

Leserbriefe

Das Consilium als Medium der standespolitischen Diskussion hat sich gut entwickelt. Das zeigt sich auch in der Anzahl der Leserbriefe, die uns erreichen. Wir sind bemüht, diese Lesermeinungen nach Maßgabe des vorhandenen Platzes zu veröffentlichen. Allerdings bitten wir um Verständnis, dass wir nur eine beschränkte Auswahl der eingehenden Leserpost auch abdrucken können. Wir stehen also vor der Notwendigkeit eine Auswahl treffen zu müssen. Wobei grundsätzlich alle Beiträge, die keinen strafrechtlichen Tatbestand (etwa der üblen Nachrede, der Verleumdung, der Beleidigung, der Kreditschädigung etc.) enthalten, zur Veröffentlichung freigegeben werden. Bei der in der täglichen Arbeit notwendigen Auswahl bemühen wir uns darum die verschiedenen Meinungen so ausgewogen wie möglich, aber auch nach dem Verhältnis der eingegangenen Reaktionen, wiederzugeben.

Atemschutz-Untersuchung neu

Nach fast 25 jähriger Tätigkeit als Landesfeuerwehrarzt (LFA) NÖ und 10 Jahren als Sachgebietsleiter „Feuerwehrmedizinischer Dienst“ (FMD) im Österr. Bundesfeuerwehrverband (ÖBFV) vor etlichen Jahren maße ich mir an, noch immer ein wenig etwas von der Materie zu verstehen und habe die Entstehungsgeschichte der AS-Untersuchung „neu“ mit einigem Befremden verfolgt.

Als LFA hatte für mich die Sicherheit der Feuerwehrangehörigen aber auch die rechtliche Sicherheit der Feuerwehrärzte (FA) stets oberste Priorität. Nach langjährigen Vorarbeiten im ÖBFV durch HR Dr. Werner Hoffer konnte dann unter meiner Federführung die damalige Empfehlung Atemschutz (AS)-Untersuchung (S01) als Kompromiss sowohl auf Landesebene als auch im ÖBFV (einstimmig von allen Landesfeuerwehrkommandanten (LFKDT) beschlossen und noch immer gültig!) endlich durchgesetzt werden. Immerhin wurden für diese Entscheidungsfindung und als Überzeugungsarbeit und zur Motivation der rechtlich haftenden FA immerhin zwei internationale CTIF-Kongresse, ein nationaler Kongress und zahlreiche Diskussions- und Fortbildungsveranstaltungen unter Teilnahme angesehener Experten durchgeführt. Ziel war eine österreichweit einheitliche Regelung in breitem Konsens zu erarbeiten. Es wäre undenkbar gewesen, zu versuchen, eine persönliche Meinung - noch dazu wesentlich abweichend von existierenden Richtlinien und anerkannten medizinischen Standpunkten - „ex cathedra“ ohne jede Diskussion den die letzte Verantwortung tragenden FA als Beilage im Rahmen einer Dienstanweisung (DA) letztendlich vorzuschreiben. (Allerdings s.u. Newsletter NÖÄK). Dass beim letzten Feuerwehrärzefortbildungslehrgang

bei einem derartigen Paradigmenwechsel nur 15 Minuten als Diskussion - und die nur als Podiumsdiskussion - vorgesehen waren, war für mich - auch wegen einer ein Jahr zuvor stattfindenden nicht sehr sachlichen Korrespondenz mit dem Büroleiter des NÖ Landesfeuerwehrverbandes (LFV) - ein Zeichen, dass jede Diskussion unerwünscht ist. Quod erat demonstrandum. Darum war ich gar nicht dort. Zumal es an und für sich überhaupt üblich sein sollte, bei abweichender Einzelmeinung diese erst intern zum wissenschaftlichen Disput vorzulegen um dann zu einem gemeinsamen Ergebnis zu kommen. Und damit meine ich in erster Linie im Sachgebiet FMD im ÖBFV aber auch gegenüber den FA. Manches, das nicht weiter kommentiert werden soll, hätte man sich erspart.

Dadurch haben wir letztlich jetzt mehrere „Klassen“ von AS-Geräteträgern. 1. Die des NÖLFV. 2. Die der übrigen Bundesländer (ÖBFV-Empfehlung S01 als Kompromiss). 3. Die der Gasrettungsdienste, die dem ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASCHG) unterliegen: Ergo und Spiro, Untersuchung jährlich(!) obwohl bei weitem nicht die Einsatzhäufigkeit und Belastungswahrscheinlichkeit wie bei Mitgliedern der Feuerwehren.

Wie bereits vor etlichen Jahren im „Consilium“ von Herrn Mag. Duhan aus gleichem Anlass veröffentlicht, haben die Untersuchungen und das daraus resultierende Gutachten (was anderes ist die Bestätigung „AS-tauglich“ nämlich nicht!) nach allgemein anerkannten Kriterien und Stand der Medizin zu erfolgen. Bei Nichteinhalten kann der Untersucher bei allfälligen Schäden zur Verantwortung gezogen werden.

Die ewige Frage nach dem „Stand der Medizin“ ist relativ leicht zu beantworten. Es ist anzunehmen, dass der vom Gesetz-

geber im Rahmen des ASCHG vorgeschriebene Untersuchungsinhalt und das fixe Intervall als solcher anzusehen ist. Außerdem gibt es genügend Stellungnahmen von maßgebenden Persönlichkeiten aus der Sport- und Arbeitsmedizin (s.a. Kasten). Es ist zu erwarten, dass dies bei gerichtlichen Verfahren von maßgeblicher Bedeutung sein würde. Der Kompromiss ohnehin mit Bauchweh war eben die S01.

Das Problem für die FA ist, dass sie nicht als „angestellte“ Feuerwehrmitglieder agieren (und damit ev. der LFV analog einem Krankenhausträger schadenersatzpflichtig wäre), sondern mit ihrer Unterschrift das Gutachten jeweils als allein eigenverantwortliche, selbständige Ärzte zu erstellen haben.

Konkret: (Nicht nur) für mich ist es kaum nachvollziehbar, wie ein Gutachten über die AS-Tauglichkeit ohne zwingende Ergometrie erstellt werden kann. (Noch dazu nach angeblich zwei MI während Einsätzen im letzten Jahr lt. Begleitschreiben zur DA).

Aber vielleicht liege ich falsch und der NÖLFV (LFA) kann auf Grund mir nicht bekannter neuer medizinischer Erkenntnisse den Gesetzgeber speziell von einer Streichung der Ergo im Rahmen des ASCHG überzeugen. Wäre auch für die Arbeitgeber billiger.

Übrigens: regelmäßige, ergänzende Fitnessstests (Cooper) habe ich bereits vor rd. 20 Jahren vorgeschlagen, wurden aber wegen „zu großen Aufwandes“ und „da man „keine Olympiamannschaft brauche“ als verpflichtend strikt abgelehnt. Außerdem ist der Unterschied zwischen einem Fitnessstest und arbeitsmedizinischer, ärztlicher Untersuchung wohl klar. Es gibt nach wie vor m. E. drei Möglichkeiten im Rahmen der AS-Tauglichkeitsbestätigung, um als Arzt rechtlich auf

der sicheren Seite zu sein (das hatte ich damals schon versucht den Funktionären klarzumachen):

1. Es werden konsequent Zusatzuntersuchungen, wie es im Newsletter der NÖÄK dankenswerterweise angeführt,

unabhängig der DA veranlasst. Haftung beim Untersucher. (Protest aus Kostengründen und Druck zu erwarten – finanzielle Mittel einzig allein in NÖ nicht vorgesehen)

2. Statt „AS-tauglich“ – Unterschrift: „Erfüllt die vom Landesfeuerwehrrat be-

schlossenen Kriterien“ – Unterschrift. Es haftet vermutlich der LFKDT oder LFA als Berater. Das sollen aber die Juristen vorher klarstellen. (Vorsicht: Untersuchungsintervall)

3. Statt „AS-tauglich“ – Unterschrift: „Die o. a. Untersuchungsergebnisse werden bestätigt“. Ausgefüllte Untersuchungsformulare zur Erstellung des Gutachtens „Atemschutztauglich“ und Festlegung des Intervalls zur Unterschrift an den LFA. Es haftet der LFA. (Konsequent und am einfachsten).

Schreiben von ÖGSMP Dr. Neumayr an Dr. Winnisch

Ich antworte Ihnen im Auftrag der ÖGSMP als deren Vertreter für Innere Medizin.

... Sie haben vollkommen Recht und es wäre fachlich völlig unbegründet (zudem mit Gefahr für den Feuerwehrmann verbunden), wenn sie bei der Tauglichkeits-Untersuchung für Atemschutzträger vom bisherigen Standard der ausbelastenden Ergometrie (neben Anamnese, physikalischer US, Ruhe- EKG, Spirometrie und Basislabor) abrücken würden.

Die beiden werten Herren, Hr. Prof. Franz und Hr. Resperger, haben mit Verlaub aneinander vorbei geredet.

Hr. Prof. Franz bezieht sich auf das Screening der KHK in der Allgemeinbevölkerung – um das es in diesem Fall nicht geht - und hat selbst dabei nicht recht. Das KHK-Screening-Thema wird international sehr unterschiedlich und naturgemäß kontroversiell gesehen aus den unterschiedlichen Blickwinkeln des „invasiv- und konservativ-tätigen“ Kardiologen bzw. Internisten. Darüber gibt es ausreichend Literatur und etablierte Evidenz.

Hr. Resperger hingegen möchte seine Feuerwehrmänner optimal untersucht und beraten sehen. In diesem Fall kommt man um eine ausbelastende Ergometrie nicht herum, weil nur sie alleine die für die Tauglichkeit ausschlaggebende Leistungsfähigkeit erfasst! Zudem liefert die Ergometrie als „Prä- Partizipationsuntersuchung“ gleichzeitig weitere wichtige Detailbefunde wie Belastungs-EKG, das Herzfrequenz- und Blutdruckverhalten unter Belastung, etwaige Rhythmusstörungen etc., welche als unauffällig zu erfassen auch aus juristischer Sicht wichtig sind.

Die zitierten Quellen und das Schreiben von Hr. Prof. Franz sind in diesem Kontext keine Grundlage, einen seit Jahrzehnten bewährten Untersuchungsgang zu ändern. Die ÖGSMP als entsprechende Fachgesellschaft bestärkt sie jedenfalls im Fall der Tauglichkeits-Untersuchung für Atemschutzträger, nicht vom bisherigen bewährten und fachlich richtigen Ablauf abzuweichen.

Ich hoffe, mit diesen Zeilen Klärung geschaffen zu haben. Sie dürfen mich gerne auch persönlich kontaktieren.

UNIV. DOZ. DR. GÜNTHER NEUMAYR

Österreichische Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (ÖGSMP)
info@sportmedizin-gesellschaft.at

Für Rückmeldungen, Kritik oder zum Meinungsaustausch stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit in zugegebener Maßen etwas nostalgischer Erinnerung an die schöne lange Kameradschaft und den unglaublichen Zusammenhalt mit vielen von euch (manche werden ja „neu“ sein), herzlichen Dank

MR DR. KARL WINNISCH
e-mail: winnisch@aon.at

Sehr geehrter Herr Medizinalrat,

wie diese Schreiben zeigen, waren unsere Bedenken hinsichtlich der Atemschutzuntersuchung bei der Feuerwehr durchaus berechtigt. Hier möchte ich im Namen der Kurienführung noch einmal unseren Standpunkt darlegen.

Nicht gerade vereinfacht wird dies durch den Umstand, dass es in Österreich neun verschiedene Richtlinien für die Durchführung der Atemschutzuntersuchung gibt, die sowohl in den Vorgaben als auch in der Bezahlung massiv voneinander abweichen. Auch der sprichwörtliche Blick über den Tellerrand nützt wenig, da sich die Untersuchungen von denen in Deutschland und der Schweiz massiv unterscheiden.

Zunächst ein Zitat aus einem Überblick über den **deutschen Umfang der Atemschutztauglichkeitsuntersuchung** eines Allgemein- und Betriebsmediziners (bezugnehmend auf die G26)

„3) Untersuchungsumfang

Wie oben angegeben ist der Untersuchungsumfang in der Unfallverhütungsvorschrift bindend festgelegt. Er umfasst für alle(!) Feuerwehrleute unter Atemschutz:

- Erhebung der Krankheitsvorgeschichte
- Körperliche Untersuchung
- Sehtest
- Hörtest
- Urinuntersuchung
- Blutuntersuchung, Leberwerte Blutbild, Blutzucker
- Röntgen der Lunge (alle 6 Jahre)
- **Lungenfunktionsprüfung**
- **Belastungs-EKG (inklusive Ruhe-EKG)**

Bei Feuerwehrleuten unter 40 Jahren ist die Leistungsanforderung (!) im Belastungs-EKG höher. Die häufig anzutreffende Meinung, dass ein Belastungs-EKG in diesem Alter nicht notwendig ist, ist schlichtweg falsch! Da es auch bei jüngeren Menschen unerkannte Herzkreislauf-Erkrankungen geben kann ist diese Einstellung auch gefährlich!

Bei Verdacht auf bestimmte Erkrankungen kann der Arzt auch weitergehende Untersuchungen (z.B.) Laboruntersuchungen durchführen oder anordnen. Die Kosten hierfür muss der Arbeitgeber, also die Kommune, tragen.“

Soviel zu Deutschland.

Die **Vorgaben der Schweiz** (Richtlinien für die ärztliche Untersuchung von Feuerwehrleuten SFV Ausgabe 2007, revidiert 2013) ähneln der Dienstanweisung des Landesfeuerwehrkommandos Niederösterreichs, sind aber detaillierter



Foto: bildbox.com

und erweitern das notwendige Untersuchungsspektrum des Arztes per se. Sogar die Bezahlung wird geregelt.

Wie sieht es im Vergleich dazu in **Niederösterreich** aus?

Wir möchten darauf hinzuweisen, dass zur selbständigen Berufsausübung berechnete Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Ausübung des ärztlichen Berufes keinen fachlichen Weisungen unterworfen werden können. Auch die gegenständliche Dienstanweisung kann daher diese fachliche Weisungsfreiheit der Ärztinnen und Ärzte nicht beschränken. Diesem Umstand wird nun auch im Rahmen der Dienstanweisung Rechnung getragen. Sollte daher eine Ärztin/ein Arzt weitere Untersuchungen für medizinisch notwendig erachten, kann sie/er diese selbstverständlich selbst durchführen oder diese veranlassen.

Wir begrüßen zudem die Erweiterung der im Rahmen der Dienstanweisung vorgesehenen Untersuchungen um die Spirometrie und das Ruhe-EKG.

In organisatorischer Hinsicht bleiben jedoch weiterhin Fragen offen. So liegt offenbar bis dato keine Abklärung mit den sogenannten „kleinen Kassen“ betreffend einer Verschränkung der Atemschutztauglichkeitsuntersuchung mit der Vorsorgeuntersuchung vor. In der Vergangenheit wurde die Heranziehung (auch nur der Ergebnisse) von Vorsorgeuntersuchungen für Tauglichkeitstest von den Krankenversicherungsträgern immer wieder kritisch beurteilt. Gerade deshalb ist die Abklärung dieses Punktes für die Kurie der niedergelassenen Ärzte im Interesse ihrer Mitglieder von besonderer Bedeutung. Dies wurde auch in unserem Gespräch mit Vertretern des Landesfeuerwehrverbandes explizit eingefordert. Die übermittelte Stellungnahme wird allerdings diesem Anspruch nicht gerecht, zumal darin nicht ausdrücklich auf die Atemschutztauglichkeitsuntersuchung Bezug genommen wird, und diese nicht von den betroffenen Kassen erfolgte.

In diesem Zusammenhang möchten wir – weil dies offenbar im Rahmen von Informationsveranstaltungen von Seiten des Landesfeuerwehrverbandes unklar kommuniziert wurde – Folgendes festhalten: Die nunmehr im Rahmen der Dienstanweisung vorgesehene Spirometrie- und EKG-Untersuchung stellen keine kurativen Leistungen dar, weshalb sie nicht auf Kassenkosten erbracht werden können, ohne gegen gesamtvertragliche Pflichten zu verstoßen. Gleiches gilt für Untersuchungen, die der untersuchende Arzt im Sinne der oben angeführten fachlichen Weisungsfreiheit als notwendig erachtet, welche aber nicht im Rahmen einer kurativen Untersuchung/Behandlung erfolgen.

Abschließend lässt sich nach derzeitigem Stand Folgendes festhalten: Die derzeit geltende Dienstanweisung zur Atemschutztauglichkeit schränkt die fachliche Weisungsfreiheit von Ärztinnen und Ärzten nicht ein. Ein Arzt kann daher selbstverständlich zusätzliche Untersuchungen durchführen bzw. veranlassen, bevor er ein Atemschutztauglichkeitsattest ausstellt. Zu beachten ist, dass es sich bei derartigen Untersuchungen – sofern keine medizinische Indikation gegeben ist – um Privatleistungen handelt, die nicht mit den Krankenversicherungsträgern verrechenbar sind. Die generelle Heranziehung von Ergebnissen einer Vorsorgeuntersuchung für die Atemschutztauglichkeitsuntersuchung ist derzeit ausschließlich mit der NÖGKK, jedoch nicht den sog. „kleinen Kassen“, akkordiert.

Die Möglichkeiten des Unterzeichnens des Attestes, wie in Punkt 2 „Erfüllt die vom Landesfeuerwehrerrat beschlossenen Kriterien“ und in Punkt 3 „Die o. a. Untersuchungsergebnisse werden bestä-

tigt“ im Schreiben von Kollege Winnisch angeführt, entbehren aus medizinischen und vor allem haftungsrechtlichen Gründen nicht eines gewissen Charmes.

**Für die Kurie niedergelassene Ärzte:
DR. MAX WUDY**

Zu Leserbrief von Dr. Harb, Consilium 03/17, S. 42

Lieber Kollege Bernhard Harb,

ich habe im Consilium 3/2017 Deinen Leserbrief gefunden. In Vielem gebe ich Dir Recht, was manchen (haus)ärztlichen Zugang zu EDV betrifft. Unsere niedergelassene Berufsgruppe unterscheidet sich wirklich diametral in vielen Dingen vom Durchschnitt eines Unternehmens der „Normalwelt“ – aber nicht nur, was die EDV betrifft. Wenn ich mir vorstelle, mit welchen Problemen Hausärzte, und zwar gar nicht „junge und unerfahrene“, kämpfen, die im Zusammenhang mit einfachsten Bedienungsalgorithmen einer EDV zu sehen sind, so kann ich Deinen dargebrachten Punkten nur zustimmen. Dieser Tage meinte ein Kollege, Jahrgang 1970, „...was, im Ordinationsprogramm kann man auch eine rechte Maustaste nutzen?“. Bedarf es noch weiteren Kommentars, was ich meine?

Unter solchen Umständen ist es EDV-Firmen nur ein Leichtes, den „Dumm-Arzt“ abzocken zu können. Ohne jetzt Max Wudy verteidigen zu wollen, den Du im Consilium ja direkt angesprochen hast, muss ich Dir mitteilen, dass Max Wudy zwar zur „auslaufenden Hausarztgeneration“ zählt, noch ein paar Jahre älter ist als ich, aber gerade das Gegenteil eines „EDV-Arzt-Dummies“ darstellt, als der er von Dir hingestellt wird. Ich selbst hatte

schon Mitte der 1970er Jahre als Schüler Assembler-Programme (zum Teil noch auf Lochkarten(!)) geschrieben, die meine Neigung zu Automatisierung erkennbar machen. Allerdings eher auf der mathematischen Ebene, was durch mangelnde finanzielle Möglichkeiten begründet war, mir bis zum Ende meiner Ausbildung zum Allgemeinmediziner (1988) einen Computer anzuschaffen. Meine kleine Landarztpraxis betreibe ich heute mit 1 ¼ - Vollzeit-Äquivalenz-Arbeitskräften, eine kleine Zweitordination vollkommen alleine. Die eCard-Umgebung in der Zweit-Ordi läuft über den VPN-Tunnel (Terminal-Server-Sitzung), d.h. ich habe nur den eCard-Leser geroutet und mir jede weitere eCard-Investition vor Ort erspart. Natürlich laufen auch Hausapotheke (Lagerhaltung), Bestellung, Suchgiftbuch, EKG, Spirometrie, Heizungssteuerung, Telefonanlage, Alarmanlage, Photovoltaikanlage, Wartezimmerüberwachung, Infusionsüberwachung und ich weiß nicht wie viele andere Dinge noch, über mein LAN. Dass ich beim Visitenfahren mit dem iPad ein VPN-Verbindung zum Server herzustellen vermag, brauch ich wohl gar nicht erwähnen. Eine Bankomatkassenanbindung, auch in der Zweitordi und im Auto (mobiler Kartenleser, der zum iPhone/iPad eine Verbindung aufbaut), ist Selbstverständlichkeit.

Die Ablage von Buchhaltungsunterlagen am Server in einer geordneten Datenbankstruktur (inklusive Datenaustausch mit meinem Steuerberater) zählt genauso dazu, wie die Kommunikation mit externen Firmen und Behörden mittels digitaler Signatur, bei Bedarf auch Verschlüsselung. Online-Banking machte ich schon mittels BTX, kennst Du das noch? PINs und TANs sind seit bald 10 Jahren bei mir verschwunden – dazu gibt's ja ebenfalls die Signatur, natürlich auch am



iPhone oder mittels lokaler BKU. Dass manche Rechnungslegungen außerhalb der eigentlichen Ordinationsarbeit (z.B. Schuluntersuchungen, Totenbeschauen, Atteste für Versicherungen) über eine Online-Plattform für 24 €/Jahr Kosten stattfinden, sei nur als Ergänzung erwähnt (www.sevdesk.de)

Doch ist in erster Linie die Arztsoftware jenes EDV-Kapitel, das uns Ärzten am meisten zu schaffen macht, weil „Quasi-Monopolisten“ diese Anwendungen so proprietär gestaltet haben, dass wir als Ärzte abgezockt werden können. Ein „pdf-Modul“ mit „Lizenzgebühren“ und „monatlichen Wartungskosten“ bezahlen zu müssen, kann ich nur als Chuzpe bezeichnen. Vor allem, wenn man einen lizenzierten Adobe-Acrobat sein eigen nennt. Einen Registrierkassenbon auf einem Bondrucker ausdrucken zu können sollte wohl mehr als selbstverständlich sein, das geht aber nur mit „Registrierkassenmodul“ und „Lizenz“, nebst monatlichen Wartungs(?) -Gebühren. Die Wenigsten erkennen, dass es sich bloß um einen Druckertreiber handelt. Da wird schon eher dem Geschäftsführer des „Quasi-Monopolisten“ geglaubt, der da meint, „...die Vorschriften des Finanzamts verhindern eine einfache Anpassung an einen Bondrucker statt DINA A4-Drucker“. In diesem Sinne wird „argumentiert“, dass sich die Balken biegen.

Als Ärztin oder Arzt will man mit einer funktionsfähigen Ordinations-Software arbeiten, keine funktionsfähige Ordina-

tions-Software selbst entwickeln. Trotzdem verlangt mein Gewissen, an der Zukunfts-Idee einer reinen Cloud-Lösung mitzuarbeiten. Hier stehe ich schon einige Zeit als Ratgeber zur Verfügung, indem ich einem jungen Start-Up Team als Ratgeber zur Hilfe stehe.

In mein jetziges Ordinationsprogramm versuche ich das Diabetes DMP viel professioneller einzubinden, die Idee einer Schnittstelle der Arztsoftware zu einer bereits existenten professionellen Smartphone-App (IOs und Android) hat mich bereits zur Kontaktaufnahme beflügelt.

Eines kann man mir also sicher nicht vorwerfen: Dass ich als „Hausarzt dinosaurier“ dem Rollenbild des Hausarztes mir EDV-Ängsten entspreche. Vielleicht hast Du im „Hausarzt“ ja meinen Blog vom Softwarewechsel im Vorjahr gelesen (www.landarzt.at/Kolleginnen-Kollegen/Gesundheitspolitik/2016-Hausarzt/). Seit einem halben Jahr habe ich wenigstens die Arztsoftware, die meinem Arbeitsziel am Nächsten kommt – auch wenn sie von einer Ideallösung des „Intelligenten Arztprogramms“ noch weit entfernt ist. Dass wir in Niederösterreich Kassenformulare auf DIN A4 Blanko Sheets bedrucken können, ist letztlich ein Anachronismus. Selbst wenn in anderen Bundesländern immer noch allein „Kassenformulare“ gültig sind. Online Formulare haben nie die Ärztekammern verhindert. Darf ich Dir flüstern, dass die betriebsärztliche Betreuung der Mitarbeiter in der Österreichischen BVA-Zentrale in Wien immer

noch mittels Handkartei und schriftlich ausgefüllten Karteiblättern erfolgt?

Bewegen wir doch gemeinsam im EDV-Referat unserer Kammer etwas, ich wäre dabei!

DR. CHRISTIAN SCHWARZ



Kostenlose Überprüfung von Sonderdienstverträgen

Auch wenn Primarärztinnen und Primärärzte hinsichtlich der Gehaltseinstufung grundsätzlich dem Landesbedienstetengesetz unterliegen, erhalten sie in aller Regel Sonderverträge mit frei verhandelbaren Gehältern. Bevor ein solcher Vertrag unterschrieben wird, sollte er von Experten überprüft werden, die die Tücken aber auch Möglichkeiten einer individuellen Vereinbarung kennen.

Die Kurie der Angestellten Ärzte der NÖ Ärztekammer überprüft kostenlos und unbürokratisch Sonderverträge und gibt Hilfestellungen bei der Beurteilung.

Kontakt:

NÖ Ärztekammer, Ärzte Service Center
Mag. Lisa Mißmann, +43 (1) 53 751 – 632,
missmann@arztnoe.at
Sabrina Brauneis, LLM, +43 (1) 53 751 – 226,
brauneis@arztnoe.at