass die *ÖÄK* die Patienten für die Durchsetzung ihrer eigenen Interessen instrumentalisiert.<sup>4</sup>

Diese beiden Ebenen der Patientenvertretung könnte man in den Rahmen ‚Konsument – Produzent‘ setzen. Auf der Seite der Konsumenten befinden sich *Selbsthilfe* und *PA*, auf der Seite der Produzenten die Ärztevertretung. In diesem Spannungsverhältnis findet folglich die Interessenswahrnehmung und –durchsetzung statt.

#### **1.1. Zentrale Fragestellung**

Aufgrund dieser Thesenformulierung ergibt sich die folgende zentrale Frage:

Wie stellt sich die Wahrnehmung und Durchsetzung der Patienteninteressen und Ärzteinteressen in Österreich im Spannungsfeld ‚Konsument – Produzent‘ dar?

Daraus lassen sich die folgenden Teilfragen ableiten:

- Welche Organisationsstruktur weisen die jeweiligen Interessengruppierungen auf und auf welche innere bzw. äußere Legitimation können sie sich berufen?

<sup>2</sup> *Bachinger, Gerald* (2004). Patienten helfen. Visionen von PatientInnenbeteiligung. Gesundheitsreform und Partizipation, Dezember 2004, 4; Quelle: übermittelt via E-Mail am 3.2.2005 vom *Sprecher der ARGE-Patientenanwälte Dr. Bachinger*

<sup>3</sup> *Bachinger, Gerald* (2004). Patienten helfen. Visionen von PatientInnenbeteiligung. Gesundheitsreform und Partizipation, Dezember 2004, 3

<sup>4</sup>Anm.d.Verf.: Vollständigkeitshalber ist aber anzufügen, dass im Zuge der letzten Ärztesetzesnovelle 2001 einige Punkte hinsichtlich der Verankerung von Patientenrechten auch in das Ärztesetz aufgenommen wurden, so z.B. das Einsichtsrecht des Patienten in die Krankengeschichte, siehe: <http://www.aekwien.or.at> > Informationen für Ärzte, >Berufsrecht, >ÄrzteG 2001 (5. ÄrzteG-Novelle); Ärztesetz 2001, 4; abgefragt am 24.11.2004

- Wer sind ihre Mitglieder?
- Wie lauten ihre (gesetzlichen) Zuständigkeiten bzw. Aufgaben?
- Besteht zwischen den jeweiligen Interessenvertretungen ein Konkurrenzverhältnis?
- Wie viel Aufmerksamkeit können sie in der Öffentlichkeit erregen?
- Wie ist ihr Verhältnis zur Politik?
- Gibt es Konflikte? Wie laufen diese zwischen den Interessengruppierungen ab?

## 1.2. *Eingrenzung*

### 1.2.1. *Räumlich und Sachlich*

Im Rahmen dieser Arbeit werden hinsichtlich der Patienteninteressenvertretung die *Selbsthilfe* und die *PA* behandelt. Um es zu präzisieren: Gegenstand der Untersuchung sind die einzelnen Einrichtungen jeweils in ihrer Zusammensetzung auf Bundesebene (korrespondierend mit dem Titel des Seminars: Interessendurchsetzung in Österreich). Die exakten Bezeichnungen dafür lauten *ArGe Selbsthilfe Österreich* bzw. *ARGE-Patientenanwälte (ARGE-PA)*.

Man wird aber nicht umhin können, auch in diesem und jenem Zusammenhang auf die lokalen bzw. Landesebenen einzugehen (aufgrund des vorhandenen Datenmaterials, z.B. Interviews, Geschäftsordnung, Tätigkeitsberichte, etc.).

Kurz zur Erklärung der einzelnen Ebenen: Unter *Selbsthilfe* sind drei Ebenen zu verstehen. Auf der untersten Ebene befinden sich die *Selbsthilfegruppen/-organisationen (SHG)*<sup>5</sup>, dessen Mitglieder die Patienten (bzw. deren Angehörige) sind. Die nächste Ebene bilden die *Dachverbände* auf Landesebene, ihre Mitglieder sind die *SHG* und die letzte Ebene ist ein Zusammenschluss der Länderorganisationen zu einer Arbeitsgemeinschaft auf Bundesebene (*ArGe Selbsthilfe Österreich*).

Die *PA* (in einigen Ländern nennen sie sich *Patientenvertretungen*<sup>6</sup>, wie z.B. in Salzburg) sind gesetzliche Einrichtungen auf Landesebene, die auf Bundesebene zur *ARGE-PA* zusammengeschlossen sind.

---

<sup>5</sup> Anm. des Verfassers: Die Unterschiede zwischen Selbsthilfegruppen und -organisationen in diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen in der Anzahl ihrer Mitglieder zu finden. Selbsthilfegruppen umfassen laut der geschäftsführenden Obfrau der Selbsthilfe Salzburg 10 bis 20 Mitglieder, Selbsthilfeorganisationen können einige Hundert Mitglieder haben. Vgl.: Interview am 1.12.2004, 9-10 Uhr, mit der geschäftsführenden Obfrau der Selbsthilfe Salzburg Frau Dr. Grafinger, Faberstraße 19-23; Interviewerin: Margret Macheiner

<sup>6</sup> Anm.: In einigen Bundesländern werden diese Einrichtungen Patientenanwaltschaften in anderen Bundesländern Patientenvertretungen genannt. Dies sind allerdings nur unterschiedliche Bezeichnungen für Einrichtungen mit dem gleichen Ziel und Zweck. Vergl.: *Bachinger Gerald* (2003). Außergerichtliche Streitbeilegung, in: *Aigner, Gerhard/Kletecka-Pulker, Maria/Kletecka, Andreas/Memmer, Michael* (Hg.): Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Manz, Mai 2003, II/59-II/60

Auf der Seite der ‚Produzenten‘ wird die *ÖÄK* behandelt. Auch hier soll wie auf ‚Konsumentenseite‘ vor allem die Bundesebene der Interessenvertretung analysiert werden. Ihre Mitglieder sind die *Länderärztekammern*, welche wiederum die Ärzte als Mitglieder vertreten.

### 1.2.2. Zeitlich

Im Rahmen dieser Arbeit wird auf den Konflikt ‚Chefarztpflicht neu‘ eingegangen. Dieser wurde in der *Österreichischen Ärztezeitung* über das gesamte Jahr 2004 bis Anfang Februar d.J. beobachtet, in der *Ärztewoche* von Dezember 2004 bis Mitte Februar 2005. In den Tagesprintmedien *Salzburger Nachrichten* und *Die Presse* wurde dieser Konflikt in seiner ‚heißen Phase‘ v.a. zwischen Oktober 2004 und Jänner 2005 beobachtet. Die jeweiligen Homepages wurden auch für den angegebenen Zeitraum zur Rate gezogen.

### 1.3. **Methodische Umsetzung**

Den Ausgangspunkt der Arbeit bildet ein theoretischer Rahmen. Dieser setzt sich im Wesentlichen aus Ausführungen zu Interessenpolitik im Zusammenhang mit Interessenverbänden/-gruppierungen und dem Konfliktfeld ‚Konsument – Produzent‘ zusammen. Dazu wurde auf Fachliteratur der Autoren *Everhard Holtmann* (1994)<sup>7</sup>, *Franz Lehner*<sup>8</sup> und *Gerhard Himmelmann* (1983)<sup>9</sup> zurückgegriffen.

Folgende Überlegungen waren für die Auswahl der genannten theoretischen Herangehensweise von Bedeutung: Zum Einen handelt es sich beim Forschungsgegenstand, den Interessensverbänden/-gruppierungen, um wichtige ‚Player‘ – als ‚input‘-Faktoren - im politischen System. Zum Anderen, besteht aber zwischen diesen ‚Playern‘ keine Chancengleichheit hinsichtlich der Durchsetzbarkeit ihrer Interessen. Deshalb werden die Patienteninteressen und die Ärzteinteressen in den Rahmen ‚Konsument – Produzent‘ gesetzt: Die Ärzte, als (Gesundheits)Produzenten sind als Inhaber spezieller Funktionen und eines speziellen Know-Hows in ihrer Durchsetzungsfähigkeit sehr viel stärker, als die heterogene Gruppe der (Gesundheits)Konsumenten (Patienten), welche weder über spezielle Funktionen noch über Kontrollmöglichkeiten verfügen und dadurch schwach in der Durchsetzung ihrer Interessen sind.

---

<sup>7</sup> *Holtmann, Everhard* (Hg.) (1994). Politik-Lexikon, Zweite überarbeitete und erweiterte Auflage, Oldenbourg-Verlag, München/Wien

<sup>8</sup> *Lehner, Franz* (1983). Interessen als Paradigma der sozialwissenschaftlichen Analyse, in: *Alemann v., Ulrich, Forndran, Erhard* (Hg.) (1983). Interessenvermittlung und Politik. Interesse als Grundbegriff sozialwissenschaftlicher Lehre und Analyse, Westdeutscher Verlag, Duisburg/Braunschweig

<sup>9</sup> *Himmelmann, Gerhard* (1983). Interesse als Paradigma der sozialwissenschaftlichen Lehre: Didaktisches Modell und Fallstudie, in: *Alemann v., Ulrich, Forndran, Erhard* (Hg.) (1983). Interessenvermittlung und Politik. Interesse als Grundbegriff sozialwissenschaftlicher Lehre und Analyse, Westdeutscher Verlag, Opladen,

Dieser theoretische Rahmen soll in der Folge mit empirischem Material gefüllt werden. Dazu wurden zwei qualitative, teilstrukturierte face-to-face Interviews durchgeführt: Zum Einen mit der *Salzburger Patientenvertreterin* und zum Anderen mit der geschäftsführenden Obfrau der *Selbsthilfe Salzburg (Dachverband der Salzburger SHG)*. Diese beiden Interviews dienen als Modell für die jeweils anderen Landesorganisationen, da diese vom Prinzip her nach dem selben Muster aufgebaut sind. Mit der Sprecherin der *ArGe Selbsthilfe Österreich* und dem Sprecher der *ARGE-PA* wurden jeweils Email-Befragungen durchgeführt, zusätzlich wurde von diesen Vertretern entsprechendes Datenmaterial zur Verfügung gestellt.

Es soll noch angemerkt werden, dass die vielleicht einseitig erscheinende Befragung auf Seiten der Patienteninteressenvertretungen v.a. daher zustande kam, da diese in der Öffentlichkeit (z.B. in den Tagesprintmedien) während des beobachteten Zeitraums kaum in Erscheinung traten, wohingegen die *ÖÄK* ‚ständig‘ in der medialen Öffentlichkeit präsent war und Informationen auch über diverse Fachzeitschriften, den aktuellen Seiten auf der Homepage, etc. zugänglich waren.

Des Weiteren wurde vor allem im Hinblick auf die Beobachtung eines aktuellen Konflikts (‚Chefarztpflicht neu‘) eine Medienanalyse durchgeführt. Dafür wurden die Tagesprintmedien *Salzburger Nachrichten* und *Die Presse*, im Zeitraum Oktober 2004 bis Jänner 2005 herangezogen. Einschlägige Zeitschriften, wie die *Österreichische Ärztezeitung* (Beobachtungszeitraum Jänner 2004 bis Anfang Februar 2005) und *Ärztewoche* (Beobachtungszeitraum Dezember 2004 und Mitte Februar 2005) wurden dazu als weitere Quellen verwendet.

Ferner dienten die Homepages der jeweiligen Interessenorganisationen sowie Geschäftsordnungen und Tätigkeitsberichte, etc. als Informationsquellen.

#### **1.4. Aufbau der Arbeit**

Der folgende Hauptteil wird unter Punkt 2 mit dem bereits erwähnten Theorieteil über Interessenpolitik und dem Konfliktfeld ‚Konsument – Produzent‘ eingeleitet. Anschließend werden die Interessenorganisationen der Patienten und der Ärzte aufgrund der folgenden Kriterien analysiert:

Unter Punkt 3 werden Organisationsstruktur, innere und äußere Legitimation, Mitglieder sowie die Aufgaben bzw. Zuständigkeiten der jeweiligen Organisationen behandelt; zusätzlich ist ein Exkurs zur Kontrolle der Ärzte hinsichtlich ‚Qualitätssicherheit‘ angefügt.

Punkt 4 setzt sich mit der Konkurrenzsituation zwischen den jeweiligen Interessengruppierungen auseinander.



Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit und Störpotential sind Gegenstand des 5. Punktes und die Nähe bzw. Ferne der einzelnen Interessenorganisationen zum politischen System werden unter Punkt 6 behandelt.

Punkt 7 setzt sich mit einem aktuellen Konflikt, der auch in der Öffentlichkeit Aufmerksamkeit erregt hat, auseinander. Es ist die Auseinandersetzung im Zusammenhang mit der ‚Chefarztpflicht neu‘. Verschiedene Akteure waren an diesem Konflikt in unterschiedlicher Intensität beteiligt. Im Rahmen dieser Arbeit werden ausschließlich die Standpunkte und Vorgehensweisen der *ArGe Selbsthilfe Österreich*, der *ARGE-PA* und der *ÖÄK* behandelt. Wie aber in diesem Kapitel ersichtlich wird, waren diese Akteure in einem sehr unterschiedlichen Maß an der Auseinandersetzung beteiligt.

## 2. Theoretischer Rahmen

Der Theorieteil umfasst, wie schon unter Punkt 1.3. ausgeführt, das Feld der Interessenspolitik in Bezug auf Interessensgruppierungen und das Konfliktfeld ‚Konsument – Produzent‘.

### 2.1. *Interessenspolitik in Bezug auf Interessensgruppierungen*

Nach *Everhard Holtmann* werden in einer freiheitlichen Gesellschaft die individuellen Rechte eines jeden Menschen anerkannt und sind Ausgangspunkt jeder politischen Gestaltung. Nichtsdestotrotz muss die sich daraus ergebende Vielfalt und Pluralität an Interessen in eine gesamtgesellschaftliche Ordnung gebracht werden, welche die unterschiedlichen Interessen in Balance halten soll. Dabei ist zu beachten, dass neben den politischen Parteien, den Medien und den Institutionen von Gesetzgebung, Rechtssprechung und Verwaltung, gerade die Interessensverbände bzw. -gruppierungen es sind, die zu einer Ordnung der Interessen in der Gesellschaft beitragen. Als entscheidende Träger und Transporteure der Interessen bzw. Interessenspolitik sind sie damit wichtige Akteure im politischen Willensbildungsprozess.<sup>10</sup>

Es besteht jedoch kein Machtgleichgewicht und keine Chancengleichheit zwischen den Interessensorganisationen. Sie weisen in ihrer Aktions-, Konflikt- und Durchsetzungsfähigkeit erhebliche Unterschiede auf. *Holtmann* hält fest, dass vor allem

,organisierte Interessen in gesellschaftlichen Schlüsselbereichen mit hohem Sachverstand und einem großen Personal- und Verwaltungsapparat sowie finanziell starke Interessensverbände über ein erhebliches politisches Durchsetzungsvermögen (verfügen).<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Anm.: Funktionen der Interessenverbände bzw. Interessengruppen: Interessenhomogenisierung, Interessenselektion, Interessenaggregation, Interessenmobilisierung, Interessenartikulation, Interessentransport. Vgl. *Holtmann, Everhard* (Hg.) (1994). Politik-Lexikon, Zweite überarbeitete und erweiterte Auflage, Oldenbourg-Verlag, München/Wien, 263

<sup>11</sup> *Holtmann, Everhard* (Hg.) (1994). Politik-Lexikon, Zweite überarbeitete und erweiterte Auflage, Oldenbourg-Verlag, München/Wien, 263

Ich meine, dass die *ÖÄK* dieser Beschreibung von *Holtmann* entspricht.

Praktisch zeigt sich die Interessenspolitik der *ÖÄK* m. E. vor allem an zwei der drei Formen der Interessendurchsetzung nach *Everhard Holtmann*: Lobbying und Pressure; die dritte Möglichkeit wäre Patronage<sup>12</sup>. Die Interessenpolitik der Patientenvertretung (*Selbsthilfe* und *PA*<sup>13</sup>) würde ich demgegenüber nur auf das Lobbying beschränken.

Unter Lobbying versteht *Holtmann*, den Versuch durch Vorsprache in Ministerien oder bei Spitzenpolitikern bzw. durch Beteiligung an Fachgesprächen u.ä.m. sich in die Entscheidungen einzubinden bzw. die Leitlinien der Regierungspolitik zu beeinflussen. Wenn durch diese Vorgangsweise das angestrebte Ziel nicht erreicht wird, kann Lobbying in Pressure-Politik übergehen. Mit aktiver Pressure-Politik will man laut *Holtmann* durch z.B. Kundgebungen, Demonstrationen, etc. öffentliche Aufmerksamkeit erregen. Dabei spielt die Mobilisierung der öffentlichen Meinung in den Medien eine große Rolle. Das Ziel dabei ist, die gegnerischen Interessen zumindest zu neutralisieren, wenn nicht ins ‚schiefe Licht‘ zu rücken und die eigenen Interessen als gemeinwohldienend zu positionieren.

Die dritte Form ist die Patronage. Damit ist gemeint, dass spezifische Positionen im politisch-administrativen Bereich mit Fachpersonal der Interessengruppierungen besetzt werden, um dadurch den bestehenden Einfluss abzusichern oder sogar zu mehren; zur Spitze getrieben bedeutet dies eine wechselseitige Verflechtung von politischen Entscheidungsträgern und organisierter Interessenpolitik.

## 2.2. *Konfliktfeld ‚Konsument - Produzent‘*

*Himmelmann* nennt sechs grundlegende Problem- bzw. Interessensfelder der Gesellschaft, die jeweils zueinander in Konkurrenz stehen und in mehr oder minder scharfer Form in Konflikt geraten können.

Dabei handelt es sich um folgende Konfliktfelder:

- Bürger versus Staat
- Konsumenten versus Produzenten
- Arbeit versus Kapital
- Staat versus Privatwirtschaft
- Individuum versus Öffentlichkeit

---

<sup>12</sup> Vergl.: *Holtmann, Everhard* (Hg.) (1994). Politik-Lexikon, Zweite überarbeitete und erweiterte Auflage, Oldenbourg-Verlag, München/Wien, 264-265

<sup>13</sup> Anm. d. Verf.: die Bezeichnung *Selbsthilfe* und *Patientenanzwaltschaft (PA)* wird verwendet, wenn die Ausführungen/Erklärungen allgemein gemeint sind, d.h. alle oben beschriebenen Ebenen betreffen (lokal, Land, Bund), dies trifft auch für die Bezeichnung *Ärztammer* zu

➤ Umwelt versus Industriesystem<sup>14</sup>

Im Rahmen dieser Arbeit wird das Feld ‚Konsument – Produzent‘ behandelt. Um nun dieses Konfliktfeld für die Patienten-Ärzte - Beziehung anwenden zu können, müssen die Ausführungen von *Himmelmann* an die konkrete Situation angepasst werden. Im Grunde aber, geht es um dasselbe: um ‚Regulierung der Güterknappheit‘ (hier: Regulierung der Gesundheitsversorgung bzw. der (knappen) Gesundheitsleistungen) und ‚Verteilung des Volkswohlstandes‘<sup>15</sup> (hier: Verteilung der Volksgesundheit bzw. Verteilung der Gesundheitsleistungen in der Bevölkerung). Die Anbieter von ‚Gütern‘ sind die Ärzte, die Nachfrager nach ‚Gütern‘ sind die Patienten.

Zu dem, wie sich die Tauschbeziehung zwischen Anbieter und Nachfrager abspielt, meint *Himmelmann* folgendes:

‚Die relativen Chancen der Befriedigung privater Erwerbsinteressen auf der Seite der Produzenten und der Versorgungsinteressen auf der Seite der Konsumenten bestimmen sich nach dem Potential der Beteiligten, als tauschbestimmende Wirtschaftssubjekte wirksam werden zu können. Neben dem Prinzip des Wettbewerbstauches wirkt der Interventionsstaat durch ein differenziertes Geflecht regulativer Politik auf dieses Konfliktfeld ein‘<sup>16</sup>

Auf den Begriff ‚tauschbestimmende Wirtschaftssubjekte‘ möchte ich näher eingehen: In gewisser Weise kann man die Patient/Arzt - Beziehung als solches bezeichnen. Aus meiner Beobachtung ergeben sich aber folgende Einschränkungen: Bei *Himmelmann* handelt es sich m.E. um einen autonomen Konsumenten; beim Patienten handelt es sich aber m.E. nicht um einen autonomen Konsumenten. Er/sie kann sich zwar vielleicht den Arzt (Produzent) aussuchen, aber auf keinen Fall die Behandlung (Produkt), weil ihm/ihr dazu u.a. das nötige Wissen, Information, das nötige Kapital, etc. fehlt. Er/sie muss also mehr oder weniger vertrauen, dass die richtige Behandlung angewendet wird; noch dazu kann der Patient die Therapie meist nicht wo anders ein zweites Mal machen (z.B. Herzoperation). Des Weiteren kann der Patient/in i.d.R. auf die Behandlung (Produkt) nicht verzichten, er/sie kann keine Produktverweigerung vornehmen, damit keinen bzw. kaum Druck auf die Produzenten (Ärzte) ausüben. D.h. die ‚Bestimmung des Tausches‘ geht zu lasten des Patienten und zugunsten des Arztes, sie ist nicht gleichberechtigt, sie findet auf einer schiefen Ebene statt.

Nichtsdestotrotz bestehen Interdependenzen: der Arzt kann ohne den Patienten nicht existieren; er muss ihm/ihr also in gewisser Weise entgegen kommen. Ein weiterer Punkt, der für den Patienten spricht ist, dass in einem Interventionsstaat („Sozialstaat Österreich“) dafür gesorgt ist, dass jeder

---

<sup>14</sup> *Himmelmann, Gerhard* (1983). Interesse als Paradigma der sozialwissenschaftlichen Lehre: Didaktisches Modell und Fallstudie, in: *Alemann v., Ulrich, Forndran, Erhard* (Hg.) (1983). Interessenvermittlung und Politik. Interesse als Grundbegriff sozialwissenschaftlicher Lehre und Analyse, Westdeutscher Verlag, Opladen, 17

<sup>15</sup> Ebd., 15

<sup>16</sup> Ebd., 15

potentielle Patient in den Genuss zumindest der ‚Standardgüter‘ („Standard-Gesundheitsversorgung“) kommt.

### 2.2.1. Organisations- und Konfliktfähigkeit

Wie aus den soeben geschilderten Ausführungen hervorgeht, stellt sich die sogenannte Organisations- bzw. Konfliktfähigkeit bei den Patienteninteressenvertretungen und der Ärzteinteressenvertretung jeweils unterschiedlich dar. *Lehner* meint dazu, dass i.d.R.

„die Interessen kleiner Gruppen, die Produktionsmittel oder spezialisierte Produktionsfunktionen kontrollieren (z.B. Ärzte, Fluglotsen oder Unternehmer), sehr viel stärker organisations- und konfliktfähig (sind), als die Interessen großer Bevölkerungsgruppen ohne Kontrolle über Produktionsmittel und spezialisierte Funktionen (z.B. Patienten, Passagiere und Umweltschützer)<sup>17</sup>.

D.h. in diesem Fall, dass infolge der genannten ungleichen Organisations- und Konfliktfähigkeit, die Durchsetzung der Ärzteinteressen gegenüber den Patienteninteressen begünstigt ist. Des Weiteren kann man anfügen, dass die Vermittlung der jeweiligen Interessen nicht wirklich im Konkurrenzkampf stattfindet. Für die *Ärztammer*<sup>18</sup>, als einflussreichem Interessenverband, stellt die Patientenvertretung nicht wirklich einen Konkurrenten dar. *Lehner* meint dazu, dass

„gut organisierte und konfliktfähige Interessen mangels Konkurrenz eine besondere Durchsetzungsfähigkeit gegenüber staatlichen Instanzen (erhalten), während schwächer organisations- und konfliktfähige Interessen im Rahmen der üblichen Interaktionen mit staatlichen Instanzen kaum durchsetzungsfähig sind“<sup>19</sup>.

Dieser Umstand kann in der Folge dazu führen, dass der Staat unter dem Druck gut organisierter Interessen ‚protektionistisch in den Markt interveniert‘. So werden bestimmte Berufsgruppen, wie beispielsweise Ärzte, einerseits durch Gesetze bzw. Verordnungen gegen wirtschaftlichen Wettbewerb abgeschirmt, und andererseits gelingt es ihnen unangenehme Gesetze (z.B. auf dem Gebiet der Verbraucher, Umweltschützer, Patienten) wenn nicht zu verhindern, dann zumindest abzuschwächen.<sup>20</sup> Des Weiteren sind die einzelnen Bürokratien auch oft von gut organisierten und konfliktfähigen Interessensgruppen abhängig, da diese nicht auf das spezialisierte Know-how dieser Gruppen (z.B. Spezialwissen der Ärzte) verzichten können.

---

<sup>17</sup> *Lehner, Franz* (1983). Interessen als Paradigma der sozialwissenschaftlichen Analyse, in: *Alemann v., Ulrich/ Forndran, Erhard* (Hg.) (1983). Interessenvermittlung und Politik. Interesse als Grundbegriff sozialwissenschaftlicher Lehre und Analyse, Westdeutscher Verlag, Duisburg/Braunschweig, 103

<sup>18</sup> Anm. d. Verf.: Die Bezeichnung ‚Ärztammer‘ wird im Rahmen dieser Arbeit dann verwendet, wenn diese Interessenvertretung allgemein (also auf Landes- und auf Bundesebene) gemeint ist bzw. gemeint sein kann.

<sup>19</sup> *Lehner, Franz* (1983). Interessen als Paradigma der sozialwissenschaftlichen Analyse, in: *Alemann v., Ulrich/ Forndran, Erhard* (Hg.) (1983). Interessenvermittlung und Politik. Interesse als Grundbegriff sozialwissenschaftlicher Lehre und Analyse, Westdeutscher Verlag, Duisburg/Braunschweig, 104

<sup>20</sup>Vgl. Ebd., 105

*Zusammenfassend* kann man festhalten: Es besteht ein Ungleichgewicht in der Aktions-, Konflikt- und Durchsetzungsfähigkeit von Interessen in einem politischen System. Durch das Innehaben spezieller Funktionen und der Kontrolle darüber sind beispielsweise die Ärzte als kleine Gruppe sehr viel stärker organisations- und konfliktfähig als die große heterogene Gruppe der Patienten, die weder über spezielle Funktionen, noch über Produktionsmittel oder Kontrolle verfügen. Dieses Ungleichgewicht kann jedoch zu ‚sekundären Prozessen‘<sup>21</sup> führen. Darunter ist zu verstehen, dass sich schwache Organisationen wie die Patientenvertretungen stärker positionieren und mehr (vom Staat) fordern, wie z.B. die gesetzliche Verankerung von Patientenrechten.

### 3. Organisation, innere/äußere Legitimation und Mitglieder

Im folgenden werden jeweils die organisierten Interessen der *Selbsthilfe* (Punkt 3.1.), *Patienten-anwaltschaft (PA)* (Punkt 3.2.) und der *Ärztelkammer* (Punkt 3.3.) hinsichtlich ihrer Organisationsstruktur, Legitimation und Mitglieder analysiert. Ferner wird jeweils auf deren Aufgaben bzw. Zuständigkeiten eingegangen. Das Kapitel endet mit einem Exkurs zur Kontrolle der Ärzte.

#### 3.1. *Selbsthilfe: Organisationsstruktur, innere/äußere Legitimation, Mitglieder*

*Selbsthilfe* findet in Österreich auf drei Ebenen statt: Erstens, auf unterster Ebene in den *Selbsthilfeorganisationen* (Selbsthilfegruppen und Selbsthilfevereine), dessen Mitglieder die Patienten bzw. deren Angehörige sind; zweitens, auf regionaler Ebene bzw. Landesebene durch *Kontaktstellen* bzw. *Dachverbände* und drittens auf Bundesebene in der *ArGe Selbsthilfe Österreich*.

Ein *Selbsthilfe-Dachverband* ist ein Zusammenschluss von *Selbsthilfeorganisationen* (Mitglieder) in einem Bundesland nach dem Vereinsgesetz mit meist ehrenamtlichen Vorstand und hauptamtlichen MitarbeiterInnen. Die *Dachverbände* sind gemeinnützig und nicht auf Gewinn ausgerichtet. Ferner sind sie weder partei- noch konfessionsgebunden. Der gesamte Vorstand der *Dachverbände* wird von den Mitgliedern in der Generalversammlung gewählt. Auch die Wahlvorschläge werden von den einzelnen *Selbsthilfeorganisationen* eingebracht.

Regionale *Selbsthilfe-Kontaktstellen* haben entweder eine Trägerorganisation, deren Hauptzweck nicht nur auf die Selbsthilfeunterstützung ausgerichtet ist oder sie sind innerhalb von Stadtmagistraten im

---

<sup>21</sup> *Lehner, Franz* (1983). Interessen als Paradigma der sozialwissenschaftlichen Analyse, in: *Alemann v., Ulrich/ Forndran, Erhard* (Hg.) (1983). Interessenvermittlung und Politik. Interesse als Grundbegriff sozialwissenschaftlicher Lehre und Analyse, Westdeutscher Verlag, Duisburg/Braunschweig, 108

Rahmen der Gesundheits- und Sozialreferate eingerichtet.<sup>22</sup> Ihre Tätigkeit ist räumlich begrenzt während ein *Dachverband* das gesamte Bundesland abdeckt. Deshalb ist es das Ziel der Selbsthilfe, in allen Bundesländern *Dachverbände* einzurichten, um schließlich ein lückenloses Selbsthilfe-Netz über ganz Österreich spannen zu können.<sup>23</sup>

Die *ArGe Selbsthilfe Österreich* besteht seit Jänner 2000 und ist ein freiwilliger Zusammenschluss aller themenübergreifenden *Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen* (*Selbsthilfe-Dachverbände* und *Kontaktstellen*) Österreichs. Die Arbeitsgemeinschaft ist gemäß der Bundesabgabenordnung gemeinnützig und nicht auf Gewinn ausgerichtet. Ferner ist diese, so wie die *Dachverbände* auf Landesebene, unabhängig, d.h. weder an eine politische Partei noch an eine Konfession gebunden.

Die Koordination und Vertretung nach außen übernimmt eine SprecherIn. Derzeit ist dies die Obfrau des *Kärntner Dachverbandes Frau Mag. Maier*. Die Sprecherin/der Sprecher wird von den Mitgliedern der *ArGe Selbsthilfe Österreich* für zwei Jahre gewählt. Diese Funktion ist nach dem Rotationsprinzip geregelt, d.h. alle zwei Jahre übernimmt eine SprecherIn eines anderen Bundeslandes diese Funktion. Voraussetzung ist, dass die jeweilige SprecherIn hauptamtlich in einer *Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtung* beschäftigt ist, jedoch ohne Zugehörigkeit zu einer spezifischen Selbsthilfeorganisation.<sup>24</sup>

### 3.1.1. Aufgaben / Zuständigkeiten

Um den *Selbsthilfeorganisationen* eine effektive und kontinuierliche Arbeit zu ermöglichen, wurden in den Ländern seit Ende der achtziger Jahre die zwei bereits erwähnten Unterstützungsmodelle - *Selbsthilfe-Dachverbände* und *Selbsthilfe-Kontaktstellen* - entwickelt. Beide zusammen werden *Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen* genannt, da es die Aufgabe beider Modelle ist, die Selbsthilfeaktivitäten zu unterstützen.<sup>25</sup>

Zu den wesentlichen Aufgaben der *Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen* gehören:

- Die Erleichterung des Zugangs zu bestehenden Selbsthilfegruppen für Selbsthilfe-Interessenten/innen bzw. deren Unterstützung bei der Gründung einer Selbsthilfegruppe.
- Die Förderung und Unterstützung bestehender Selbsthilfegruppen, besonders im organisatorischen und administrativen Bereich.

<sup>22</sup> *Konzept der ArGe Selbsthilfe Österreich* – November 2001, Aktualisierte Fassung Februar 2004, 1-2; erhalten von Frau Mag. Monika Maier, Sprecherin der *ArGe Selbsthilfe Österreich* via Email am 3.2.2005

<sup>23</sup>Vgl. Interview am 1.12.2004, 9-10 Uhr, mit der *geschäftsführenden Obfrau der Selbsthilfe Salzburg Frau Dr. Grafinger*, Faberstraße 19-23; Interviewerin: Margret Macheiner; Interviewabschrift, 1-2

<sup>24</sup>E-Mail-Interview mit Frau Mag. Monika Maier, Sprecherin der *ArGe Selbsthilfe Österreich*, vom 3.2.2005 und *Konzept der ArGe Selbsthilfe Österreich* (2001). Wer sind wir?, November 2001, aktualisierte Fassung Februar 2004, 1-5

<sup>25</sup> *Konzept der ArGe Selbsthilfe Österreich* – November 2001, Aktualisierte Fassung Februar 2004, 1-2; erhalten von Frau Mag. Monika Maier, Sprecherin der *ArGe Selbsthilfe Österreich* via Email am 3.2.2005

- Die Spezifische Weiterbildung für Vertreter/innen von Selbsthilfegruppen
- Die Kooperation mit relevanten Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialbereich, um selbsthilfegruppenspezifische Anliegen einzubringen.
- Die ‚Förderung eines selbsthilfefreundlichen Klimas‘<sup>26</sup>

Daneben stellt, so die Obfrau der *Selbsthilfe Salzburg*, die Öffentlichkeitsarbeit ein sehr wichtiges Betätigungsfeld dar. Des Weiteren werden gesundheits- und sozialpolitische Aktivitäten gesetzt und – oft zusammen mit der *PA* – allgemeine patientenrelevante Thematiken aufgegriffen. Im Rahmen der Gesundheits- und Sozialpolitik wird zu Gesetzen und Verordnungen Stellung genommen und generell die Nähe zu den politischen Institutionen gesucht.<sup>27</sup>

Die Tätigkeit der *ArGe Selbsthilfe Österreich* erstreckt sich auf das gesamte Bundesgebiet. Entscheidungen werden bei den Sitzungen (mindestens vier Mal jährlich moderierte Arbeitssitzungen) getroffen bzw. durch Umlaufbeschlüsse eingeholt.

An Veranstaltungen auf Bundesebene (z.B. im Ministerium, Hauptverband der Sozialversicherungsträger) nehmen die Sprecherin/der Sprecher der *ArGe Selbsthilfe Österreich* und Vertreter/innen der *Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen* aus den Bundesländern teil.<sup>28</sup>

Die Aufgabe der *ArGe Selbsthilfe Österreich* ist es, die Anliegen, Bedürfnisse und Interessen der *Selbsthilfe-Dachverbände* und *-Kontaktstellen* im Sozial- und Gesundheitsbereich in den entsprechenden Gremien einzubringen. Damit haben weit über 1000 Selbsthilfeorganisationen in ganz Österreich ein gemeinsames Sprachrohr. Gleichzeitig soll damit auch sichergestellt werden, dass nicht Einzelinteressen vertreten werden, sondern die Anliegen einer breiten Basis eingebracht werden.

Weiters soll der Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen den *Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen* auf regionaler bzw. Landesebene ermöglicht werden und ihre Kooperation gefördert werden. Profil und Qualität der Selbsthilfeunterstützung soll aneinander angeglichen und stabilisiert werden.

Ferner stellt die *ArGe Selbsthilfe Österreich* den Entscheidungsträgern auf Bundesebene, wie beispielsweise dem *Bundesministerium* oder dem *Hauptverband der österreichischen*

---

<sup>26</sup> *Konzept der ArGe Selbsthilfe Österreich* – November 2001, Aktualisierte Fassung Februar 2004, 2; erhalten von Frau Mag. Monika Maier, Sprecherin der *ArGe Selbsthilfe Österreich* via Email am 3.2.2005

<sup>27</sup> Vgl. *Selbsthilfe Salzburg* (2004). *Selbsthilfe Salzburg News* (2), 2004 und *Selbsthilfe Salzburg* (2004). Jahresbericht Juni 2002 bis Mai 2004

<sup>28</sup> E-Mail-Interview mit Frau Mag. Monika Maier, Sprecherin der *ArGe Selbsthilfe Österreich*, vom 3.2.2005 und *Konzept der ArGe Selbsthilfe Österreich* (2001). *Wer sind wir?*, November 2001, aktualisierte Fassung Februar 2004, 1-5

*Sozialversicherungsträger*, ihre fachliche Kompetenz in selbsthilferelevanten Fragen zur Verfügung. Schließlich soll die Akzeptanz der Selbsthilfe im Gesundheits- und Sozialbereich erhöht werden.<sup>29</sup>

*Zusammenfassend* kann zu diesem Kapitel festgehalten werden, dass die *Selbsthilfe* von ihren Mitgliedern zur Ausübung ihrer Tätigkeit legitimiert ist: Einerseits durch die direkt demokratische Entstehungsweise der *Selbsthilfeorganisationen* und andererseits durch den von den Mitgliedern demokratisch gewählten Vorstand der *Dachverbände* sowie die/den demokratisch gewählte(n) Sprecher/in auf Bundesebene. Die äußere Legitimation ist durch die Bestimmungen des (gemeinnützigen) Vereinrechts gegeben.

### **3.2. *Patientenanwaltschaft (PA): Organisationsstruktur, innere/äußere Legitimation, Mitglieder***

Einleitend möchte ich zu diesem Kapitel festhalten, dass als ‚Modell‘ der *PA* die *Salzburger Patientenvertretung*<sup>30</sup> herangezogen wird, da mir von dieser Organisation entsprechendes Informationsmaterial zur Verfügung steht und ich die Möglichkeit hatte mit der *Salzburger Patientenvertreterin Frau Dr. Zsifkovic* ein Interview zu führen. Aufgrund der Aussagen von Frau *Dr. Zsifkovic* und *Dr. Bachinger (Sprecher der ARGE-PA)* sowie meiner Internetrecherchen (Homepages der einzelnen Landes-*PA*) sind die *PA* in allen Bundesländern nach demselben Prinzip organisiert.

In allen Bundesländern sind *Patientenanwaltschaften* bzw. *Patientenvertretungen* eingerichtet. Die *Patientenanwälte/innen*, als Interessensvertreter der Patienten sind indirekt demokratisch legitimiert: Sie werden von den jeweiligen Landesregierungen bestellt und es handelt sich um eine Einrichtung aufgrund von Gesetzen (Landesgesetze und Patientencharta).<sup>31</sup> So wurde die *Salzburger Patientenvertreterin* von der *Salzburger Landesregierung* bestellt und ihre Tätigkeit ist im *Salzburger Krankenanstaltengesetz* geregelt (§ 10b des Salzburger Krankenanstaltengesetzes 1975, SKAG-i.d.g.F., eingeführt durch LGBl.Nr.76/1995). Sie vertritt die *Patientenvertretung* als deren Leiterin nach außen. In ihrer Tätigkeit ist sie unabhängig und weisungsfrei.

In der *PA* gibt es wenig Hierarchieebenen: Die Einrichtung in Salzburg besteht beispielsweise nur aus einer *Patientenanwältin*, deren Stellvertreter und einer geringen Zahl von Mitarbeitern. Die *Salzburger*

---

<sup>29</sup> *Konzept der ArGe Selbsthilfe Österreich* – November 2001, Aktualisierte Fassung Februar 2004, 2; erhalten von Frau *Mag. Monika Maier, Sprecherin der ArGe Selbsthilfe Österreich* via Email am 3.2.2005 und *Maier, Monika* (2004). Jahresbericht 2004. *ArGe Selbsthilfe Österreich*, 3-5; erhalten via Email am 13.3.05

<sup>30</sup> Anm. d. Verf.: Im Land Salzburg nennt sich die Patientenanwaltschaft *Salzburger Patientenvertretung*

<sup>31</sup> *Bachinger, Gerald* (2004). Patienten helfen. Visionen von PatientInnenbeteiligung. Gesundheitsreform und Partizipation, Dezember 2004, 12; Quelle: Zusendung via E-Mail durch *Patientenanwalt Dr. Bachinger* und auch unter der Internetadresse: [www.patientenanwalt.com](http://www.patientenanwalt.com) abrufbar



*Patientenvertretung* hat der *Salzburger Landesregierung* jährlich über ihre Tätigkeit zu berichten.<sup>32</sup> Mitglieder, in dem Sinne, gibt es in der Einrichtung *PA* nicht, da Patient sein in Bezug auf das Klientel der *PA* von zeitlich begrenzter Dauer ist.

Der Zusammenschluss der *PA* auf Bundesebene nennt sich *ARGE-Patientenanwälte (ARGE-PA)* und besteht seit 1999. Als gemeinsamer Sprecher fungiert zur Zeit der *niederösterreichische Patientenanwalt Dr. Bachinger*.<sup>33</sup>

### 3.2.1. Aufgaben / Zuständigkeiten

Die *PA* sind für die Wahrung und Sicherstellung der Rechte und Interessen der Patienten in allen Krankenanstalten (in Salzburg handelt es sich um 25 Krankenanstalten) und z.T. auch Pflegeheimen des Landes zuständig. Im Unterschied zur *Selbsthilfe*, welche die chronisch Kranken bzw. die Dauerpatienten vertritt und deshalb von sich behauptet ‚wir sind die Patienten‘<sup>34</sup>, vertritt die Patienten-anwaltschaft den ‚individuellen Fall‘. Die *Salzburger Patientenvertretung* ist darüber hinaus durch ein Arbeitsübereinkommen mit der *Ärztammer* für Salzburg auch für den niedergelassenen Bereich zuständig.<sup>35</sup> Des Weiteren hat die *Salzburger Patientenvertretung* auch die Geschäftsführung des *Salzburger Patientinnen- und Patientenentschädigungsfonds* inne. Das Salzburger Patientenentschädigungsgesetz besteht seit dem 2.7.2002 und regelt die Leistung von Entschädigungen in Zusammenhang mit medizinischer Behandlung in Salzburger öffentlichen oder privaten gemeinnützigen Krankenanstalten.<sup>36</sup>

Die Tätigkeit der Patienten-anwälte umfasst im Wesentlichen die Entgegennahme von Beschwerden von Patienten (betreffend Krankenhäuser, Seniorenheime oder niedergelassenem Bereich, welcher in die gesetzliche Zuständigkeit des *Patientenanwaltes/Patientenanwältin* fällt), die Ermittlung des Sachverhaltes und schließlich die Bereinigung des Konfliktes. Des Weiteren werden etwaige Mängel und Missstände im Krankenanstaltenbereich aufgezeigt. Laut der *Salzburger Patientenvertreterin* liegt

---

<sup>32</sup> Geschäftsordnung der *Salzburger Patientenvertretung* vom 2.12.1996

<sup>33</sup> Interview am 18.11.2004, 11.30 – 12.45 Uhr, mit *Frau Dr. Zsifkovic / Patientenvertreterin Salzburg*, Hubert Sattlergasse 18/3, 5020 Salzburg; Interviewerin: Margret Macheiner;

Anm. des Verf.: Diese Aussagen gelten auch für die folgenden Analyseebenen der organisierten Interessen (Punkt 4 bis Punkt 6)

<sup>34</sup> Interview am 1.12.2004, zw. 9-10 Uhr, mit der *geschäftsführenden Obfrau der Selbsthilfe Salzburg Frau Dr. Grafinger*, Faberstraße 19-23 (Salzburger Gebietskrankenkasse); Interviewabschrift 1,5

<sup>35</sup> Tätigkeitsbericht der *Salzburger Patientenvertretung*. Zeitraum 1.4.2002-31.3.2003 zur Vorlage beim Amt der Salzburger Landesregierung. 1. Aufgaben der Salzburger Patientenvertretung

<sup>36</sup> Tätigkeitsbericht der *Salzburger Patientenvertretung*. Zeitraum 1.4.2002-31.3.2003. Zur Vorlage beim Amt der Landesregierung. 4. Salzburger Patientenentschädigungsfonds

ihre Haupttätigkeit in der außergerichtlichen Bereinigung bzw. Schlichtung von individuellen Patientenbeschwerden.<sup>37</sup>

*Zusammenfassend* kann man festhalten, dass die äußere Legitimation der *PA* gegeben ist. Dies wird u.a. ersichtlich am Bestellungsmodus, der gesetzlichen Verankerung und der Kontrolle von außen (z.B. Abgabe eines jährlichen Tätigkeitsberichtes, Prüfung durch den Landesrechnungshof<sup>38</sup>). Hinsichtlich innere Legitimation und Mitglieder unterscheidet sich die *PA* von der *Selbsthilfe*: Zum Einen verfügt die *PA* über keine Mitglieder, zum Anderen gibt es keine demokratischen Wahlen der Repräsentanten, da die Patientenanwälte/innen indirekt demokratisch – von den jeweiligen Landesregierungen – legitimiert sind.

### **3.3. Die Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK): Organisationsstruktur, innere/äußere Legitimation, Mitglieder**

Die *ÖÄK* ist die gesetzliche Interessensvertretung aller in Österreich tätigen Ärzte und ist am Sitz der Bundesregierung eingerichtet. Sie ist eine Körperschaft öffentlichen Rechts. In die Zuständigkeit der *ÖÄK* fallen alle Angelegenheiten, welche die gemeinsamen beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen der Kammerangehörigen von zwei oder mehreren Ärztekammern berühren. Zur Vertretung des Ärztestandes in den Bundesländern sind jeweils *Länderärztekammern* eingerichtet.<sup>39</sup>

Die Organe der *Ärztekammern* auf Landesebene sind die Vollversammlung, der Kammervorstand, der Präsident und der (die) Vizepräsident(en), die Kurierversammlungen, u.a.m. Der Vollversammlung obliegt die Anordnung der Wahlen in die Vollversammlung und die Festsetzung der Zahl der Kammerräte. Sie besteht aus mindestens 12 und höchstens 100 Kammerräten. Diese werden durch allgemeine und gleiche Wahl nach den Grundsätzen des Verhältniswahlrechtes für die Dauer von vier Jahren berufen. Alle ordentlichen Kammerangehörigen sind sowohl zur Wahl der Kammerräte berechtigt als auch als solche wählbar.

Des Weiteren obliegt der Vollversammlung die Wahl des Präsidenten bzw. Vizepräsidenten der *Länderärztekammern*. Mit absoluter Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen wird aus ihrer Mitte der Präsident bzw. der Vizepräsident<sup>40</sup> gewählt. U.a. werden in der Vollversammlung die

<sup>37</sup> Vgl. Geschäftsordnung der *Salzburger Patientenvertretung* vom 2.12.1996 und Interview am 18.11.2004, 11.30 – 12.45 Uhr, mit *Frau Dr. Zsifkovic / Patientenvertreterin Salzburg*, Hubert Sattlergasse 18/3, 5020 Salzburg; Interviewerin: Margret Macheiner

<sup>38</sup> Interview am 18.11.2004, 11.30 – 12.45 Uhr, mit *Frau Dr. Zsifkovic / Patientenvertreterin Salzburg*, Hubert Sattlergasse 18/3, 5020 Salzburg; Interviewerin: Margret Macheiner

<sup>39</sup> Bundesgesetz: Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998 und Änderung des Ausbildungsgesetzes (1998). §117, §65; Quelle: [www.oegim.at/pdf/aerztegesetz.pdf](http://www.oegim.at/pdf/aerztegesetz.pdf), abgefragt am 24.11.2004

<sup>40</sup> Anm.: sofern nicht aufgrund der Satzung die Kurienobmänner zu Vizepräsidenten bestellt sind

Umlagenordnung und die Geschäftsordnung erlassen. Beschlussfähigkeit herrscht, wenn mindestens die Hälfte der Kammerräte anwesend ist. Die Beschlüsse werden grundsätzlich mit einfacher Mehrheit gefasst. Die Verhandlungen der Vollversammlung sind in der Regel für Kammerangehörige öffentlich.<sup>41</sup>

Die wichtigsten Organe der *ÖÄK* sind die Vollversammlung, der Vorstand und der Präsident. Die Vollversammlung wird vom Präsidenten der *ÖÄK* einberufen und besteht aus den Präsidenten, Vizepräsidenten und Kurienobmännern<sup>42</sup> aller *Ärzttekammern* in den Bundesländern sowie den Bundeskurienobmännern und ihren Stellvertretern. Die Vollversammlung ist beschlussfähig wenn zwei Drittel der stimmberechtigten Vollversammlungsmitglieder anwesend sind. Für die Beschlüsse der Vollversammlung ist die Zweidrittelmehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen erforderlich. Der Vollversammlung obliegt die Wahl des Präsidenten, der Vizepräsidenten, des Finanzreferenten und dessen Stellvertreter.

Dem Vorstand obliegt u.a. die Verwaltung des Vermögens der *ÖÄK* und die Durchführung der gesetzlich geregelten Aufgaben. Der Präsident vertritt die *ÖÄK* nach außen. Ihm obliegt die Durchführung der Beschlüsse der Organe der Kammer und er leitet die Geschäfte. Er hat die Einheit des Standes zu wahren. Er wird von der Vollversammlung aus dem Kreis der Präsidenten der *Landesärztekammern* mit absoluter Mehrheit für die Dauer von vier Jahren gewählt. Er und die Vizepräsidenten haben nach ihrer Wahl in die Hand des Gesundheitsministers das Gelöbnis auf Einhaltung der Gesetze und die getreue Erfüllung ihrer Obliegenheiten abzulegen.<sup>43</sup>

### 3.3.1. Mitglieder

In der *ÖÄK* besteht Zwangsmitgliedschaft. Die Mitglieder der *ÖÄK* sind die *Ärzttekammern* in den Bundesländern. Die Mitglieder der *Ärzttekammern* auf Landesebene sind die Ärzte (welche in der von der *ÖÄK* geführten Ärzteliste eingetragen sind). Alle Kammerangehörigen sind verpflichtet die Beschlüsse der *Ärzttekammer* zu befolgen sowie die festgesetzten Umlagen und Wohlfahrtsfondsbeiträge zu leisten. Sie sind berechtigt zur Wahl der Kammerräte sowie zur Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds und anderer Einrichtungen der

---

<sup>41</sup> Bundesgesetz: Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998 und Änderung des Ausbildungsgesetzes (1998). §§73-80; Quelle: [www.oegim.at/pdf/aerztegesetz.pdf](http://www.oegim.at/pdf/aerztegesetz.pdf), abgefragt am 24.11.2004

<sup>42</sup> Anm. des Verf.: In den *Ärzttekammern* sind eingerichtet: 1. die Kurie der angestellten Ärzte, 2. die Kurie der niedergelassenen Ärzte sowie 3. die Kurie der Zahnärzte, siehe Ärztegesetz 1998, §71 (1) Quelle: [www.oegim.at/pdf/aerztegesetz.pdf](http://www.oegim.at/pdf/aerztegesetz.pdf), abgefragt am 24.11.2004;

<sup>43</sup> Bundesgesetz: Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998 und Änderung des Ausbildungsgesetzes (1998). §§120-125; Quelle: [www.oegim.at/pdf/aerztegesetz.pdf](http://www.oegim.at/pdf/aerztegesetz.pdf), abgefragt am 24.11.2004

*Ärztammer* und haben Anspruch auf die Wahrung ihrer beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen durch die Kammer.<sup>44</sup>

### 3.3.2. Aufgaben / Zuständigkeiten

Hier soll nicht der gesamte Aufgabenkatalog der *ÖÄK* zur Sprache kommen, sondern gezielt die Aufgaben aufgezählt werden, die im Zusammenhang mit dem Thema dieser Arbeit wichtig erscheinen. Dazu zählen die folgenden Zuständigkeiten:

- Gutachten, Vorschläge und Berichterstattung an die Behörden betreffend das Gesundheitswesen, Ausbildung der Ärzte sowie alle sonstigen Angelegenheiten, welche die Interessen der gesamten österreichischen Ärzteschaft berühren
- Errichtung und Unterhaltung von wirtschaftlichen Einrichtungen sowie eines Wohlfahrtsfonds zur Versorgung und Unterstützung der Kammerangehörigen und deren Hinterbliebenen
- Erstattung eines Jahresberichtes an das Gesundheitsministerium, sowie Vorschläge zur Behebung von Mängeln
- Erlassung von Richtlinien über die angemessene Honorierung ärztlicher Leistungen
- Schlichtungsverfahren
- Überprüfung und Begutachtung von Gesetzes- und Verordnungsentwürfen, die Ärzteinteressen berühren<sup>45</sup>

*Zusammenfassend* kann festgehalten werden, dass die innere Legitimation durch die demokratische Wahl der Kammerräte (Vollversammlung auf Landesebene) sowie der Präsidenten/Vizepräsidenten (jeweils durch die Vollversammlung) in hohem Maße gegeben ist. In der Vollversammlung (auf Bundesebene) sind alle Länder und Kurien durch ihre Präsidenten bzw. Kurienobmänner gleichwertig vertreten bzw. stimmberechtigt; für die Beschlussfähigkeit ist eine Zweidrittelmehrheit nötig. Die organisierten Interessen der *Ärztammer* sind in einem Bundesgesetz, dem *Ärztegesetz*, geregelt; somit ist auch die äußere Legitimation gegeben. Daraus geht aber auch hervor, dass im Hinblick auf ihre behauptete Funktion als Patientenvertreter keine Legitimation besteht.

### 3.4. *Exkurs: Kontrolle der Ärzte am Beispiel ‚Qualitätssicherung‘*

Im Dezember 2003 wurde im Nationalrat eine *Ärztegesetzesnovelle* zur Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich verabschiedet. Damit ging die Zuständigkeit für Kontrolle und Überprüfung

---

<sup>44</sup> Bundesgesetz: *Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998 und Änderung des Ausbildungsgesetzes (1998)*. §68, §69, §119; Quelle: [www.oegim.at/pdf/aerztegesetz.pdf](http://www.oegim.at/pdf/aerztegesetz.pdf), abgefragt am 24.11.2004

<sup>45</sup> Bundesgesetz: *Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998 und Änderung des Ausbildungsgesetzes (1998)*. §118, §66; Quelle: [www.oegim.at/pdf/aerztegesetz.pdf](http://www.oegim.at/pdf/aerztegesetz.pdf), abgefragt am 24.11.2004

der medizinischen Leistungen in den Arztpraxen auf die ÖÄK über. Ob der daraus entstandene Umstand - ‚Arzt kontrolliert Arzt‘ - den Kriterien der Objektivität entspricht, sei dahingestellt.

Aufgrund dieser Ärztesetznovelle hat die ÖÄK die *Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin* (ÖQMed) gegründet. Die Aufgaben dieser Gesellschaft umfassen v.a. die folgenden Bereiche:

- Ausarbeitung fachspezifischer Qualitätskriterien
- Qualitätskontrolle
- Führung eines Qualitätsregisters<sup>46</sup>

Die Qualitätsbestimmungen der *ÖQMed* sehen nun vor, dass die niedergelassenen Ärzte (ca. 19.000 Ordinationen<sup>47</sup>) ab Herbst 2005 regelmäßig einer umfassenden Evaluierung unterzogen werden. Die Ergebnisse sind der ÖÄK zu übermitteln. Bis zum Ende des Jahres 2008 müssen alle Praxen evaluiert sein. Dabei geht es um ein System der Selbstevaluierung mit stichprobenartigen Kontrollen (durch speziell ausgebildete ärztliche Experten – sogenannte Verifikatoren<sup>48</sup>) vor Ort.<sup>49</sup>

Ärzte, die den vorgeschriebenen Kriterien entsprechen, werden von der *ÖQMed* zertifiziert – d.h. mit einer Art ‚Pickerl‘ ausgezeichnet. Wer dem Prüfauftrag nicht entspricht, erhält seitens der Gesellschaft einen ‚sogenannten Mängelbehebungsauftrag mit konkreten Verbesserungsaufträgen, sowie eine angemessene Frist zur Behebung der festgestellten Mängel‘.<sup>50</sup> Wird der Mangel nicht behoben kann es zu einer Disziplinaranzeige beim Disziplinaranwalt der ÖÄK kommen. Bei schweren Mängeln kann dies eine schwerwiegende Berufspflichtverletzung bedeuten und bis hin zum Vertragsentzug gehen.

Den Krankenkassen und Krankenfürsorgeeinrichtungen sind die Ergebnisse der Evaluierung auf Anfrage bekannt zu geben. Dem Gesundheitsminister sind die Ergebnisse der Kontrolle anonymisiert zur Verfügung zu stellen.

Ärzte müssen sich laut *Ärztesgesetz* regelmäßig dem Qualitätscheck durch die *ÖQMed* unterziehen.<sup>51</sup>

---

<sup>46</sup> *Gesellschaft für ärztliche Qualitätssicherung* (2004). Strenge Maßnahmen, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (18), 25. 9. 2004, 10

<sup>47</sup> *Merz, Birgit* (2004). Ab 2005: ein Zertifikat für niedergelassene Ärzte, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (19), 10.10.2004, 20

<sup>48</sup> *Mühlgassner, Agnes M.* (2004). Ordinationen: evaluiert und qualitätsgesichert, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (20), 25.10.2004, 15

<sup>49</sup> Vgl.: *Gesellschaft für ärztliche Qualitätssicherung* (2004). Strenge Maßnahmen, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (18), 25. 9. 2004, 10 und *Merz, Birgit* (2004). Ab 2005: ein Zertifikat für niedergelassene Ärzte, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (19), 10.10.2004, 20

<sup>50</sup> *Merz, Birgit* (2004). Ab 2005: ein Zertifikat für niedergelassene Ärzte, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (19), 10. 10. 2004, 21

<sup>51</sup> Vgl.: *Gesellschaft für ärztliche Qualitätssicherung* (2004). Strenge Maßnahmen, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (18), 25. September 2004, 10 und *Merz, Birgit* (2004). Ab 2005: ein Zertifikat für niedergelassene Ärzte, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (19), 10. 10. 2004, 20

Den Aussagen der Geschäftsführerin der *ÖQMed*, Esther Thaler, zufolge, hat die *Gesundheitsministerin Maria Rauch-Kallat*

„die Qualitätssicherung dort zugewiesen, wo sie hingehört – zum Chef selbst. Das ist in unserem Fall der Arzt, der ja mit seiner Ordination auch Unternehmer ist. Und damit ist gewährleistet, dass der Prozess der ständigen Verbesserung in Gang kommt.“<sup>52</sup>

Was die möglichen Gefahren einer Selbstevaluierung betrifft meint sie folgendes:

„Bei so eigenständigen Unternehmen, deren Handlungsmaximen ja hoch ethisch geprägt sind, glaub' ich einfach nicht, dass geschwindelt wird. Ansonsten hieße es ja, dass die Ärzte zu einer Selbstevaluierung nicht fähig sind.“<sup>53</sup>

Der Präsident der *ÖÄK*, *Dr. Brettenthaler*, meinte dazu, dass er die Kritik an der Selbstevaluierung von Ärzten nachvollziehen könne. Jedoch verfügen (nur) die Ärzte über das entsprechende Know-how zur Erarbeitung der Qualitätskriterien. Die Alternative, Richtlinien durch das Ministerium erstellen zu lassen, bezeichnet *Brettenthaler* als ‚sehr problematisch‘. Es zähle zum ärztlichen Selbstverständnis, so *Brettenthaler* weiter, dass man sich um diese Dinge kümmern werde, ohne ministerielle Aufforderung.<sup>54</sup>

Im Zuge der Gesundheitsreform passierte auch ein ‚Qualitätssicherungsgesetz‘ den Ministerrat und sollte im Nationalrat beschlossen werden. Der Vorentwurf zum *Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG)*, sollte dem/der jeweiligen Gesundheitsminister/in ermöglichen, die Qualitätssicherung aller Gesundheitsberufe maßgeblich zu regeln und gegebenenfalls Sanktionsmaßnahmen einzusetzen. Dazu sollten u.a. sogenannte verbindliche Bundesqualitätsrichtlinien per Verordnung geschaffen werden, d.h. die Ärzte müssten eine externe Kontrolle, wie sonst auch üblich, akzeptieren.

Diese Maßnahmen wurden seitens der *ÖÄK* heftig kritisiert mit dem Argument, dass sie ja selbst – durch die genannten Maßnahmen - im Bereich der Qualitätssicherung höchst aktiv sei. Die Ärzte warnten in diesem Zusammenhang vor einer Entwicklung von ‚Parallelsystemen‘, die dem ‚Geist der Qualitätssicherung‘ widersprechen würde.<sup>55</sup>

Trotz des *GQG* konnte die *ÖÄK* erreichen, dass die Autonomie der *Ärztelkammer* in der Qualitätssicherung gewahrt bleibt und die Landesvertretung im niedergelassenen Bereich weiterhin die Qualitätsstandards definiert. *Ärztelkammer-Präsident Brettenthaler* verlangte die Unabhängigkeit der Ärzte in der Qualitätssicherung mit dem Argument, ‚dass ein freier Berufsstand nicht staatlicher Bevormundung ausgesetzt werden dürfe‘.

<sup>52</sup> *Hampel, Reinhard* (2004). ‚Es geht um ständige Verbesserung‘, Interview mit der Geschäftsführerin der Gesellschaft für Qualitätssicherung in der Medizin, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (18), 25. 9. 2004, 8

<sup>53</sup> Ebd., 8

<sup>54</sup> *Mühlgassner, Agnes M.* (2004). Qualitätssicherung. Ordinationen: evaluiert und qualitätsgesichert, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (20), 25. 10. 2004, 15

<sup>55</sup> [www.aerztelkammer.at/text.html?aktuelles/apm2004\\_0051.htm](http://www.aerztelkammer.at/text.html?aktuelles/apm2004_0051.htm), Qualitätssicherung: Ärztelkammer warnt vor ‚Doppelgleisigkeiten‘, abgefragt am 10.11.2004

Jedoch begleitet seit 14. September 2004 ein wissenschaftlicher Beirat, der paritätisch vom *Gesundheitsministerium* und *ÖÄK* besetzt wurde, die Umsetzung.<sup>56</sup>

## 4. Konkurrenzsituation

### 4.1. *ARGE-PA und ArGe Selbsthilfe Österreich*

Grundsätzlich steht die *ARGE-PA* mit der *ArGe Selbsthilfe Österreich* in keinem Konkurrenzverhältnis. Auf Landesebene sind sie sogar gesetzlich (*Krankenanstaltengesetz*) zur Zusammenarbeit verpflichtet. Obendrein decken beide Organisationen unterschiedliche Patienteninteressen ab.

Wenn jedoch in einem Gremium nur *ein* Sitz für die Patientenvertretung zu vergeben ist, dann wird die Sache strittig. Wer soll diesen Sitz erhalten? Im Fall der zukünftigen *Bundesgesundheitsagentur*<sup>57</sup>, wo die Patientenvertretung mit (einem) Sitz und Stimme vertreten sein soll, stellt sich diese Frage. Laut dem *Gesundheitsreformgesetz 2005* steht im §59g.(2)6: ‚ein gemeinsames Mitglied bestellen die Patientenvertretungen‘. Die Schwierigkeit besteht nun darin, dass laut *Frau Mag. Maier* (Sprecherin der *ArGe Selbsthilfe Österreich*) der Begriff ‚Patientenvertretung‘ nicht definiert ist. Das führt dazu, dass es einerseits nicht klar ist, wer eigentlich Patientenvertretung ist und es andererseits sehr viele, meist selbsternannte, Patientenvertretungen gibt. Die Sprecherin der *ArGe Selbsthilfe* führt darunter die *Ärztammer* an, die sich auch dazu berufen fühlt, die Interessen der Patienten zu vertreten. Was nun die Beteiligung in der *Bundesgesundheitsagentur* betrifft, beanspruchen beide Interessensorganisationen – die *ARGE-PA* sowie die *ArGe Selbsthilfe Österreich* - diesen Sitz für sich.<sup>58</sup>

<sup>56</sup> *Salzburger Nachrichten* (2004). Qualität per Verordnung, 24.11.2004, 2

<sup>57</sup> Gesundheitsreform - 7.11.2004: endgültige Fassung der ‚Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens – wie sieht dies aus:

Bundesgesundheitsagentur:

Öffentlich rechtlicher Fonds, zuständig für die Erarbeitung von Qualitätsvorgaben und die grobe Planung des Leistungsangebotes in allen Sektoren. Budgetierungsvorgaben für die Krankenanstalten und Sozialversicherungen, Entwicklung leistungsorientierter Vergütungssysteme. Rahmenvorgaben zur Lösung von Schnittstellenproblemen. Mitglieder: Bund, Länder, Hauptverband, Städte, Gemeinden, Ordensspitäler, Patientenvertretung, Österreichische Ärztekammer. Für die Beschlussfassung in den meisten Fällen Einvernehmen mit Ländern und Hauptverband erforderlich.

Die neun Landesgesundheitsfonds (Plattformen):

Öffentlich rechtliche Fonds, konkrete Umsetzung der Qualitätsvorhaben, Erstellung von Detailplänen für Gesundheitsleistungen, Budgetrahmen für intra- und extramuralen Bereich, Umsetzung der leistungsorientierten Vergütungssysteme. Mitglieder: jeweiliges Land und Sozialversicherung zu gleichen Teilen, Bund, Städte Gemeinden, Patientenvertretung, Landes-Ärztammer. Stimmengewichte: für intramurale Fragen haben Länder die Mehrheit, für extramurale die Sozialversicherungen. Bei überschneidenden Angelegenheiten ist Einvernehmen herzustellen. Bund hat Vetorecht, wenn Beschlüsse den Vorgaben der Bundesagentur widersprechen.

Quelle: *Österreichische Ärztezeitung* (2004). Gesundheitsreform, (22), 25. November 2004, 14

<sup>58</sup> E-Mail-Interview mit *Frau Mag. Monika Maier*, *Sprecherin der ArGe Selbsthilfe Österreich*, vom 3.2.2005

Die Sprecherin der *ArGe Selbsthilfe Österreich* argumentiert ihren Standpunkt folgendermaßen: 1. die *ArGe Selbsthilfe Österreich* vertritt Patienten/innen, die durch ihre chronische Erkrankung oder Behinderung ständig mit dem Gesundheitssystem konfrontiert sind und sich daher viel Erfahrungskompetenz erworben haben, wohingegen die *PA* nur den einzelnen Patienten vertritt, der noch dazu nur für eine begrenzte Dauer Patient ist.

2. geht die Interessensvertretung direkt vom Patienten aus, da die *Selbsthilfe-Dachverbände* von den einzelnen *Selbsthilfeorganisationen* durch ihre Beitrittserklärung mit der Interessensvertretung beauftragt wurden. Demgegenüber ist die *PA* zwar vom Gesetz zur Vertretung beauftragt, sie hat jedoch keinen Auftrag der Patienten/innen. Daraus ergibt sich für die Sprecherin der *ArGe Selbsthilfe Österreich*, dass

3. sowohl eine Vertretung der *ArGe Selbsthilfe Österreich* als auch der *ARGE-PA* in der *Bundesgesundheitsagentur* vertreten sein müssen – die *Patientenanwälte* legitimiert durch das Gesetz, die *Selbsthilfe* legitimiert durch die Patienten/innen.<sup>59</sup>

#### 4.2. *ÖÄK und Patienteninteressenvertretung (PA und Selbsthilfe)*

„Wir arbeiten bestens mit den Ärzten zusammen, wir arbeiten schlecht mit der Lobby, sprich der Kammer zusammen ... weil die sich als Patientensprecher verstehen“, und die *Selbsthilfe* als ‚kritisierende Konkurrenz‘ sehen, so die geschäftsführende Obfrau der *Selbsthilfe Salzburg*. Sie untermauert ihre Kritik an der *ÖÄK* damit, dass diese oft unter dem Deckmantel der Patienteninteressen ihre eigenen Standesinteressen durchsetzen will, für welche sie gesetzlich zuständig sind - dies jedoch nicht immer zum Vorteil der Patienten.<sup>60</sup>

Mittlerweile ist es aber so, so die Obfrau, dass die Ärzte von der Politik mehr oder weniger gezwungen worden sind ‚aufzumachen‘ und den Patienten mehr Rechte einzuräumen, welche mittlerweile in verschiedenen Gesetzen niedergeschrieben sind (z.B. *Krankenanstaltengesetz*, *Strafgesetz*, *Zivilgesetz*, *Patientencharta*, etc.).<sup>61</sup>

Der Sprecher der *ARGE-PA Dr. Bachinger* wirft der *Ärztammer* in punkto PatientInnenvertretung Paternalismus vor. Er meint dazu in seinem Positionspapier ‚Patienten helfen. Visionen von PatientInnenbeteiligung‘, dass die Ärztevertretung unter dem Slogan ‚Wir Ärzte sind die besten Anwälte unserer ... Patienten‘ in Wirklichkeit unter Vorschub von Patienteninteressen versucht die eigenen

<sup>59</sup> E-Mail-Interview mit *Frau Mag. Monika Maier*, Sprecherin der *ArGe Selbsthilfe Österreich*, vom 3.2.2005

<sup>60</sup> Interview am 1.12.2004, zw. 9-10 Uhr, mit der geschäftsführenden Obfrau der *Selbsthilfe Salzburg Frau Dr. Grafinger*, Faberstraße 19-23 (Salzburger Gebietskrankenkasse), Interviewabschrift, 15

<sup>61</sup> Ebd., 15



Interessen durchzusetzen. Seiner Meinung nach sind die *Selbsthilfe* und die gesetzliche Einrichtung der *PA* die legitimierten Vertreter der Patienten/innen.<sup>62</sup>

*Zusammenfassend* kann man festhalten, dass Konkurrenzverhältnisse zwischen allen Organisationen bestehen. Zwischen *PA* und *Selbsthilfe* kommt es dort zu Spannungen, wo in Gremien nur ein Sitz für die Vertretung der Patienten vorgesehen ist. Am Grundlegendsten ist jedoch das Konkurrenzverhältnis zwischen den Patientenorganisationen *Selbsthilfe/PA* und der *Ärztammer*, zwischen der Konsumentenseite und der Produzentenseite, den Versorgungsinteressen der Patienten und den privaten Erwerbsinteressen der Ärzte. Durch ihre besondere Stellung, gelingt jedoch der Ärzteseite die Interessensdurchsetzung wesentlich besser.

## 5. Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit

### 5.1. *Selbsthilfe*

Die Ziele der *ArGe Selbsthilfe Österreich* im Hinblick auf ihre Öffentlichkeitsarbeit sind ‚die Arbeit der *Selbsthilfeorganisationen* und die Wirkung von *Selbsthilfeorganisationen* auf Bundesebene sichtbar (zu) machen‘ und ‚Möglichkeiten der *Selbsthilfe* in relevanten Gremien auf Bundesebene (zu) verdeutlichen.‘<sup>63</sup>

Einerseits geht es um die Information der allgemeinen Öffentlichkeit (Betroffene, Angehörige und Interessenten/innen) und andererseits der Fachöffentlichkeit, wie z.B. relevante Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitsbereich. Informiert wird im Wesentlichen über die Möglichkeiten der Gruppenselbsthilfe durch spezifische Vortragsreihen, Informations- und Diskussionsveranstaltungen. Eine weitere Leistung auf diesem Gebiet betrifft die Veröffentlichungen von Fachbeiträgen in relevanten Publikationen, um die Anliegen und die Arbeit der *Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen* darzustellen. Ferner wird am Aufbau eines Informations- und Kooperationsystems zwischen der *ArGe Selbsthilfe Österreich* und den relevanten (politischen) Entscheidungsträgern und Interessenvertretungen im Sozial- und Gesundheitsbereich gearbeitet.<sup>64</sup>

---

<sup>62</sup> *Bachinger, Gerald* (2004). Patienten helfen. Visionen von PatientInnenbeteiligung. Gesundheitsreform und Partizipation, Dezember 2004, 12; Quelle: Zusendung via E-Mail durch *Patientenanwalt Dr. Bachinger* am 2.2.2005 und auch unter der Internetadresse: [www.patientenanwalt.com](http://www.patientenanwalt.com) abrufbar

<sup>63</sup> *Konzept der ArGe Selbsthilfe Österreich* (2001). Ziele, November 2001, aktualisiert Februar 2004, 3

<sup>64</sup> Ebd., 3-4

Für effektive Öffentlichkeitsarbeit braucht man jedoch finanzielle und personelle Ressourcen. An diesen beiden Hürden scheint die *Selbsthilfe* zu scheitern. Mit einem Jahresbudget von 10.000 Euro ist, so die Sprecherin der *ArGe Selbsthilfe Österreich*, eine Präsenz in den Medien nicht möglich. Zusätzlich scheinen m.E. die Tagesprintmedien auch nicht die *Selbsthilfe* als relevante Patientenvertretung wahrzunehmen, da zwar regelmäßig Berichte über Patienten Anliegen bzw. Patientenrechte in den Medien sind, jedoch nie oder kaum vertreten von der *Selbsthilfe*. Die *Salzburger Obfrau* meint dazu: ‚Es muss halt spektakulär sein‘, um in die Medien zu kommen und ein gewisser ‚Druck‘ aus der Öffentlichkeit muss vorhanden sein, um eine ‚Welle auszulösen‘. Um von sich aus Inserate zu schalten, reichen die finanziellen Mittel nicht aus.

Vor kurzem wurde jedoch eine Serie in TW1 geschaltet, in der die *Selbsthilfe Salzburg* vorgestellt wurde – aber auch hier wollte man nur, laut der *Obfrau*, die spektakulärsten Fälle ausstrahlen. Das erklärt auch, warum beispielsweise die Kinderkrebshilfe so ‚erfolgreich‘ ist. Die Tragik der Erkrankung und der Umstand, dass es sich um Kinder handelt, erregt in der Öffentlichkeit viel Aufmerksamkeit, verbunden mit einer erhöhten Spendenbereitschaft der Bevölkerung und begleitet von einem großen Echo in den Medien.<sup>65</sup>

## 5.2. PA

Den Tätigkeitsberichten der *Salzburger Patientenvertretung* zwischen 1998 und 2003 ist zu entnehmen, dass der Hauptanteil der Öffentlichkeitsarbeit in Vortragstätigkeiten an Krankenhäusern, Krankenpflegeschulen, in Selbsthilfegruppen, Seniorenheimen und anderen Institutionen besteht. Beispielsweise sind dies Vorträge zu „Kommunikation im Krankenhaus“ oder „Sterben in Würde“. Des Weiteren werden oft gemeinsam mit anderen Einrichtungen im Sozial- bzw. Gesundheitsbereich (z.B. *Salzburger Ärztekammer, Plattform Psychiatrie, Salzburger Gebietskrankenkasse, Österreichische Schmerzgesellschaft, Kinder- und Jugendanwaltschaft*) spezifische Veranstaltungen bzw. Veranstaltungsreihen durchgeführt, wie z.B. die Antistigmakampagne „Psychisch krank – was nun?“ oder zum Thema „Gewalt an Kindern“, welche in der Folge oft auf massives Medienecho stoßen. Ferner erscheinen regelmäßig Fachartikel zur Thematik Patientenrechte in Fachzeitschriften.<sup>66</sup>

In den Tagesprintmedien sind Beiträge der *PA* jedoch kaum zu finden und deshalb für die allgemeine Öffentlichkeit m.E. nicht zugänglich. Laut dem Sprecher der *ARGE-PA* sind regelmäßige Beiträge in diversen Fachmedien, wie *Ärztewoche* oder *Medical Tribune* und auch im Fernsehen in *Willkommen*

<sup>65</sup> Vgl. Interview am 1.12.2004, 9 – 10 Uhr, mit *Frau Dr. Grafinger / Geschäftsführende Obfrau der Dachorganisation für Selbsthilfegruppen in Salzburg*, Faberstraße 19-23/5; Interviewerin: Margret Macheiner und [www.kinderkrebshilfe.at](http://www.kinderkrebshilfe.at)

<sup>66</sup> Vgl. Tätigkeitsberichte der *Salzburger Patientenvertretung*. Zeitraum 1.4.1998-31.3.1999, 1.4.1999-31.3.2000, 1.4.2000-31.3.2001, 1.4.2001-31.3.2002, 1.4.2002-31.3.2003. Zur Vorlage beim Amt der Salzburger Landesregierung. Öffentlichkeitsarbeit

Österreich zu finden.<sup>67</sup> In den Ausgaben der *Ärztewoche* im Zeitraum Dezember 2004 bis 10. Februar 2005 waren jedoch nur ein Bericht im Zusammenhang mit der *PA* anzutreffen.

Informationen sind auch den jeweiligen Homepages zu entnehmen. Im Fall der *Salzburger Patientenvertretung*<sup>68</sup> ist dieses Angebot m.E. noch sehr minimalistisch gehalten. Im Vergleich dazu ist die Homepage der *Niederösterreichischen Patienten-anwaltschaft*<sup>69</sup>, dessen Patientenanwalt momentan als Sprecher der *ARGE-PA* tätig ist, bedeutend umfangreicher.

### 5.3. Österreichische Ärztekammer

Im Gegensatz zu *Selbsthilfe* und *PA* sind Auftritte der *Ärztekammer*vertreter in Tagesprintmedien und Fernsehen sowie in diversen Fachzeitschriften ein regelmäßiges Erscheinungsbild. Z.B. in den *Salzburger Nachrichten* und der *Presse* wurden Berichte der *ÖÄK* in den vergangenen Monaten regelmäßig auf einer der vordersten Seiten, meist mit Foto des *Ärztekammerpräsidenten Brettenthaler*, unter ‚kämpferischen‘ Überschriften abgedruckt.

Auch verfügt die *Ärztekammer* über eine eigene Fachzeitschrift, auf Bundesebene die *Österreichische Ärztezeitung* genannt. Die Homepage der *ÖÄK*<sup>70</sup> ist sehr umfangreich, unter dem Link ‚Aktuelles‘ kann man Reaktionen und Meinungen der *ÖÄK* zu aktuellen Themen bzw. Konflikten verfolgen. Dazu zählten in letzter Zeit beispielsweise die ‚Chefarztpflicht neu‘, die ‚Gesundheitsagenturen‘ oder Gehaltsverhandlungen der Spitalsärzte.

*Zusammenfassend* kann man zu diesem Kapitel festhalten, dass in der öffentlichen Wahrnehmung von den drei behandelten Interessensgruppierungen vor allem die *ÖÄK* ‚gesehen‘ und ‚gehört‘ wird. In Konfliktsituationen tritt, wie aus dem nachstehenden Kapitel über den Konflikt ‚Chefarztpflicht neu‘ hervorgehen wird, die *Ärztelobby* massiv in den Medien auf, untermalt mit ‚kämpferischer Rhetorik‘ und Drohgebärden. Demgegenüber sind *Selbsthilfe* und *PA* nicht bis kaum in den gängigen Tagesprintmedien bzw. TV-Sendungen (wie z.B. ZIB) zu patientenspezifischen Themen vertreten. Dadurch sind sie m.E. für die Allgemeinheit nicht wirklich präsent. Ihre Art der Öffentlichkeitsarbeit richtet sich v.a. nach ‚innen‘ an ihre Klientel, die Patienten, und Gesundheitseinrichtungen, geht aber eben nicht darüber hinaus.

<sup>67</sup> E-mail-Befragung: Dr. Bachinger, Sprecher der *ARGE-Patientenanwälte* vom 2.2.2005

<sup>68</sup> [www.salzburg.gv.at/themen/gs/gesundheit.htm/patientenvertretung](http://www.salzburg.gv.at/themen/gs/gesundheit.htm/patientenvertretung),

<sup>69</sup> [www.patientenanwalt.com](http://www.patientenanwalt.com)

<sup>70</sup> [www.aerztekammer.at](http://www.aerztekammer.at)

## 6. Nähe / Ferne zum politischen System

### 6.1. Selbsthilfe

Die Leistungen der *ArGe Selbsthilfe Österreich* im Bereich der Sozial- und Gesundheitspolitik beziehen sich, wie dem Konzept der Arbeitsgemeinschaft zu entnehmen ist, auf die Beratung von Entscheidungsträgern auf Bundesebene in selbsthilferelevanten Fragen. Des Weiteren wird an selbsthilferelevanten Arbeitsgruppen und Veranstaltungen auf Bundesebene teilgenommen.<sup>71</sup> Dasselbe gilt im Wesentlichen auch für die *Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen (Dachverbände und Kontaktstellen)* auf Landesebene. Jedoch ist der Einfluss auf die politischen Entscheidungsträger m.E. im Vergleich z.B. zur *Ärztammer* wesentlich geringer.

Mit dem *Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (BMSG)* gibt es, so die Sprecherin der *ArGe Selbsthilfe Österreich*, eine gute Zusammenarbeit und die Möglichkeit die Anliegen der *Selbsthilfe* einzubringen. Unter anderem ist die *ArGe Selbsthilfe Österreich* Mitglied im Österreichischen Rat für Freiwilligenarbeit, wo es u.a. darum geht, die Rahmenbedingungen für die ehrenamtliche Arbeit zu verbessern. Auch die ‚bescheidene Finanzierung‘ (von Oktober 2004 bis Dezember 2005 -10.000 Euro) der Arbeitsgemeinschaft wird vom *BMSG* getätigt. Ferner hat die *ArGe Selbsthilfe Österreich* auch Sitz und Stimme im Sozial- und Gesundheitsforum Österreich im *Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger*.<sup>72</sup>

Die Zusammenarbeit mit dem *Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF)* ist demgegenüber nicht friktionsfrei. Aus dem E-Mail-Interview mit der Sprecherin der *ArGe Selbsthilfe Österreich* geht hervor, dass Gesprächstermine abgeblockt werden, Finanzierung versagt wird, es generell kein Durchkommen zur *Gesundheitsministerin* gibt.<sup>73</sup> Vielleicht hängt das u.a. damit zusammen, dass das *BMGF* über eine eigene Einrichtung betreffend Selbsthilfegruppen verfügt. *Fonds Gesundes Österreich* bzw. dessen Unterorganisation *SIGIS (Service und Information für Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen im Gesundheits- und Sozialbereich)* ist eine Einrichtung des *BMGF* und politisch und finanziell mit dem Ministerium verknüpft. Die *Dachverbände* der Selbsthilfegruppen Österreichs wollten sich ursprünglich *SIGIS* anschließen, einerseits um Kontakt zu den Entscheidungsträgern auf Bundesebene herzustellen, andererseits um durch Bündelung der Kräfte / Interessen mehr Einfluss zu erlangen. Daraus wurde aber nichts. Die Obfrau der *Selbsthilfe Salzburg* bezeichnet *SIGIS* als den ‚schwersten Kontrahenten‘ der *ArGe Selbsthilfe Österreich*, da diese den

<sup>71</sup> *Konzept der ArGe Selbsthilfe Österreich* (2001). Ziele, November 2001, aktualisiert Februar 2004, 4

<sup>72</sup> E-Mail-Interview mit *Frau Mag. Monika Maier, Sprecherin der ArGe Selbsthilfe Österreich*, vom 3.2.2005

<sup>73</sup> Ebd.

Kontakt zum Gesundheitsministerium blockiert; und dies gerade in einer Zeit, wo die Gesundheitsreform ein Dauerthema ist und die *Selbsthilfe* diesbezüglich an Einfluss und Öffentlichkeit gewinnen möchte - ‚die Gesundheitsministerin akzeptiert uns nicht oder will uns nicht akzeptieren‘, bemerkt Frau *Dr. Grafinger* im Interview.

Der Zusammenschluss zur *ArGe Selbsthilfe Österreich* ist erst nach dem gescheiterten Vereinigungsversuch mit *SIGIS* entstanden.<sup>74</sup>

Für weitere Verärgerung in der *ArGe Selbsthilfe* sorgt der Umstand, dass sie keinen Sitz im wissenschaftlichen Beirat für Qualitätssicherung in der Medizin (siehe 3.4.) bekommen hat. Obwohl dort ein Sitz für die Patientenvertretung vorgesehen ist, hat laut Frau *Mag. Maier*, die *ÖÄK* die *Volksanwältin Dr. Bauer* als Patientenvertretung in dieses Gremium hineinnominiert – trotz schriftlichen Hinweises seitens der *ArGe Selbsthilfe* sowohl an die *ÖÄK* als auch an das *BMGF*, ‚dass eine Vertretung der *ArGe Selbsthilfe Österreich* im Sinne einer Bedarfsorientierung unbedingt notwendig ist‘. Daraufhin hat das *BMGF* Herrn *Dr. Bachinger* (Sprecher der *ARGE-PA*) nominiert.<sup>75</sup>

Aus dem E-Mail-Interview mit der Sprecherin der *ArGe Selbsthilfe Österreich* geht hervor, dass die *Selbsthilfe* auf Landesebene bereits gut eingebunden ist und in relevanten Gremien auf sozial- und gesundheitspolitischer Ebene beteiligt werden, wie z.B. in der *Ethikkommission*, im *Sozialfonds*, *Härtefallgremium*, *Fachtag der Sozial- und Gesundheitssprengel*.<sup>76</sup> Nach der Meinung der Salzburger Obfrau des *Selbsthilfe-Dachverbandes*, drängt man sich eher hinein, als dass man um die Meinung gefragt wird: ‚Ich möchte halt, dass wir eine Spur mehr gehört werden, mehr im Vorfeld informiert werden...‘ um bestimmte Entwicklungen zugunsten der Patienten beeinflussen zu können. Die Obfrau sieht sich vor allem als ‚Scharnierfunktion‘ zwischen dem politischen Bereich und ihren Mitgliedern, den Selbsthilfegruppen.<sup>77</sup>

Das politische Ziel der *ArGe Selbsthilfe Österreich* und auch der jeweiligen *Dachverbände* ist die Mitwirkung bei sozial- und gesundheitspolitischen Entwicklungen und Entscheidungen auf Bundesebene und Landesebene, z.B. bei Gesetzesvorlagen und Verordnungen.<sup>78</sup> Dazu bedarf es aber, so die geschäftsführende Obfrau der *Selbsthilfe Salzburg*, einer Verankerung im

<sup>74</sup> Interview am 1.12.2004, zw. 9-10 Uhr, mit der *geschäftsführenden Obfrau der Selbsthilfe Salzburg Frau Dr. Grafinger*, Faberstraße 19-23 (Salzburger Gebietskrankenkasse), 6-7

<sup>75</sup> E-Mail-Interview mit *Frau Mag. Monika Maier*, *Sprecherin der ArGe Selbsthilfe Österreich*, vom 3.2.2005

<sup>76</sup> Ebd.

<sup>77</sup> Interview am 1.12.2004, 9 – 10 Uhr, mit *Frau Dr. Grafinger / Geschäftsführende Obfrau der Selbsthilfe Salzburg*, Faberstraße 19-23/5; Interviewerin: Margret Macheiner, 11-13

<sup>78</sup> E-Mail-Interview mit *Frau Mag. Monika Maier*, *Sprecherin der ArGe Selbsthilfe Österreich*, vom 3.2.2005 und *Konzept der ArGe Selbsthilfe Österreich* (2001). Ziele, November 2001, aktualisierte Fassung Februar 2004, 3

*Krankenanstaltengesetz*. Erst dann kann die Selbsthilfe aktiv in bestimmten Gremien partizipieren und mitbestimmen. Bis jetzt ist die Selbsthilfe nur passiv in Gremien vertreten, entweder nur ‚geduldet‘ oder als ‚Anhängsel‘ der PA, die gesetzlich verpflichtet ist, mit Patientenselbsthilfegruppen zusammenzuarbeiten.<sup>79</sup> Lichtblick mag da vielleicht die Situation der *Selbsthilfe* in Deutschland sein, deren Beteiligung in gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen bereits auf eine gesetzliche Basis gestellt wurde.<sup>80</sup>

## 6.2. PA

‚Die Partizipation und die Beteiligung mit Sitz und Stimme in den Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens‘, so der Sprecher der *ARGE-PA*, ‚ist eine langjährige Forderung der Patientenanwälte, der nunmehr endlich nachgekommen wird.‘<sup>81</sup> So arbeitet die *ARGE-PA* bzw. die *PA* auf der jeweiligen Landesebene gegenwärtig in verschiedenen Gesundheitsstrukturen mit, wie beispielsweise der *Strukturkommission des Bundes* (Vertreter *ARGE-PA*), dem *Transplantationsbeirat* (*ARGE-PA* und *SHG*), *Landesfonds* (Vertreter *PA*) und den *Ethikkommissionen* (*PA* und *SHG*). Die Beteiligungen auf Landesebene sind von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich.

Die beratende Form der Teilnahme ist derzeit bundes- und landesweit am häufigsten vorgesehen. In punkto Mitentscheidung ist derzeit die geringste Einbeziehung festzustellen. Diese Art der Mitbestimmung muss aber laut *Dr. Bachinger* der Weg der Zukunft sein.<sup>82</sup>

Neben der Teilnahme in diversen gesetzlichen Gremien und Vereins- und Verbandsgremien, werden die *Patientenanwälte* auch als Experten in den Landtag geholt.<sup>83</sup>

## 6.3. Österreichische Ärztekammer

Unter §118 im *Ärztegesetz* ist der Wirkungskreis der *ÖÄK* aufgeschlüsselt. Einige Punkte daraus veranschaulichen, dass die *ÖÄK* in einem Naheverhältnis zur Politik steht, wie z.B.

- ‚den Behörden Berichte, Gutachten und Vorschläge betreffend das Gesundheitswesen, die Ausbildung ... der Ärzte sowie alle sonstigen Angelegenheiten zu erstatten, die die Interessen der gesamten österreichischen Ärzte berühren‘
- ‚die Erstattung eines Jahresberichtes an das Bundesministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales‘

<sup>79</sup> *Salzburger Patientenvertretung* (1996). Geschäftsordnung, 2.12.1996, 2 und Interview am 1.12.2004, zw. 9-10 Uhr, mit der *geschäftsführenden Obfrau der Selbsthilfe Salzburg Frau Dr. Grafinger*, Faberstraße 19-23 (Salzburger Gebietskrankenkasse), 13-14

<sup>80</sup> E-Mail-Interview mit *Frau Mag. Monika Maier, Sprecherin der ArGe Selbsthilfe Österreich*, vom 3.2.2005

<sup>81</sup> *Bachinger, Gerald* (2005). E-mail-Befragung vom 3.2.2005

<sup>82</sup> *Bachinger, Gerald* (2004). Patienten helfen. Visionen von PatientInnenbeteiligung. Gesundheitsreform und Partizipation. Dezember 2004, 6-9

<sup>83</sup> *Tätigkeitsberichte der Salzburger Patientenvertretung*. Zeitraum 1.4.2001-31.3.2002, 1.4.2002-31.3.2003. Zur Vorlage beim Amt der Salzburger Landesregierung. Mitarbeit in Gremien

- ‚Gesetzes- und Verordnungsentwürfe, die Interessen berühren, deren Vertretung der Österreichischen Ärztekammer zukommt, sind dieser unter Einräumung einer angemessenen Frist zur Begutachtung zu übermitteln‘<sup>84</sup>

Das nachstehende Kapitel über den Konflikt ‚Chefarztpflicht neu‘ soll veranschaulichen, wie eng verknüpft die ÖÄK mit den Regierungseinrichtungen an oberster Stelle ist.

## 7. Konflikt: ‚Chefarztpflicht neu‘

In einem Zeitraum von Ende Oktober 2004 bis Anfang Februar 2005 habe ich die Berichterstattung bezüglich der ‚Chefarztpflicht neu‘ in den Tageszeitungen *Salzburger Nachrichten* und *Die Presse* und in der Wochenzeitung *Salzburger Fenster* verfolgt. Des Weiteren habe ich die *Österreichische Ärztezeitung* (für das gesamte Jahr 2004 bis Anfang Februar 2005), die *Ärztewoche* (ab Dezember 2004 bis Anfang Februar 2005) sowie die Homepage<sup>85</sup> der ÖÄK / Link: ‚Aktuelles‘ herangezogen. Da der *PA* und der *Selbsthilfe* in den Tagesprintmedien diesbezüglich kaum Raum gegeben wurde, habe ich Email-Befragungen mit den jeweiligen BundessprecherInnen durchgeführt.

Zwischen dem 1. Dezember 2004 und dem 1. Februar 2005 wurde in den Tageszeitungen praktisch konstant über das Thema ‚Chefarztpflicht neu‘ berichtet, besonders intensiv ab der ersten Jännerwoche, wo fast täglich Berichte zur Übergangsregelung der Chefarztpflicht erschienen.

Die Akteure in den Tagesprintmedien und Fachzeitschriften waren in dieser Sache die *Gesundheitsministerin*, der *Hauptverband der Sozialversicherungsträger* und die ÖÄK. Auch die Pharma-Industrie kam des Öfteren zu Wort. Reaktionen der *PA* und der *Selbsthilfe* kamen in den genannten Medien im Vergleich zur ÖÄK so gut wie nicht vor. Dieser Umstand basiert m.E. auf der schwachen Aktions-, Konflikt- und Organisationsfähigkeit dieser Gruppierungen.

Im Rahmen dieser Arbeit soll der Konflikt von Seiten der ÖÄK, der *PA* und der *Selbsthilfe* dargestellt werden.

Die ÖÄK war in der Sache ‚Chefarztpflicht neu‘ der Hauptakteur in den Tagesprintmedien und genannten Fachzeitschriften. Die Standesvertretung der Ärzte übte massiv Kritik an der Übergangsregelung der Chefarztpflicht mit plakativen Slogans wie z.B. ‚bürokratische Schikanen‘<sup>86</sup>, ‚Chaos pur‘ und ‚Katastrophenstimmung‘<sup>87</sup>, um nur ein paar verbale Attacken zu nennen.

<sup>84</sup> Bundesgesetz: Ärztegesetz 1998. §118 (2), (8)

<sup>85</sup> Anm. d. Verf.: die Hompages der Selbsthilfe und PA waren diesbezüglich nicht ergiebig

<sup>86</sup> *Salzburger Nachrichten* (2004). Ärzte klagen über ‚bürokratische Schikane‘, 17. Dezember 2004, 4

<sup>87</sup> *Salzburger Nachrichten* (2005). Chaos in den Ordinationen, 7. Jänner 2005, 4

Demgegenüber gab es in diesem Zeitraum nur einmal in der *Presse* eine kritische Stellungnahme der *ArGe Selbsthilfe Österreich*, ein Beitrag der *PA* war hingegen nie anzutreffen.<sup>88</sup>

### 7.1. *Worum geht es bei der sogenannten ‚Chefarztpflicht neu‘?*

Grundsätzlich wird die Bewilligung eines chefarztpflichtigen Medikaments mit der Technologie der elektronischen Gesundheitskarte (e-card) abgewickelt werden, die voraussichtlich mit Beginn 2006 flächendeckend in Österreich eingeführt sein wird. Bis dahin soll eine ab 1.1. 2005 geltende Übergangsregelung die Abwicklung regeln. Diese besagt, dass der/die verordnende Arzt/Ärztin ab dem genannten Zeitpunkt für die chefarztliche Bewilligung einer Verschreibung selbst – und darüber hinaus ‚patientenorientiert‘ – zu sorgen hat.<sup>89</sup> D.h., dass die Bewilligung von Heilmitteln, die unter die Chefarztpflicht fallen, ab 1.1.2005 zwischen der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt und dem chefarztlichen Dienst der Krankenversicherung direkt abgewickelt werden muss und nicht mehr Sache der Patienten ist.

### 7.2. *Wie ist der Konflikt verlaufen?*

In der *Österreichischen Ärztezeitung* wird die ‚Chefarztpflicht neu‘ – unter dem Titel ‚Umstrittene Mogelpackung‘<sup>90</sup> – bereits ab Anfang des Jahres 2004 heftig diskutiert. Zunächst zeigt sich der Konflikt nur zwischen dem *Hauptverband der Sozialversicherungsträger* und der *ÖÄK*. Diese beiden Institutionen hatten den politischen Auftrag bis Ende März 2004 ein gemeinsames Modell für eine Übergangslösung vom 1.1.2005 bis zur flächendeckenden Einführung der e-card zu finden. Sie konnten sich jedoch auf kein Modell einigen. M.E. spielte die *ÖÄK* von Anfang an auf Zeit; der ‚Schwarze Peter‘ wurde dabei dem *Hauptverband* zugeschoben. Schließlich brachte der *Hauptverband* im Alleingang einen Vorschlag ein – laut *ASVG* musste der *Hauptverband* bis Ende 2004 eine Lösung schaffen und auch hierfür die logistischen Voraussetzungen bereitstellen<sup>91</sup> - der jedoch massiv von der *ÖÄK* kritisiert wurde.

Der *Hauptverband*vorschlag sah folglich – laut *ÖÄK* – so aus, dass die Ärzte die chefarztliche Bewilligung im Vorhinein via Fax (10 Millionen Fax-Vorgänge – Drohungsszenario der Ärzteschaft) oder auf elektronischem Weg einholen hätten müssen, was den *Präsidenten der ÖÄK, Rainer Brettenthaler*, veranlasste, vor einem ‚bürokratischen Chaos‘ in den Ordinationen zu warnen. Er befürchtete in Ordinationen mit vielen chronisch kranken Menschen und alten Patienten ‚Warteschlangen wie seinerzeit vor den Supermärkten des Ostblocks‘. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten

<sup>88</sup> *Die Presse* (2004). Selbsthilfegruppen. Hilfe und Lobbying, 31. Dezember 2004, Verlagsserie, 7

<sup>89</sup> Anm.: § 350 Abs. 3 ASVG besagt, dass der verordnende Arzt ab 1.1.2005 für die chefarztliche Bewilligung seiner Verschreibungen selbst - patientenorientiert - zu sorgen hat; Quelle: *Österreichische Ärztezeitung*, (6), 25.3.2004, 11

<sup>90</sup> *Merz, Birgit* (2004). Umstrittene Mogelpackung, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (1/2), 25. Jänner 2004, 19

<sup>91</sup> Ebd., 19



könne durch das *Procedere* empfindlich gestört werden. Die Meinung der Standesvertretung war, dass die ‚unnötige Patientenhürde‘ Chefarztspflicht in ‚naher Zukunft vollkommen abgeschafft‘ gehöre<sup>92</sup> und plädierte für ein zweijähriges Pilotprojekt dazu.<sup>93</sup>

Laut der *ÖÄK* verbarg sich hinter dem *Hauptverbands*vorschlag kein geringeres Motiv als der Machterhalt für die eigene Institution.<sup>94</sup>

Die *ÖÄK* äußerte sich grundsätzlich gegen die Chefarztspflicht, mit dem Argument, dass ohnehin 90 Prozent der Rezepte genehmigt werden und die Chefarztspflicht unter diesem Gesichtspunkt ineffizient sei.<sup>95</sup> Die ‚Behandlungsverantwortung‘ soll dort bleiben wo sie hingehört, nämlich bei den behandelnden Ärzten/innen.<sup>96</sup> Dabei gab die *ÖÄK* an, einer Mengenkontrolle im Nachhinein zuzustimmen.

Anstatt der Chefarztspflicht forderte die *ÖÄK* eine ‚moderne Diagnoseregulung‘, die es dem Arzt erlaubt eigenständig und ohne die Rücksprache mit dem Chefarzt über den Einsatz von Medikamenten zu entscheiden; hierfür wäre ein zwischen *Hauptverband* und *ÖÄK* akkordiertes Diagnoseverzeichnis zu erstellen. Laut Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte würden bei dieser Vorgangsweise über 80 Prozent aller Chefarztbewilligungen entfallen.

Im Falle der Einführung der Übergangsregelung via FAX forderte die *ÖÄK* ein Honorar für die Einholung der chefärztlichen Bewilligung.<sup>97</sup>

Zwischen *ÖÄK* und *Hauptverband* kam keine Einigung zustande. Daraufhin gab es Verhandlungen mit der *Gesundheitsministerin*. Diese fand, laut *Österreichischer Ärztezeitung*, den Entwurf des *Hauptverbandes* ‚zu bürokratisch‘ und ging auf die Vorschläge der Ärzte ein: ‚Diagnoseregulung<sup>98</sup> statt Chefarztspflicht‘, mit nachträglicher Kontrolle durch den Chefarzt und Sanktionen bei Überschreitungen.<sup>99</sup> Schließlich erließ die *Gesundheitsministerin* Anfang Dezember eine Verordnung, die mit 1. Jänner 2005 gültig wurde. Zwei Möglichkeiten standen zur Auswahl:

1. Entweder die nachträgliche Kontrolle der Verschreibungspraxis der Ärzte durch die Sozialversicherung, oder
2. Das Einholen der Genehmigung per FAX im Vorhinein.

<sup>92</sup> Merz, Birgit (2004). Jetzt wird im Ministerium verhandelt, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (11), 10.6. 2004,14

<sup>93</sup> Merz, Birgit (2004). Umstrittene Mogelpackung, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (1/2), 25. 1. 2004, 19

<sup>94</sup> Merz, Birgit (2004).. Jetzt wird im Ministerium verhandelt, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (11), 10.6.2004,12

<sup>95</sup> Ebd.,14

<sup>96</sup> Ebd.,14

<sup>97</sup> Ebd.,14

<sup>98</sup> Anm.: die Diagnoseregulung sieht klare Indikationen für die Vergabe teurer Medikamente vor und lässt mehr Spielraum für unbürokratische Verschreibungen. Allerdings ist der Arzt angehalten, die Indikationen sorgfältig einzuhalten und durch Befunde zu untermauern bzw. diese zu dokumentieren. Quelle: Merz, Birgit (2004). Nun Entwurf des Ministeriums, in: *Österreichische Ärztezeitung* (12), 25.6. 2004, 20

<sup>99</sup> Merz, Birgit (2004). Nun Entwurf des Ministeriums, in: *Österreichische Ärztezeitung* (12), 25.6. 2004, 20

Es obliegt den Ärztekammern und den Sozialversicherungen in den Bundesländern, sich auf eine Vorgangsweise zu einigen.<sup>100</sup>

Nach all diesen Ausführungen fragt man sich: Warum dieser Aufwand, wenn ab Jänner 2006 sowieso die gesamte Abwicklung via e-card geregelt wird? Ein wichtiger Grund dafür scheint der Kostenfaktor zu sein. Laut *BMGF* soll verhindert werden, ‚dass bei Nichtvorliegen einer Therapienotwendigkeit der verschreibende Arzt automatisch zum behandlungswirtschaftlich gesehen teureren Medikament greift‘.<sup>101</sup> Ein frei verschreibbares Medikament kostet die Kasse im Schnitt 16 Euro, ein chefarztpflichtiges hingegen 88 Euro<sup>102</sup>.

Die Dokumentation der Verschreibungspraxis ist also zur Kostenkontrolle nötig. Der zentrale Punkt in der Dokumentation betrifft die Begründung, warum bei Vorhandensein eines ‚frei verschreibbaren‘ Medikamentes nicht dieses, sondern ein chefarztpflichtiges, d.h. teures Medikament gewählt wird. Diese Dokumentationen werden von den Krankenversicherungen im nachhinein stichprobenartig kontrolliert (bei mindestens 10 Prozent). Bei Verstößen gegen die Verordnung drohen den Ärzten Verwarnung, Kostenersatz, bis hin zu Vertragskündigung.<sup>103</sup>

Ziel der Sozialversicherung ist es, die Zahl der Anfragen beim Chefarzt von fünf Millionen Rezepten pro Jahr auf rund eine Million zu senken.<sup>104</sup> Ziel der Politik ist es, die Ärzte anzuhalten, billigere Medikamente zu verschreiben.<sup>105</sup>

Die niedergelassenen Ärzte konnten sich laut *Österreichischer Ärztezeitung* nicht vorstellen, in der verbleibenden Zeit die logistischen Voraussetzungen für die Umsetzung zu schaffen: 1. Die Verordnung der Gesundheitsministerin erreichte die *ÖÄK* erst am 1. Dezember 2004, und 2. das neue Heilmittelverzeichnis (Erstattungskodex neu) zur Regelung der chefarztpflichtigen Medikamente (nach den Bestimmungen der ‚Chefarztpflicht neu‘) wurde erst einen Tag später nachgeliefert.<sup>106</sup>

### **7.3. Was sind die zentralen Kritikpunkte der Österreichischen Ärztekammer?**

Der allgemeine Tenor der *ÖÄK* war: Es kommt zur Förderung von ‚Billigmedizin‘ anstatt von ‚Qualitätsmedizin‘, und das zu Lasten der Patienten.<sup>107</sup>

Die konkreten Kritikpunkte umfassten:

<sup>100</sup> Merz, Birgit (2004). Babylonische Verwirrung, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (23/24), 15. 12. 2004, 12

<sup>101</sup> [http://www.bmgf.gv.at/cms/site/news\\_einzel.htm?channel=CH0089&doc=CMS110510605...](http://www.bmgf.gv.at/cms/site/news_einzel.htm?channel=CH0089&doc=CMS110510605...), > Hintergrundinformation des Gesundheitsministeriums über die aktuellen Änderungen bei Medikamenten vom 7.1.2005, abgefragt am 31.1.2005, 4

<sup>102</sup> *Salzburger Nachrichten* (2004). Ärzte klagen über ‚bürokratische Schikane‘, 17. 12. 2004, 4

<sup>103</sup> *Salzburger Nachrichten* (2004). Kostenlawine bei Arzneien?, 3. 12. 2004, 2

<sup>104</sup> *Die Presse* (2004). Sozialversicherung. Chefarztpflicht neu geregelt, 31.12.2004, Verlagsserie, 7

<sup>105</sup> *Die Presse* (2005). Ärzteaufstand. Chefarztpflicht: Aussprache mit der Ministerin, 7.1.2005, 7

<sup>106</sup> Merz, Birgit (2004). Babylonische Verwirrung, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (23/24), 15. 12. 2004, 12-13

<sup>107</sup> *Österreichische Ärztezeitung* (2004). Verhandlungen über die Chefarztpflicht. Nur ja kein ‚Billigarzt‘, (6), 25.3.2004, 12

Zu kurze Anlaufzeit:

Die Verordnung zur Übergangslösung für die Chefarztpflicht wurde erst Mitte November 2004 im Nationalrat beschlossen. Die Ärzte kritisieren die kurze Vorlaufzeit:

„Es sei ein Ding der Unmöglichkeit für die Ärzteschaft, sich in den verbleibenden drei Wochen bis zum Jahreswechsel in die komplizierte Materie einzuarbeiten und auch noch Praxen und EDV umzustellen“ kritisiert ein Ärztevertreter in den Salzburger Nachrichten, „es geht um die Sicherheit der Patienten“<sup>108</sup>

Neuer Erstattungskodex:

Dieses neue Heilmittelverzeichnis wurde aus der Sicht der Ärzte von der Sozialversicherung viel zu spät an die Ärzte ausgegeben und entsprach nicht den Erfordernissen eines Nachschlagwerkes. Es wurde von den Ärzten als viel zu kompliziert und anwendungsfeindlich kritisiert.

Streichung von Heilmitteln aus dem Erstattungskatalog (gesetzlich geregelt in der mit 1.12.2004 erlassenen *Heilmittelbewilligungs- und Kontroll-Verordnung* die mit 1.1.2005 in Kraft trat): Aus dem ‚alten‘ Heilmittelverzeichnis wurde eine Anzahl von Medikamenten gestrichen, die nun nicht mehr verordnet werden können.

Die Streichung aufgrund dieser Verordnung sorgte laut *Salzburger Fenster* für zahlreiche Proteste der niedergelassenen Ärzteschaft.<sup>109</sup> Konsequenzen sind, dass Patienten in die Spitäler ausweichen, wo sie Zugang zu diesen Medikamenten haben.<sup>110</sup>

Dokumentationsformulare:

Formulare zur Dokumentation der Verschreibungspraxis der Ärzte wurden vom *Hauptverband der Sozialversicherungsträger* entworfen und an die Ärzte ausgegeben. Diese stießen aufgrund ihrer ‚Kompliziertheit‘ auf massive Ablehnung der Ärzte: Das Ausfüllen kostete sehr viel Zeit; sie bringen der Ärzteschaft eine ‚Bürokratielawine‘ auf Kosten der Betreuung der Patienten.

Sanktionen:

Wegen der knappen Anlaufzeit, die keine entsprechenden Informationsveranstaltungen und Schulungen der Ärzte mehr zuließ, wurden die möglichen Sanktionen bei Verstößen gegen die Verschreibungsvorschriften massiv kritisiert. *Otto Pjeta*, Leiter des Medikamentenreferats der ÖÄK konstatierte eine

„babylonische Verwirrung. Es wäre klüger gewesen, man hätte das bestehende System bis zur Umstellung auf die e-card so belassen“ ... „Das Gesundheitssystem verträgt keine Experimente“.<sup>111</sup>

<sup>108</sup> *Salzburger Nachrichten* (2004). Ärzte kritisieren überfallsartige Reformen, 6.12.2004, 2

<sup>109</sup> *Salzburger Fenster* (2004). Nur noch billige Pillen?, (44), 27.12.2004, 7

<sup>110</sup> *Salzburger Nachrichten* (2005). Lokalteil. Ansturm auf Spitäler, 15.1.2005, 6

<sup>111</sup> *Merz, Birgit* (2004). Babylonische Verwirrung, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (23/24), 15. 12. 2004, 12-13

### Verschärfte Bestimmungen für Allgemeinmediziner:

Allgemeinmediziner (Praktische Ärzte, Hausärzte) dürfen gewisse Medikamente nicht mehr verschreiben, dadurch müssen Patienten entweder zu einem Facharzt weiter verwiesen werden oder weiter ins Krankenhaus. Die Hausärzte/innen fühlen sich dadurch diskriminiert.<sup>112</sup>

#### **7.4. Welche Gründe könnten dahinterstecken?**

Aus den Berichten der *Österreichischen Ärztezeitung* geht hervor, dass ein Großteil der Ständesvertretung sich für die Abschaffung der Chefarztpflicht ausspricht. Vollkommen geeint tritt man gegen die Übergangslösung bis zur Einführung der e-card ein. M.E. widersetzt sich die Lobby der Ärzte prinzipiell gegen jegliche externe Kontrollen, sie ist bestrebt ihre Macht zu erhalten. Diese Haltung geht auch aus dem bereits oben beschriebenen Fall der Qualitätskontrolle (Punkt 3.4.) hervor. Damit betont die Ärztevertretung den hohen Stellenwert des ‚freier Berufsstandes‘, den sie auf jeden Fall auch so erhalten will. Im Rahmen der Chefarztpflicht zeigt sich dies in der Forderung nach Therapiefreiheit.

#### **7.5. Welche Maßnahmen bzw. Vorgangsweisen wurden von der ÖÄK gesetzt, um ihre Interessen durchzusetzen?**

##### **7.5.1. Lobbying**

- *Schriftliche Aussendungen* – Beispiel: Die ÖÄK teilte am 24. November 2004 der *Gesundheitsministerin* schriftlich ihre Befürchtungen im Zusammenhang mit den neuen Verschreibungsregeln mit. Die *Ministerin* wurde ersucht, die Implementierung der ‚Chefarztpflicht neu‘ um ein Quartal zu verschieben. *Rauch-Kallat* forderte aber im Sinne der Patienten/innen die Änderungen planmäßig umzusetzen und umgehend die Zusammenarbeit mit dem Hauptverband aufzunehmen.<sup>113</sup>
- *Diskussionsveranstaltungen*<sup>114</sup>
- *Resolutionen*
- *Gespräche und Sitzungen mit der Gesundheitsministerin und dem Hauptverband der Sozialversicherungen* – Beispiel: Am 20.1.2005 zwischen dem *Hauptverband* und der ÖÄK mit dem Ziel die Vorgaben der *Gesundheitsministerin* umzusetzen: Die Vereinheitlichung und Vereinfachung der Dokumentationspflicht der Ärzte und die Überarbeitung des Erstattungskodex.<sup>115</sup>

<sup>112</sup> *Salzburger Nachrichten* (2005). Lokalteil. ‚Hausarzt wird diskriminiert‘ und Ansturm auf Spitäler, 15.1.2005, 6-7

<sup>113</sup> *Merz, Birgit* (2004). Babylonische Verwirrung, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (23/24), 15. 12. 2004, 14

<sup>114</sup> *Salzburger Nachrichten* (2004). Ärzte klagen über ‚bürokratische Schikane‘, 17.12.2004, 4

<sup>115</sup> *Salzburger Nachrichten* (2005). ‚Chefarzt kostet mehr, als er bringt‘, 20.1.2005, 2

### 7.5.2. Pressure-Politik

- *Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit:* Massives Auftreten der ÖÄK in den Medien in eigener Sache und insbesondere auch als ‚Anwalt der Patienten‘
- *Proteste:* Die ÖÄK trat besonders ab der Einführung der Übergangsregelung (1.1.2005) mit massiver Kritik in den Printmedien auf:
 

„In den Österreichischen Ordinationen herrscht nach Angaben der Ärztekammer seit Montag ‚Chaos pur‘. Grund ist die Neuregelung der Chefarztpflicht. Der Präsident der Österreichischen Ärztekammer, Reiner Brettenthaler, ... spricht von der ‚dümmsten und unpraktikabelsten Regelung, die je erfunden wurde ... In den Ordinationen herrsche Katastrophenstimmung‘.<sup>116</sup>
- *Widerstand* – Beispiel: Die Vorarlberger Ärzte wenden die Neuregelung der Chefarztpflicht nicht an. Sie führen bis Ende Jänner 2005 die ‚alte‘ Variante der Chefarztpflicht weiter.<sup>117</sup> Ab 1. Februar wurde per ‚Obmannverfügung‘ der *Vorarlberger Gebietskrankenkasse* für einen Teil der Medikamente die chefärztliche Bewilligungspflicht aufgehoben.<sup>118</sup>
- *Forderungen* – Beispiele: Forderung der Abschaffung der Chefarztpflicht mit dem Argument der Ineffizienz, oder Forderung eines Honorars für das Einholen der chefärztlichen Bewilligung<sup>119</sup>, oder der *Ärzttekammer-Präsident* kündigte in der Presse an, beim geplanten Treffen mit *Gesundheitsministerin Rauch-Kallat* am 11.1.2005, eine neue Verordnung und die Entziehung der Chefarztpflicht vom *Hauptverband* zu fordern.<sup>120</sup>
- *(Androhung von) Boykott:* Die vorgegebenen Dokumentationsformulare werden nicht ausgefüllt bzw. wurden anstatt eigene, einfachere entworfen.<sup>121</sup>

### 7.5.3. Patronage:

Ein Ärztevertreter deponierte in der *Österreichischen Ärztezeitung* – als Vision für 2020 - folgende Forderung: Es sollte so viele Ärzte und Ärztinnen in der Bundesregierung geben, wie heute Vertreter von *Wirtschaftskammer* und *Industriellenvereinigung* – insgesamt sieben - dort vertreten sind. ‚Dann würde das Gesundheitswesen viel besser aussehen‘<sup>122</sup>

## 7.6. **Welche Resultate konnte die ÖÄK erzielen?**

Nach einem Gespräch mit der *Gesundheitsministerin Maria Rauch-Kallat* sah *Ärzttekammerpräsident Brettenthaler* am 11.1.2005 ‚die wesentlichen Forderungen der österreichischen Ärzteschaft bezüglich

<sup>116</sup> *Salzburger Nachrichten* (2004). Chaos in den Ordinationen, 7.1.2005, 4

<sup>117</sup> *Die Presse* (2005). In Kürze. Chefarztpflicht ignoriert, 18.1.2005, 7

<sup>118</sup> *Die Presse* (2005). Chefarztpflicht. Sonderlösung in Vorarlberg, 1.2.2005, 4

<sup>119</sup> *Merz, Birgit* (2004). Jetzt wird im Ministerium verhandelt, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (11), 10.6.2004, 12-14

<sup>120</sup> *Die Presse* (2005). Ärzteaufstand. Chefarztpflicht: Aussprache mit der Ministerin, 7.1.2005, 7

<sup>121</sup> *Salzburger Fenster* (2004). Nur noch billige Pillen?, (44), 27.12.2004, 7

<sup>122</sup> *Gruber, Karin* (2004). Medizin Weltstadt Wien 2020, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (12), 25.6. 2004, 18

der Neuregelung der Chefarztpflicht erfüllt'.<sup>123</sup> Am 25. Jänner 2005 einigten sich *Hauptverband* und *ÖÄK* auf ‚modifizierte Rahmenempfehlungen zur ‚Chefarztpflicht neu‘, um die Probleme mit dem Erstattungskodex und der Dokumentationspflicht bis zur Einführung der e-card zu beseitigen.

Generell kann man sagen, dass es Änderungen zugunsten der Ärzte gegeben hat, es aber keine Änderung des Systems an sich gegeben hat und die Chefarztpflicht nicht abgeschafft wurde.<sup>124</sup>

In den folgenden Punkten konnten Verbesserungen für die *ÖÄK* erzielt werden:

#### Aussetzung der Sanktionen:

In den *Salzburger Nachrichten* vom 6.12.04 wird von einer sanktionslosen Zeit von zwei Monaten gesprochen, jedoch bereits am 17.12.04 berichtet *Ärztammerpräsident Brettenthaler* von einer Zusage für die Dauer des ersten Quartals 2005. Dieses Zugeständnis seitens der *Gesundheitsministerin* wurde nochmals bekräftigt nach einem Treffen am 11.1.2005.<sup>125</sup> In Wien wurde die sanktionslose Frist sogar bis September 2009 verlängert.<sup>126</sup>

#### Vereinfachung der Dokumentation:

Die ursprünglichen (zeitintensiven) Dokumentationsformulare des Hauptverbandes wurden abgeschafft und durch ein einfacheres, einheitliches Modell ersetzt<sup>127</sup> bzw. ist eine Dokumentation nur mehr in der Patientenkartei bzw. -datei nötig, die auf Verlangen der Krankenkasse für nachträgliche Kontrollzwecke zur Verfügung zu stellen ist. D.h., es wurde eine Vereinfachung erreicht, die Aufzeichnungspflicht entfällt jedoch nicht.<sup>128</sup>

#### Überarbeitung des Erstattungskodexes:

Der stark kritisierte Erstattungskodex wird vom *Hauptverband* unter Einbindung der *ÖÄK* bis zum 1. Juli 2005 in schriftlicher Form neu aufgelegt. Bis zum Ende des ersten Quartals wird eine elektronische Version bereit gestellt.

Die neuen Ordnungsregeln sind jedoch ab 1.1.2005 umzusetzen, lediglich Behandlungen, die vor dem Jahreswechsel begonnen wurden, können in dieser Weise fortgesetzt werden.<sup>129</sup>

#### Hausärzte/Hausärztinnen:

Unter bestimmten Voraussetzungen kann der Hausarzt/-ärztin grundsätzlich auf den Facharzt beschränkte Arzneien verschreiben.<sup>130</sup>

<sup>123</sup> [www.aek.or.at](http://www.aek.or.at), Link: Aktuelles: Brettenthaler zu Chefarztpflicht: „Ärztliche Forderungen jetzt erfüllt“, abgerufen am 18.3.2005, 1-2

<sup>124</sup> *Die Presse* (2005). Chefarztpflicht. Rauch Kallat: Keine Änderung des Fax-Systems, 12.1.2005, 4

<sup>125</sup> *Salzburger Nachrichten* (2005). ‚Schilda‘ in der Praxis, 12.1.2005, 4

<sup>126</sup> Chefarztpflicht neu. Rahmenempfehlungen, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (3), 10. 2. 2005, 12-13

<sup>127</sup> *Die Presse* (2005). Ärzteaufstand. Chefarztpflicht: Aussprache mit der Ministerin, 7.1.2005, 7

<sup>128</sup> Chefarztpflicht neu. Rahmenempfehlungen, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (3), 10. Februar 2005, 12

<sup>129</sup> Ebd., 12

<sup>130</sup> Ebd., 12

### Landesspezifische Sonderregelungen:

Länderspezifische Detaillösungen sind zulässig. Vorarlberg und Wien hatten ohnedies schon davon Gebrauch gemacht. So wird in Wien die Sanktionsfrist bis 30.9.2005 verlängert. Patienten können weiterhin selber die chefarztliche Bewilligung einholen.

In Vorarlberg sind Medikamente unter einem bestimmten Betrag von der Bewilligungspflicht ausgenommen.<sup>131</sup>

## **7.7. Wie äußert sich die Patientenvertretung zur ‚Chefarztpflicht neu‘?**

### **7.7.1. PA**

Der Sprecher der *ARGE-PA* zeigte sich in einem Interview mit der *Österreichischen Ärztezeitung* grundsätzlich als Gegner der Chefarztpflicht. Er begründete dies mit den Patientenbeschwerden die im Hinblick auf die Chefarztpflicht bei der *PA* eingehen und eine steigende Tendenz aufweisen. Dabei geht er davon aus, dass sich nur die Minderheit der Patienten beschweren. Einen weiteren Grund, um für die Abschaffung der Chefarztpflicht einzutreten, sind die großen Unterschiede bezüglich des Bewilligungsverhaltens in den Bundesländern. So kritisiert der *Patientenanwalt*, dass in manchen Bundesländern 90 Prozent der eingereichten Rezepte bewilligt werden während in anderen nur 60 Prozent anerkannt werden. Scheinbar liegt es auch am persönlichen Auftreten einzelner Patienten, ob sie eine Bewilligung erlangen oder nicht; nach dem Motto ‚der Starke setzt sich leichter durch‘. Unbestritten ist laut dem *Patientenanwalt*, dass alte und chronisch kranke Menschen tatsächlich mehr an der Chefarztpflicht leiden als andere.<sup>132</sup>

Die Übergangsregelung betreffend, äußerte der *Patientenanwalt* große Bedenken. Er begrüßte zwar, dass die Einholung der Bewilligung vom Patienten auf den Arzt übergehe, jedoch befürchtete er, dass dies nur eine Verlagerung der Wartezeit vom Chefarzt auf den behandelnden Arzt bedeuten könnte oder wegen des möglichen bürokratischen Aufwandes nicht mehr das bestmögliche Präparat, sondern ein minderwertiges verschrieben werden könnte. Für den *Patientenanwalt* gehören medizinische Verordnungen grundsätzlich in die alleinige Verantwortung des behandelnden Arztes, welcher das Bestmögliche für den Patienten zu tun hat. Darauf hat der Patient einen Anspruch. Allerdings hat der Arzt auch Verantwortung gegenüber dem Gesamtsystem zu tragen. Das kann ganz konkret bedeuten, dass dieser sich bei zwei gleichwertigen Alternativen für das kostengünstigere Medikament entscheidet.<sup>133</sup>

<sup>131</sup> Chefarztpflicht neu. Rahmenempfehlungen, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (3), 10. Februar 2005, 12-13

<sup>132</sup> *Merz, Birgit* (2005). Interview. Chefarztpflicht: ‚Viele können sich nicht beschweren‘, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (3), 10. 2. 2004, 21-22

<sup>133</sup> Ebd., 21-22

In seiner jüngsten Presseaussendung kritisiert der *Patientenanwalt* – bezugnehmend auf die *Wiener Ärztekammer*, die in Sachen Chefarztspflicht ihre ‚eigenen Wege‘ geht – dass der ‚Unwille einiger Ärzte, die Einigung umzusetzen, auf die Patienten abgeschoben wird‘. Des Weiteren bezieht er sich auf eine Statistik des *Hauptverbandes* aus dem Jahr 2003, wonach nur 4,5 Prozent der verordneten Medikamente unter die Bewilligungspflicht fallen. *Patientenanwalt Bachinger*:

‚Der zusätzliche Aufwand wird sich also in erträglichen Grenzen halten. Wenn wirklich die Bedürfnisse der Patienten im Mittelpunkt stehen – wie von den Ärztevertretern ständig betont wird – erübrigen sich eigentlich alle weiteren Diskussionen‘.<sup>134</sup>

Ferner kritisiert er die niedergelassenen Ärzte, dass sie die Bewilligungsregelung komplizierter gestalten, als sie ist, d.h. beispielsweise, dass Ärzte Bewilligungen für Medikamente einholen, für welche gar keine chefärztlichen Bewilligungen vorgesehen sind oder ein Medikament verordnen, dass die Kassen nicht bezahlen, obwohl dieses in einer anderen Dosierung bewilligungsfrei zu bekommen wäre.

Als Fazit geht aus dieser Presseaussendung hervor, dass der *Patientenanwalt* in der Sache Übergangsregelung zur ‚Chefarztspflicht neu‘ bei den Ärzten die ‚Patientenorientierung‘ stark vermisst:

‚Nicht die Patienten sind dem Gesundheitssystem anzupassen, sondern das System soll den Patienten dienen ... das setzt aber voraus, dass die betroffenen Ärzte auch bereit sind, diese neuen Aufgaben für ihre Patienten zu übernehmen‘,

schließt Bachinger.<sup>135</sup>

### 7.7.2. Selbsthilfe

Von der *ArGe-Selbsthilfe Österreich* liegt eine Stellungnahme zur ‚Chefarztspflicht neu‘ an das *BMGF* vom September 2004 vor. Grundsätzlich wird darin der Übergang des Einholens der chefärztlichen Bewilligung vom Patienten auf den Arzt begrüßt. Man bekennt sich auch zum ökonomischen Aspekt der Arzneimittelkontrolle, warnt aber vor einer dadurch möglicherweise hervorgerufenen Verschlechterung einer adäquaten Arzneimittelversorgung der Patienten. Grundsätzlich wird auch das Modell der nachträglichen Kontrolle der ärztlichen Verschreibung bevorzugt. Wenn dies nicht möglich ist, soll - in Anbetracht der zu erwartenden längeren Wartezeiten - den Patienten frei gestellt werden, ob sie (wie nach dem alten Schema) selbst die chefärztliche Bewilligung einholen oder der Arzt dies tun soll. Ferner sollte im Sinne von mehr Kostenbewusstsein und mehr Transparenz die Mengenkontrolle und Kostenentwicklung von Arzneimitteln nicht mehr nur an den *Hauptverband*, die *ÖÄK* und das *BMGF*

---

<sup>134</sup> *Bachinger, Gerald* (2005). NÖ Patientenanwalt: Keine Einführung der ‚alten‘ Chefarztspflicht in NÖ (Im Originalton Dr. Gerald Bachinger / NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft) Utl.: Bachinger: ‚Nehmen die Ärzte ihre neuen Aufgaben als Gesundheitsmanager für ihre Patienten ausreichend wahr?‘, Presseaussendung erhalten via E-Mail Anfrage, am 2.2.2005

<sup>135</sup> Ebd.



übermittelt werden, sondern einem breiteren Kreis zugänglich gemacht werden – wie *Patientenvertretungen, Patientenanwaltschaften* usw.<sup>136</sup>

### Resümee ‚Chefarztpflicht neu‘:

Die *Salzburger Nachrichten* schreiben am 15.1.2005, dass mit der ‚Chefarztpflicht neu‘ ein ‚langjähriger Wunsch sämtlicher Akteure im Gesundheitswesen in Erfüllung‘ hätte gehen sollen. Nämlich dass nicht mehr der Patient beim Chefarzt der Krankenkassen vorstellig werden muss, um ein teures Medikament bewilligt zu bekommen, sondern Kassen und Ärzte das unter sich ausmachen.<sup>137</sup> *Hauptverband* und *Ärztelkammer* hatten den politischen Auftrag, eine praktikable Lösung zustande zu bringen. Sie haben, obwohl jeweils ausgestattet mit einem großen Expertenapparat, in mehreren Monaten kein gemeinsames Modell zustande gebracht. *Wörgetter* meint dazu: ‚Nicht an inhaltlichen, sondern an kleinlichen Machtspielen sind sie gescheitert und haben damit der Selbstverwaltung keinen guten Dienst erwiesen‘.<sup>138</sup> Die Folge war, dass die *Gesundheitsministerin* zu einer gesetzlichen Regelung griff, jedoch erst sehr kurz vor Jahresende, sodass von Seiten des *Hauptverbandes* und von Seiten der *Ärztelkammer* keine vernünftige Umsetzung mehr möglich war. Trotzdem kann man sich nicht dem Eindruck erwehren, dass der Hauptverband die Umsetzung möglichst kompliziert gestaltete und die *Ärztelkammer* ‚aus Mäusen Elefanten machte‘.

Weitere Daten zeigen, dass - laut Aussage des *BMGF* - bisher von einem Vertragsarzt/-ärztin pro Ordinationstag durchschnittlich zwei bis vier ‚bewilligungspflichtige‘ Medikamente verschrieben wurden. Das bedeutet, dass über 95 Prozent der gesamten Verschreibungen von den Bewilligungspflichtigen nicht erfasst sind.<sup>139</sup> Weitere Fakten sagen, dass 4,5 Prozent der vom Arzt verschriebenen Medikamente chefarztpflichtig sind. Von den Kosten her jedoch 19,7 Prozent ausmachen.<sup>140</sup>

## 8. Resümee

Wenn man sich nun abschließend nochmals die zentrale Frage dieser Arbeit ins Gedächtnis ruft: Wie stellt sich die Wahrnehmung und Durchsetzung der Patienteninteressen und Ärzteinteressen im

<sup>136</sup> *ArGe Selbsthilfe Österreich* (2004). Stellungnahme der *ArGe Selbsthilfe Österreich* zur Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Grundsätze der chef- und kontrollärztlichen Bewilligung für Heilmittel, der nachfolgenden Kontrolle von Verschreibungen, sowie die Grundsätze der Dokumentation (Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung), 30.9.2004

<sup>137</sup> *Wörgetter, Sylvia* (2005). Der Standpunkt. Der Patient steht im Mittelpunkt. Und im Weg, in: *Salzburger Nachrichten*, 15./16.1.2005, 1

<sup>138</sup> Ebd., 1

<sup>139</sup> [http://www.bmgf.gv.at/cms/site/news\\_einzel.htm?channel=CH0089&doc=CMS110510605...](http://www.bmgf.gv.at/cms/site/news_einzel.htm?channel=CH0089&doc=CMS110510605...), >Hintergrundinformation des Gesundheitsministeriums über die aktuellen Änderungen bei Medikamenten vom 7.1.2005, abgefragt am 31.1.2005, 3-6

<sup>140</sup> *Die Presse* (2005). Chefarztpflicht. Rauch Kallat: Keine Änderung des Fax-Systems, 12.1.2005, 4

Spannungsfeld ‚Konsument – Produzent‘ dar?, so haben sich folgende Antworten herauskristallisiert: Aufgrund ihrer Legitimation und (gesetzlich geregelten) Zuständigkeiten, sind *Selbsthilfe* und *PA die* Vertreter der Patienten. Als Vertreter der ‚(Gesundheits)Konsumenten‘ sind sie in erster Linie für die Befriedigung der Versorgungsinteressen der Patienten zuständig. Die Ärzteschaft stellt sich zwar auch als ‚Anwalt der Patienten‘ dar, doch fehlt ihnen die Legitimation dazu. Die Aufgabe der Ärztevertretung ist es, die sozialen, wirtschaftlichen und beruflichen Belange der Ärzte zu vertreten. Als ‚(Gesundheits)Produzenten‘ geht es ihnen in erster Linie um die Befriedigung ihrer privaten Erwerbsinteressen. Das ist auch legitim so, es wird m.E. nur problematisch, wenn dies unter dem Deckmantel des Patientenwohls geschieht.

Der Mechanismus des Vorschiebens von Patienteninteressen vor die eigenen Ärzteinteressen wird am Beispiel ‚Chefarztpflicht neu‘ deutlich. Das Instrumentalisieren von Patienteninteressen zur Erreichung der eigenen Ziele gehört somit m.E. zu den praktischen Durchsetzungsmaßnahmen der Ärztevertretung. Diese Behauptung soll natürlich dem einzelnen Arzt/der einzelnen Ärztin nicht seine/ihre ethischen und patientenorientierten Ansätze absprechen.

Wie das Beispiel ‚Chefarztpflicht neu‘ weiter zeigt, besteht keine Chancengleichheit in punkto Interessensdurchsetzung zwischen den Interessensgruppierungen auf Konsumenten- bzw. Produzentenseite. Dies widerspricht damit dem optimistischen Gleichgewichtsdanken (Theorie selbstregulativer Systeme<sup>141</sup>) implizit der Systemtheorie. Die kleine Gruppe der Ärzte als Inhaber spezieller Funktionen und eines speziellen Know –Hows sowie der Kontrolle darüber sind in der Aktions-, Konflikt- und Durchsetzungsfähigkeit ihrer Interessen erheblich potenter als die große und heterogene Gruppe der Patienten, die weder über spezialisierte Funktionen noch über irgendwelche Kontrollmöglichkeiten verfügen. Dies wird u.a. ersichtlich an ihrer Nähe zum politischen System und noch dazu hilft der Ärztevertretung die Mobilisierung der öffentlichen Meinung durch ihre starke Präsenz in den Medien.

So werden m.E. Gesundheitsthemen in den Medien in erster Linie von der Ärzteschaft thematisiert. Als weitere Akteure treten die Politik (*Gesundheitsministerin*), der *Hauptverband der Sozialversicherungsträger*, in diversen Kommentaren Journalisten/innen selbst und nicht zuletzt die Pharma-Industrie in Erscheinung. Standpunkte der Patientenvertretung sind dagegen in den ‚gängigen‘ Tagesprintmedien rar. Ihre Informationen sind eher nach ‚innen‘ gerichtet. Das schlechte ‚Medienecho‘ könnte vielleicht auch damit zusammenhängen, dass es, wie bereits angemerkt, (noch) keine einheitliche Definition für ‚Patientenvertretung‘ gibt. Oder liegt es daran, dass nur die gehört werden, die am ‚lautesten schreien‘ und die besten Beziehungen haben, wie *Frau Dr. Grafinger (geschäftsführende*

---

<sup>141</sup> Nohlen, Dieter/Schultze, Rainer-Olaf (Hg.) (2004). Lexikon der Politikwissenschaft. Band 2 N-Z. Theorien, Methoden, Begriffe. Aktualisierte und erweiterte Ausgabe, Verlag C.H. Beck, 962-963

*Obfrau der Selbsthilfe Salzburg*) es ausdrückt.<sup>142</sup> In diesem Zusammenhang kritisiert *Frau Mag. Maier (ArGe Selbsthilfe Österreich)*, dass Presseaussendungen an z.B. *Kurier, Standard* und *Die Presse* hinsichtlich ihres Protestes gegen die Auswirkung des Finanzausgleiches auf chronisch kranke Menschen null Echo erzeugt hatten. So bleibt der *Selbsthilfe* nur als Ziel, die gesamte ‚Selbsthilfeszene‘ in Österreich zu vernetzen und Überzeugungsarbeit zu leisten, um in Zukunft wirklich mit einer Stimme sprechen zu können, die dann auch mehr Gewicht hat.<sup>143</sup>

Dieses Ziel könnte bald wahr werden, denn in Zukunft soll die Bedeutung von *Selbsthilfegruppen* und *Patientenanwälten* zunehmen. Dies geht aus einer aktuellen Großstudie zum Thema ‚The European Patient of the Future‘ hervor, die in acht europäischen Ländern durchgeführt wurde. Demnach ist ein klarer Trend zu mehr ‚patient-empowerment‘, also zu mehr Patienten-Mitentscheidung feststellbar. Das Resümee der Studienautorin lautet dazu:

‚Patienten wollen keine passiven Opfer mehr sein, sondern bei der Therapieauswahl mitentscheiden. Ihre Lobby sind Patientenanwälte und Selbsthilfegruppen, die zunehmend an Einfluss gewinnen werden.‘<sup>144</sup>

Das Ergebnis dieser Studie lässt auf eine Verschiebung des Machtungleichgewichtes zugunsten der Patientenvertretungen schließen – ‚Ärzte müssen sich auf einiges gefasst machen‘.<sup>145</sup>

---

<sup>142</sup> Interview am 1.12.2004, 9 – 10 Uhr, mit *Frau Dr. Grafinger / Geschäftsführende Obfrau der Dachorganisation Selbsthilfe Salzburg*, Faberstraße 19-23/5; Interviewerin: Margret Macheiner, Interviewabschrift, 13

<sup>143</sup>E-Mail-Interview mit *Frau Mag. Monika Maier, Sprecherin der ArGe Selbsthilfe Österreich*, vom 3.2.2005

<sup>144</sup> *Ärztewoche* (2005). Der Patient will mehr mitreden, (6), 10.2.2005, 7

<sup>145</sup> Ebd., 7

## Literaturverzeichnis

*ArGe Selbsthilfe Österreich* (2004). Stellungnahme der *ArGe Selbsthilfe Österreich* zur Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Grundsätze der chef- und kontrollärztlichen Bewilligung für Heilmittel, der nachfolgenden Kontrolle von Verschreibungen, sowie die Grundsätze der Dokumentation (*Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung*), 30.9.2004

*Bachinger Gerald* (2003). Außergerichtliche Streitbeilegung, in: Aigner, Gerhard/Kletecka-Pulker, Maria/Kletecka, Andreas/Memmer, Michael (Hg.): Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Manz

*Bachinger, Gerald* (2004). Patienten helfen. Visionen von PatientInnenbeteiligung. Gesundheitsreform und Partizipation, Dezember 2004. Quelle: übermittelt via E-Mail am 3.2.2005 vom Sprecher der *ARGE-Patientenanwalt Dr. Bachinger*

*Bachinger, Gerald* (2005). NÖ Patientenanwalt: Keine Einführung der ‚alten‘ Chefarztpflicht in NÖ (Im Originalton Dr. Gerald Bachinger / NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft) Utl.: Bachinger: ‚Nehmen die Ärzte ihre neuen Aufgaben als Gesundheitsmanager für ihre Patienten ausreichend wahr?‘, Presseaussendung erhalten via E-Mail am 2.2.2005

Geschäftsordnung der *Salzburger Patientenvertretung* vom 2.12.1996

*Himmelmann, Gerhard* (1983). Interesse als Paradigma der sozialwissenschaftlichen Lehre: Didaktisches Modell und Fallstudie, in: *Alemann v., Ulrich/ Forndran, Erhard* (Hg.) (1983). Interessenvermittlung und Politik. Interesse als Grundbegriff sozialwissenschaftlicher Lehre und Analyse, Westdeutscher Verlag, Opladen

*Holtmann, Everhard* (Hg.) (1994). Politik-Lexikon, Zweite überarbeitete und erweiterte Auflage, Oldenbourg-Verlag, München/Wien

Konzept der *ArGe Selbsthilfe Österreich* – November 2001, Aktualisierte Fassung Februar 2004; erhalten von *Frau Mag. Monika Maier, Sprecherin der ArGe Selbsthilfe Österreich* via Email am 3.2.2005

*Lehner, Franz* (1983). Interessen als Paradigma der sozialwissenschaftlichen Analyse, in: *Alemann v., Ulrich/ Forndran, Erhard* (Hg.) (1983). Interessenvermittlung und Politik. Interesse als Grundbegriff sozialwissenschaftlicher Lehre und Analyse, Westdeutscher Verlag, Duisburg/Braunschweig

*Maier, Monika* (2004). Jahresbericht 2004. *ArGe Selbsthilfe Österreich*; erhalten via Email am 13.3.05

*Nohlen, Dieter/Schultze, Rainer-Olaf* (Hg.) (2004). Lexikon der Politikwissenschaft. Band 2 N-Z. Theorien, Methoden, Begriffe. Aktualisierte und erweiterte Ausgabe, Verlag C.H. Beck, 962-969

*Selbsthilfe Salzburg* (2004). *Selbsthilfe Salzburg News* (2), 2004

*Selbsthilfe Salzburg* (2004). Jahresbericht Juni 2002 bis Mai 2004

Tätigkeitsberichte der *Salzburger Patientenvertretung*. Zeitraum 1.4.1998-31.3.1999, 1.4.1999-31.3.2000, 1.4.2000-31.3.2001, 1.4.2001-31.3.2002, 1.4.2002-31.3.2003. Zur Vorlage beim Amt der Salzburger Landesregierung

### Österreichische Ärztezeitung und Ärztwoche

*Gesellschaft für ärztliche Qualitätssicherung* (2004). Strenge Maßnahmen, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (18), 25. September 2004, 10

*Gruber, Karin* (2004). Medizin Weltstadt Wien 2020, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (12), 25. Juni 2004, 18-19

- Hampel, Reinhard* (2004). ‚Es geht um ständige Verbesserung‘, Interview mit der Geschäftsführerin der Gesellschaft für Qualitätssicherung in der Medizin, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (18), 25. September 2004, 6-8
- Merz, Birgit* (2004). Umstrittene Mogelpackung, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (1/2), 25. 1. 2004, 19-20
- Merz, Birgit* (2004). Interview. Chefarztpflicht: ‚Viele können sich nicht beschweren‘, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (3), 10. 2. 2004, 21-22
- Merz, Birgit* (2004). Jetzt wird im Ministerium verhandelt, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (11), 10.6. 2004, 12-14
- Merz, Birgit* (2004). Nun Entwurf des Ministeriums, in: *Österreichische Ärztezeitung* (12), 25. Juni 2004, 20
- Merz, Birgit* (2004). Ab 2005: ein Zertifikat für niedergelassene Ärzte, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (19), 10.10.2004, 20-21
- Merz, Birgit* (2004). Babylonische Verwirrung, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (23/24), 15. Dezember 2004, 12-14
- Kopetz, Michael* (2004). Das Geheimnis der ‚black box‘, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (6), 25.3.2004, 10-11
- Mühlgassner, Agnes M.* (2004). Qualitätssicherung. Ordinationen: evaluiert und qualitätsgesichert, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (20), 25.10.2004, 14-15
- Stickler, Martin* (2004). Gesundheitsreform. Das Ende vom Anfang, in: *Österreichische Ärztezeitung*, (22), 25. 11. 2004, 12-14
- Österreichische Ärztezeitung* (2004). Verhandlungen über die Chefarztpflicht. Nur ja kein ‚Billigarzt‘, (6), 25.3.2004, 12
- Österreichische Ärztezeitung* (2005). Chefarztpflicht neu. Rahmenempfehlungen, (3), 10. 2. 2005, 12-13
- Ärztewoche* (2005). Der Patient will mehr mitreden, (6), 10.2.2005, 7

#### Salzburger Nachrichten und Salzburger Fenster

- Salzburger Nachrichten* (2004). Qualität per Verordnung, 24.11.2004, 2
- Salzburger Nachrichten* (2004). Kostenlawine bei Arzneien?, 3. 12. 2004, 2
- Salzburger Nachrichten* (2004). Ärzte kritisieren überfallsartige Reformen, 6.12.2004, 2
- Salzburger Nachrichten* (2004). Ärzte klagen über ‚bürokratische Schikane‘, 17. 12. 2004, 4
- Salzburger Nachrichten* (2005). Chaos in den Ordinationen, 7. 1. 2005, 4
- Salzburger Nachrichten* (2005). ‚Schilda‘ in der Praxis, 12.1.2005, 4
- Salzburger Nachrichten* (2005). Lokalteil. Ansturm auf Spitäler, 15.1.2005, 6
- Salzburger Nachrichten* (2005). Lokalteil. ‚Hausarzt wird diskriminiert‘ und Ansturm auf Spitäler, 15.1.2005, 6-7
- Salzburger Nachrichten* (2005). ‚Chefarzt kostet mehr, als er bringt‘, 20.1.2005, 2
- Wörgetter, Sylvia* (2005). Der Standpunkt. Der Patient steht im Mittelpunkt. Und im Weg, in: *Salzburger Nachrichten*, 15./16.1.2005, 1
- Salzburger Fenster* (2004). Nur noch billige Pillen?, (44), 27.12.2004, 7

#### Die Presse<sup>1</sup>

- Die Presse* (2004). Selbsthilfegruppen. Hilfe und Lobbying, 31. 12. 2004, Verlagsserie, 7
- Die Presse* (2004). Sozialversicherung. Chefarztpflicht neu geregelt, 31.12.2004, Verlagsserie, 7
- Die Presse* (2005). Ärzteaufstand. Chefarztpflicht: Aussprache mit der Ministerin, 7.1.2005, 7
- Die Presse* (2005). Chefarztpflicht. Rauch Kallat: Keine Änderung des Fax-Systems, 12.1.2005, 4
- Die Presse* (2005). In Kürze. Chefarztpflicht ignoriert, 18.1.2005, 7
- Die Presse* (2005). Chefarztpflicht. Sonderlösung in Vorarlberg, 1.2.2005, 4

#### Internetadressen:

[www.aerztekammer.at](http://www.aerztekammer.at)

<http://www.aekwien.or.at> > Informationen für Ärzte, >Berufsrecht, >ÄrzteG 2001 (5. ÄrzteG-Novelle); Ärztegesetz 2001; abgefragt am 24.11.2004

[www.oegim.at/pdf/aerztegesetz.pdf](http://www.oegim.at/pdf/aerztegesetz.pdf) > Bundesgesetz: Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998 und Änderung des Ausbildungsgesetzes (1998); abgefragt am 24.11.2004

[www.aerztekammer.at/text.html?aktuelles/apm2004\\_0051.htm](http://www.aerztekammer.at/text.html?aktuelles/apm2004_0051.htm) >Qualitätssicherung: Ärztekammer warnt vor 'Doppelgleisigkeiten'; abgefragt am 10.11.2004

[www.aek.or.at](http://www.aek.or.at), Link: Aktuelles: Brettenthaler zu Chefarztpflicht: „Ärztliche Forderungen jetzt erfüllt“, abgerufen am 18.3.2005

[www.patientenanwalt.com](http://www.patientenanwalt.com)

[www.kinderkrebshilfe.at](http://www.kinderkrebshilfe.at)

[www.salzburg.gv.at/themen/gs/gesundheit.htm/patientenvertretung](http://www.salzburg.gv.at/themen/gs/gesundheit.htm/patientenvertretung)

[www.bmgf.gv.at/cms/site/news\\_einzel.htm?channel=CH0089&doc=CMS110510605...](http://www.bmgf.gv.at/cms/site/news_einzel.htm?channel=CH0089&doc=CMS110510605...), > Hintergrundinformation des Gesundheitsministeriums über die aktuellen Änderungen bei Medikamenten vom 7.1.2005, abgefragt am 31.1.2005

#### Interviews:

Interviewpartner: Frau Dr. Grafinger, geschäftsführenden Obfrau der Selbsthilfe Salzburg

Interviewerin: Margret Macheiner

Datum des Interviews: 1.12.2004

Ort des Interviews: Salzburger Gebietskrankenkasse, Faberstraße 19-23, 5020 Salzburg

Dauer des Interviews: 9-10 Uhr

Interviewpartner: Frau Dr. Zsifkovic, Patientenvertreterin Salzburg

Interviewerin: Margret Macheiner

Datum des Interviews: 18.11.2004

Ort des Interviews: Salzburger Patientenvertretung, Hubert Sattlergasse 18/3, 5020 Salzburg

Dauer des Interviews: 11.30 – 12.45

#### E-mail Befragungen:

Interviewpartner: Frau Mag. Monika Maier, Sprecherin der *ArGe Selbsthilfe Österreich*

Interviewerin: Margret Macheiner

Datum der Befragung: 3.2.2005

Interviewpartner: Herr Dr. Gerald Bachinger, Sprecher der *ARGE-Patientenanwälte*

Interviewerin: Margret Macheiner

Datum der Befragung: 2.2.2005