

doktorin wien

SONDERNUMMER DER ÄRZTEKAMMER FÜR WIEN 1a/2 0 1 2



I. Verhandlungsablauf (politische Entwicklung)

Ein ELGA-Gesetz ist seit mehreren Jahren Thema in der politischen Diskussion. Schon in der Vereinbarung zur Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zwischen dem Bund und allen neun Bundesländern aus dem Jahr 2008 gibt es einen Artikel (Art. 7), der sich mit ELGA beschäftigt: (siehe Seite 4).

Der endgültige Gesetzesentwurf zu einem ELGA-Gesetz ist am 23. Februar 2011 in Begutachtung gegangen. Die Ärztekammer war trotz mehrmaliger Bemühungen und Interventionen in die Erarbeitung der Gesetzestexte zu diesem Entwurf nicht eingebunden. Es folgten in Summe 50 Stellungnahmen zum Gesetz, von denen 48 als zumindest kritisch bis bedenklich gegen die Umsetzung des ELGA-Gesetzes einzustufen sind. Die Österreichische Ärztekammer alleine hat eine ungefähr 50-seitige ablehnende Stellungnahme unter Anführung aller kritischen Punkte abgegeben.

A) E-Medikation:

Parallel zu ELGA wurde ein Teilbereich von ELGA, nämlich die E-Medikation, ab 2011 in Abstimmung mit der Ärztekammer einem Pilotversuch zugeführt, damit eine abgegrenzte Anwendung von den Ärztinnen und Ärzten, Apothekern und Spitalern einem Test unterzogen werden kann. Sehr rasch hat sich dabei gezeigt, dass die Annahmen des Pilotversuchs in der ärztlichen Praxis untauglich sind.

Eskaliert ist die Situation rund um den Pilotversuch, als das Bundesvergabeamt im Mai 2011 den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu einer Strafe von 24.000 Euro verurteilt hat, weil die Verträge mit Arztsoftwareherstellern vergaberechtswidrig abgeschlossen worden waren. Inzwischen sind rund um dieses Thema Verfahren beim Bundesvergabeamt, beim Verwaltungsge-

richtshof sowie der EU-Kommission anhängig.

Der Pilotversuch wurde mit Jahresende 2011 eingestellt und wird nun durch ein unabhängiges, wissenschaftliches Team evaluiert. Die Position der Ärztekammer war immer, dass man die Evaluierung dieses Pilotversuchs erst abwarten muss, bevor man gesetzlich regelt, dass die E-Medikation ein Teil von ELGA sein kann. Dies wurde auch mehrfach dem Gesundheitsminister mitgeteilt.

Der endgültige Gesetzesentwurf zu einem ELGA-Gesetz ist am 23. Februar 2011 in Begutachtung gegangen.

B) ELGA Verhandlungen 2011:

Erst nach massiven politischen Interventionen der Ärztekammer wird seit Mai 2011 das ELGA-Gesetz zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Gesundheitsministerium sowohl in Bezug auf juristische als auch auf finanzielle und technische Aspekte intensiv diskutiert. In diesen Gesprächen wurde von den Vertretern der Österreichischen Ärztekammer (Kammeramtsdirektor Karlheinz Kux und sein Stellvertreter Lukas Stärker seitens der Österreichischen Ärztekammer, Thomas Holzgruber seitens der Ärztekammer für Wien) Punkt für Punkt auf die Kritikpunkte hingewiesen. Dennoch wurde so gut wie keiner der Punkte, die von der Ärztekammer kritisiert wurden, in den Gesetzestext vom 4. November 2011 aufgenommen. Vielmehr wurden die Gespräche Ende Oktober 2011 vom Gesundheitsministerium beendet und am 4. November 2011 gegen Mittag (in der Früh war Ärztekammerpräsident Walter Dörner noch bei Gesundheitsminister Alois Stöger und hat alle inhaltlichen Kritikpunkte nochmals vorgebracht)

an die ÖVP zur Abstimmung für den Ministerrat am 15. November 2011 geschickt. Wenn der Ministerrat ein Gesetz beschließt, ist dies eine sogenannte Regierungsvorlage, die dann im Parlament beschlossen werden kann und in Gesetzeskraft erwächst. In Regierungskoalitionen ist es üblich, dass politisch jedem Minister ein sogenannter Spiegelminister der anderen Fraktion für die Vorbereitung für den Ministerrat zugeordnet ist. Im konkreten Fall ist dies Wirtschaftsminister Reinhold Mitterlehner auf Seiten der ÖVP. Aufgrund weiterer massiver Intervention der Ärztekammer und der eindeutig ablehnenden Haltung von ÖVP-Gesundheitssprecher Erwin Rasinger hat Mitterlehner diesem Entwurf seitens der ÖVP nicht zugestimmt, sondern Mitte November 2011 weitere Gespräche mit den Ärzten und anderen betroffenen Leistungsanbietern sowie eine politische Abstimmung mit der ÖVP gefordert und damit das Gesetz für den Ministerrat blockiert.

Seit Ende November 2011 gibt es wieder Gespräche zwischen Ärztekammer und Gesundheitsministerium, wobei diesmal gemeinsame Gespräche zwischen Ministerium, Ländervertretern, Vertretern der Sozialversicherung sowie der Ärztekammer geführt werden. Diese Gespräche laufen derzeit noch. Aktuell wurden Unterarbeitsgruppen für juristische Fragen, Kostenfragen und technische Fragen gegründet. Aus diesen Arbeitsgruppen gibt es noch keine Ergebnisse, gilt es doch, derzeit mehr als 60 (!) offene juristische Punkte, völlig divergierende Kostenberechnungen sowie Unklarheiten in der Technik zu besprechen. Derzeit ist auch unklar, wann und in welcher Form das Gesetz kommen soll. Der Gesundheitsminister plant jedenfalls, das Gesetz noch „in absehbarer Zeit“ beschließen zu lassen. □

Gesundheitstelematik (E-Health) und elektronische Gesundheitsakte (ELGA)

Art. 7 der Vereinbarung zwischen Bund und Bundesländern zur Finanzierung des Gesundheitswesens:

- (1) Die Vertragsparteien stimmen überein, dass sich die Maßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitstelematik vorrangig an folgenden Zielsetzungen zu orientieren haben:
 1. Qualitative Verbesserung der Versorgung,
 2. Nutzung der ökonomischen Potenziale von Informations- und Kommunikationstechnologien,
 3. Harmonisierung der nationalen Vorgangsweise mit Programmen und Aktivitäten auf europäischer Ebene und
 4. Sicherstellung des Rechts der Patientinnen und Patienten auf Zugang zu persönlichen und allgemeinen Gesundheitsdaten.
- (2) Ausgehend von diesen Zielsetzungen werden die Vertragsparteien alle Anstrengungen unternehmen, die Informations- und Kommunikationstechnologien als Instrument zur Modernisierung des Gesundheitswesens unter Wahrung der sozialen, technischen, rechtlichen und ethischen Standards zu nutzen. Sie werden die Festlegung von Vorgaben und Vorhaben mit überregionaler, bundesweiter oder europäischer Bedeutung unterstützen, ihre Umsetzung verbindlich erklären und ihre Einhaltung überwachen.
- (3) Auf der Grundlage bereits durchgeführter Vorarbeiten und gemeinsamer Beschlüsse bekennen sich die Vertragsparteien zur Fortführung der Planungs- und Umsetzungsarbeiten zur Einführung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) als Vorhaben im Sinne des Abs. 2. In diesem Zusammenhang werden sie auf Grundlage einer Kosten-Nutzenbewertung und einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung gefasster Beschlüsse der Bundesgesundheitskommission insbesondere:
 1. die Arbeitsgemeinschaft elektronische



Gesundheitsakte (ARGE ELGA) mit eigener Rechtspersönlichkeit und entsprechender Infrastruktur ausstatten,

2. die Konzeption der ELGA-Systemkomponenten (Architektur) und der ersten Kernanwendungen abschließen,
 3. die Arbeitsergebnisse mit den in der Steuerungsgruppe ELGA vertretenen Partnern des Gesundheitswesens akkordieren,
 4. die auf Basis gemeinsamer Beschlüsse für die Umsetzung im eigenen Wirkungsbereich notwendigen Entscheidungen zeitgerecht treffen,
 5. die Anpassung von Rechtsgrundlagen entsprechend den Anforderungen der ELGA durchführen, ein Recht der Betroffenen auf Bereitstellung (Registrierung) ihrer Gesundheitsdaten in ELGA und umfassende Auskunftspflichten über Art und Umfang der Verwendung gesundheitsbezogener Informationen von Betroffenen vorsehen sowie wirkungsvolle Mechanismen zur Kontrolle der Einhaltung dieser Rechte und Pflichten festlegen,
 6. die Transparenz der umzusetzenden Maßnahmen durch umfassende Information der Öffentlichkeit sicherstellen.
- (4) Darüber hinaus werden die Vertragsparteien insbesondere folgende Rahmenbedingungen für den Einsatz von Informations- und Kommunika-

tionstechnologien im Sinne des Abs. 2 schaffen, weiterentwickeln und in ihrem Wirkungsbereich umsetzen:

1. Verfügbarkeit von informations- und kommunikationstechnologischer Infrastruktur sowie Sicherstellung der technischen und semantischen Interoperabilität auf der Grundlage international anerkannter Standards, Regelwerke und Nomenklaturen,
 2. Bereitstellung zielgruppenorientierter und qualitätsgesicherter Informationen sowie elektronischer Gesundheitsdienste unter Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Betroffenen im Umgang mit Informations- und Kommunikationstechnologien,
 3. Maßnahmen zur Erhöhung der Qualifikation des Gesundheitspersonals im Umgang mit Informations- und Kommunikationstechnologien, zur Förderung des Erfahrungsaustausches, zur Intensivierung der Nutzung von Wissenssystemen und zur Sicherstellung des raschen Transfers von Forschungsergebnissen in die Praxis,
 4. Einführung und Verwendung von Instrumenten und Methoden zur Messung und Kommunikation von Fortschritten.
- (5) Die Vertragsparteien werden alle organisatorischen, technischen und rechtlichen Vorkehrungen treffen, die den elektronischen Gesundheitsdatenaustausch auch mit Betroffenen ermöglichen und dabei für einen wirksamen Schutz der Privatsphäre sorgen. Unbeschadet des gemeinsamen Verständnisses, den Verkehr mit Gesundheitsdaten weitestgehend elektronisch abzuwickeln, werden sie in ihrem Wirkungsbereich jedoch alle erforderlichen Maßnahmen ergreifen, um jenen Betroffenen, die am elektronischen Verkehr nicht partizipieren können, die sie betreffenden Gesundheitsinformationen in einer für sie geeigneten Weise zur Verfügung zu stellen.

Der Weg zum Gesetz

II. Der ELGA-Gesetzesentwurf vom 4. November 2011

Der ELGA-Gesetzesentwurf vom 4. November 2011 ist der letzte, der vorliegt, und gliedert sich in folgende Bereiche:

(1) Allgemeine Bestimmungen und Datensicherheit bei elektronischer Weitergabe von Gesundheitsdaten sowie Informationsmanagement (§§ 1 – 12)

Abgesehen von den Begriffsbestimmungen in § 2, die für ELGA sehr relevant sind, enthalten diese Bestimmungen generelle Anforderungen an die Verwendung von IT im Gesundheitswesen (zum Beispiel in der sogenannten gerichteten Kommunikation, wenn beispielsweise ein bestimmter Arzt von einer bestimmten Krankenanstalt Daten anfordert oder abrufen).

(2) ELGA Gesetzesteile (§§ 13 – 31)

Folgende Themenblöcke zum ELGA-Teil lassen sich feststellen:

Grundsätzliches zu ELGA: ELGA ist ein System einer ungerichteten Kommunikation; das heißt: Es kann zeit- und ortsunabhängig auf Daten zugegriffen werden, wenn eine entsprechende Berechtigung besteht. Man muss sich das ELGA-System also wie eine riesige Datensuchmaschine vorstellen, in der man den Namen eines Patienten eingeben kann und dann sieht, welche medizinischen Dokumente beziehungsweise welche Medikamentendaten über diesen Patienten vorhanden sind. Die entsprechenden Dokumente sind dezentral in sogenannten „Affinity domains“ gespeichert, Medikationsdaten sind zentral in einer einzigen Abgabedatenbank gespeichert und jederzeit abrufbar.

A) Mangelnde Freiwilligkeit

Patienten (§ 15): Alle Patienten sind per Gesetz ELGA-Teilnehmer. Sie können allerdings generell oder betreffend einzelner ELGA-Daten der Teilnahme widersprechen. Was ELGA-Daten sind, ist vom Gesundheitsminister durch Verordnung festzulegen (§ 28). Eine gesetzliche Festlegung besteht nicht; in den Gesprächen wird immer wieder betont,

dass Radiologie und Laborbefunde sowie Entlassungsbriefe aus Krankenanstalten und Medikamentendaten darunter zu verstehen sind, wobei sich auch dazu eine Regelung im Gesetzesentwurf nicht findet. In den Gesprächen wurde auch betont, dass der Patient immer nur gesamte Dokumente ausblenden lassen kann, nicht aber Teile von Befunden (zum Beispiel nur einen gesamten Laborbefund, nicht aber den HIV-Wert, der Teil des Laborbefunds ist).

Alle Patienten sind per Gesetz ELGA-Teilnehmer. Sie können allerdings generell oder betreffend einzelner ELGA-Daten der Teilnahme widersprechen. Was ELGA-Daten sind, ist vom Gesundheitsminister durch Verordnung festzulegen (§ 28).

Widersprüche können durch Patienten entweder über ein zu errichtendes Internetportal oder bei sogenannten Widerspruchsstellen erfolgen (§ 15 Abs. 2). Wer Widerspruchsstelle ist, bestimmt ebenfalls der Gesundheitsminister durch Verordnung (§ 28). Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenanstalten sollen laut Aussagen des Ministeriums nicht die Funktion von Widerspruchsstellen haben. Auf der anderen Seite verlangt der Gesetzesentwurf von den Ärztinnen und Ärzten, dass sie Patienten über ihre Rechte informieren und auf Verlangen des Patienten Verweise in ELGA aufnehmen müssen. Ferner sind Patienten darüber aufzuklären, dass sie auch im Einzelfall widersprechen können. Generell müssen Ärztinnen und Ärzte die Patienten verständlich über Teilnehmerrechte informieren (§ 16 Abs. 2). Wie dieses Recht auf Widerspruch beim Arzt vollzogen werden soll, wenn der Arzt selbst nicht im ELGA-System Daten oder Teile von Daten herausnehmen kann, ist im Entwurf ebenfalls nicht geregelt.

Conclusio: Patienten sind Teil des Systems und müssen persönlich Schritte setzen, damit ihre Daten teilweise oder ganz nicht im System erfasst werden. Datenschutzrechtlich ist nach Meinung des Gesundheitsministeriums diese Vorgangsweise zulässig; nach Rechtsansicht anderer Institutionen ist ein Opt in (das heißt, ein Patient muss ausdrücklich erklären, dass er an ELGA teilnehmen möchte) datenschutzrechtlich weit besser argumentierbar und jedenfalls verfassungskonformer.

Das Gesundheitsministerium argumentiert die Realisierung als grundsätzliche „Alle Patienten sind im System“-Variante damit, dass die kostenintensive Lösung einer Opt-in-Variante – wie auch die Erfahrungen in anderen europäischen Ländern, allen voran Deutschland, mit Opt-in-ELGA-Varianten gezeigt haben – von den Bürgern nicht in ausreichendem Maße genutzt wird, um den prognostizierten Nutzen zu erreichen. Das ist auch realistisch, sieht man sich das mangelnde Interesse der Bevölkerung am Pilotprojekt E-Medikation (der ersten ELGA-Anwendung) an. Hier hat sich gerade einmal 1 Prozent der in den Pilotregionen lebenden Bevölkerung für das E-Medikationspilotprojekt angemeldet. In Zahlen sind das in etwa 7000 (!) Patienten. Statt ein Projekt in Ermangelung eines ausreichenden Bürgerinteresses vorerst zu stoppen, neu zu überdenken sowie die Vorteile eines solchen Systems in einer umgekehrten Variante anzudenken, wurde beim ELGA-Gesetz gleich der Weg gewählt, die Bürger vorerst einmal zwangszu verpflichten.

Eine freiwillige Teilnahme von Ärztinnen und Ärzten ist nicht vorgesehen. Spitalsärzte sind aus dienstrechtlichen Gründen angehalten, die EDV-Systeme der Arbeitgeber zu verwenden, in denen ELGA-Komponenten implementiert sind.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte werden durch das Gesetz verpflichtet, an ELGA teilzunehmen. Ärztinnen und Ärzte mit Kassenverträgen ab 1. Jänner 2015 (§ 27 Abs. 3), niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ohne Kassenverträge sowie Wohnsitzärzte sind ab 1. Jänner 2022 verpflichtet, an ELGA teilzunehmen (§ 27 Abs. 6).

B) Kostentragung für Ärztinnen und Ärzte:

Eine Kostentragungsregelung für die Implementierungskosten, laufenden Kosten, Bürokratiekosten, et cetera bei sämtlichen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sind, obwohl es sich um ein von der öffentlichen Hand finanziertes Infrastrukturprojekt handelt, im Gesetz nicht vorgesehen. Vielmehr müssen diese Kosten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte selbst tragen und dürfen diese Kosten nicht auf die Patienten (= Kunden) umwälzen (§ 16 Abs. 6). Bei Ärztinnen und Ärzten ohne Kassenverträgen (Wahlärzte) kommt hinzu, dass sie auch noch ein E-Card-System für die Ordination anschaffen müssen, da der konkrete Zugriff auf Daten über das Stecken der E-Card erfolgt (§ 18 Abs. 4).

C) Zugriffsverfahren auf ELGA-Dokumente:

Der Zugriff auf ELGA-Dokumente steht nur berechtigten ELGA-Gesundheitsdiensteanbietern (GDAs) zu. Sogenannte ELGA-GDAs sind niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Krankenanstalten, Apotheken und Alters/Pflegeheime (§ 2). Ausgenommen sind Ärztinnen und Ärzte in gewissen Funktionen (Schulärzte, Betriebsärzte oder Amtsärzte) – allerdings nicht persönlich, sondern nur in ihrer Rolle. Sobald der Schul- oder Betriebsarzt in seiner Ordination sitzt und einer „normalen“ Tätigkeit nachgeht, hat er selbstverständlich Zugriff auf ELGA.

Ähnlich ist die Situation als Arbeitgeber. Arbeitgeber dürfen in das ELGA-System nicht hineinschauen. Ärztinnen und Ärzte sind aber auch Arbeitgeber ihrer Mitarbeiter und trotzdem verpflichtet, das ELGA-System zu benutzen. Noch gravierender ist dies in Zusammenhang mit Krankenanstalten, die ja auch Dienstgeber sind. Sollte sich ein Dienstnehmer, zum Beispiel ein Spitalsarzt in einem Spital seines Arbeitgebers, behandeln lassen, so muss

er gewahr sein, dass sein Dienstgeber alle Daten seiner ambulanten Behandlung sehen kann. Eine klare Trennung von Dienstgeber und ELGA-GDAs ist nicht möglich. Zwar verfügen schon derzeit Dienstgeber über Daten der bei ihnen behandelten Dienstnehmer. Eine Vernetzung aller Gesundheitsdaten des Dienstnehmers auch außerhalb der Dienstgeber-Krankenanstalt war jedoch bisher, zum Beispiel bei Spitalsärzten, nicht möglich.

Um zu gewährleisten, dass der Patient weiß, wer beispielsweise in Altersheimen, Krankenanstalten, Apotheken, aber auch in Arztpraxen, auf seine Daten zugreift, muss jeder GDA interne Berechtigungssysteme verwalten und dokumentieren; dies deswegen, weil grundsätzlich jede Krankenanstalt, jedes Altersheim, jede Arztpraxis, jede Apotheke nur als ein GDA zählt. Um Missbrauch vorzubeugen, muss der einzelne GDA für ein solches internes Berechtigungssystem sorgen, sodass für jeden Zugriff eine natürliche Person im Protokollierungssystem angezeigt wird. Für diese internen Berechtigungssysteme gibt es allerdings keine gesetzlichen Vorgaben. Betrachtet man die Statistikzahlen, so wird man mit mehr als 100.000 realen Zugriffsberechtigten (nicht inkludiert sind Zahn- und Wahlärzte, Pflegedienste, et cetera) rechnen müssen (siehe Tabelle unten).

Das bedeutet, dass in etwa 118.500 Personen potenziell Zugriff auf die Daten der Patienten haben. Seitens der ELGA-Befürworter wird hier argumentiert, dass ja derzeit „nur“ die Erfassung der Medikationsdaten, des Entlassungsbriefs sowie Labor- und Radiologiebefunde vorgesehen wären. Allerdings wird im Hintergrund mit Hochdruck schon an weiteren Projekten, wie zum Beispiel E-Impfpass, Facharztbefunde, Patientenverfügungen und Ähnliches, gearbeitet.

Der konkrete Zugriff erfolgt durch Stecken der E-Card (§ 18 Abs. 4). Eine ersatzweise Eingabe der SV-Nummer ist nicht vorgesehen. Da ein Zugriff nur mit einem vorhandenen E-Card-System möglich ist, ist eine Verwendung von ELGA bei Hausbesuchen und in Notfällen außerhalb von Arztordination, Pflegeheimen und Krankenanstalten nicht möglich.

Da das Stecken der E-Card an sich der Nachweis ist, dass ein Patient auf Sozialversicherungskosten behandelt werden möchte und dies ein administrativer Sozialversicherungsvorgang ist, der mit Behandlungsdatenabfrage in keinem Zusammenhang steht, muss man diese Vorgänge trennen.

Wie diese Trennung zukünftig erfolgen soll, zum Beispiel durch zweimaliges Stecken, durch Abfrage des Personals des GDA, et cetera, ist im Entwurf nicht geregelt. Sobald die E-Card gesteckt ist, hat der GDA-Arzt (zum Beispiel Spital, Facharzt, et cetera.) 28 Tage lang die Möglichkeit, alle ELGA-Gesundheitsdaten des Patienten der letzten zehn Jahre, die der Patient nicht ausgeblendet hat beziehungsweise ausblenden hat lassen, einzusehen.

D) Zurverfügungstellung von ELGA-Gesundheitsdaten:

Während bei Krankenanstalten klar ist, dass diese ihre Daten in das ELGA-System einpflegen müssen und Medikationsdaten zentral über die Apothekenverrechnung zur Verfügung gestellt werden, ist unklar, wie dies bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zu geschehen hat. Während dem Entwurf noch entnommen werden kann, dass jeder niedergelassene Arzt seine Daten selbst in das ELGA-System stellt, ist dies bei Zuweisungsfächern schon schwieriger, da der Patient die Behandler oft gar nicht persönlich kennt (zum Beispiel Labormedizin). Hier stellt

ELGA Dateneinsicht:		
	Anzahl	Quelle
Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	ca. 8.500	ÖÄK – Kassenordinationen ohne Zahnärzte
Ordinationspersonal	ca. 17.000	Bei durchschnittlich zwei Angestellten in Ordinationen
Beschäftigte in Apotheken	ca. 14.000	Apothekerkammer
Angestellte Ärztinnen und Ärzte	ca. 22.000	ÖÄK
Krankenschwestern/Pfleger	ca. 46.000	Statistik Austria
Höherer medizinischer Dienst	ca. 11.000	Statistik Austria
	ca. 18.500	

sich die Frage, ob ein Befund schon in ELGA verfügbar sein soll, auch wenn der Patient die Inhalte dieses Befunds noch gar nicht kennt und daher sein Widerspruchsrecht auch nicht sachadäquat ausüben kann. Der Gesetzesentwurf lässt auch diese Frage ungelöst.

E) Berufsrechtliche Aspekte:

Gemäß den derzeitigen Regelungen des ELGA-Entwurfs weiß der Arzt nicht, welcher andere Arzt beziehungsweise welche sonstigen Personen seine Befunde einsehen. Während derzeit zumindest in der freien Praxis der Arzt mit dem Patienten entscheidet, wer welchen Befund bekommt, kann der Arzt in Zukunft seine Verschwiegenheitspflicht nicht mehr garantieren, da der Arzt eben nicht mehr weiß, wer in ELGA hineinsieht.

Eine besondere Situation besteht in Bezug auf psychische Daten. Während nämlich psychische Daten von nicht ärztlichen Psychotherapeuten und klinischen Psychologen nicht in ELGA aufgenommen werden dürfen, müssen die Daten von Psychiatern ausnahmslos in ELGA aufgenommen werden. Dieser Widerspruch ergibt sich daraus, dass Ärztinnen und Ärzte ausnahmslos ELGA-GDAs sind, während klinische Psychologen und Psychotherapeuten nicht an ELGA teilnehmen müssen.

F) Haftungsfragen:

In Bezug auf Haftungsfragen verfolgt das Gesetz folgende Systematik: Ärztinnen und Ärzte müssen an ELGA ausnahmslos teilnehmen und sind auch verpflichtet, ELGA-Gesundheitsdaten zu verwenden, sofern es ihre Sorgfaltspflicht verlangt (§ 13 Abs. 3). Mit anderen Worten: Alle Ärztinnen und Ärzte müssen immer auf das ELGA-System zugreifen, wenn sie nicht a priori 100-prozentig sicher sind, dass sie die Daten aus ELGA nicht benötigen. Da man aufgrund des Umfangs der ELGA-Daten nicht sicher sein kann, dass sich in diesen Daten irgendwo eine behandlungsrelevante Information versteckt, wird man im Zweifelsfall die ELGA-Daten umfangreich durchsuchen müssen. Ein persönliches Arzt-Patienten-Gespräch kann dadurch aber weder aufgrund der klinischen Anamnese noch aufgrund haftungsrechtlicher Gründe ersetzt werden, da sich ein Arzt auf die Daten in ELGA eben nicht ver-

lassen kann, da diese keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

Aus haftungsrechtlichen Gründen wäre daher zu empfehlen, jedenfalls sowohl die ELGA-Daten durchzusehen als auch mit dem Patienten zu reden. In Einzelfällen ist dies sicherlich eine Qualitätsverbesserung, es bedeutet aber auch, dass ein Arzt durch diesen erhöhten Bürokratieaufwand weniger Patienten in einer Zeiteinheit betreuen kann.

Ein weiterer haftungsrechtlicher Aspekt betrifft die Protokoll-daten. Protokoll-daten bedeuten, dass im ELGA-System mitprotokolliert wird, welcher GDA wann auf welche Daten zugegriffen hat. Hier ist derzeit im Gesetz nur vorgesehen, dass ein Arzt zur Durchsetzung von Ansprüchen Auskunft erhält, nicht aber, wenn er beweisen muss, dass er zugegriffen hat, um Ansprüche von Patienten abzuwehren (§ 22 Abs. 5).

Ein weiterer ungeklärter Punkt ist, wer gegenüber den Patienten und dem Arzt haftet, wenn das System nicht verfügbar ist und dadurch ein Schaden entsteht. Eine derartige Situation hat bei der E-Card vor einiger Zeit zu Prozessen zwischen Ärztinnen und Ärzten und der Sozialversicherung geführt, weil das E-Card-System nicht funktioniert hat. Obwohl diese Erfahrungen also vorhanden sind, werden im ELGA-Gesetz für diesen Fall keine Vorkehrungen getroffen.

G) Bürokratie durch ELGA:

Ärztinnen und Ärzte müssen ELGA-Gesundheitsdaten in ELGA einpflegen. Das kann der Patient vom Arzt aufgrund des Gesetzesvorschlags sogar verlangen (§ 16 Abs. 2).

Hier ist insbesondere nochmals auf die unklare Situation bei Zuweisungs-befunden hinzuweisen.

Der Gesetzestext verlangt von Ärztinnen und Ärzten auch Zeitaufwand für Aufklärung und Information des Patienten über ELGA, insbesondere im Hinblick auf besonders sensible Daten, wie HIV-Infektionen, psychische Erkrankungen oder Schwangerschaftsabbrüche (§ 16 Abs. 2). Nachdem die Wortfolge „insbesondere“ angefügt ist, muss der Arzt intensiv über alle heiklen Daten im ELGA-System aufklären. Ungelöst ist (siehe oben), ob der Arzt dann selber über Anordnung des Patienten diese Daten nicht in ELGA aufnehmen kann oder ob der Patient sich hierzu an das Internetportal oder die Widerspruchs-

stelle wenden muss. Unabhängig davon muss ein leicht lesbarer und gut sichtbarer Aushang in den Räumlichkeiten der Einrichtung des GDA den Patienten über seine ELGA-Rechte informieren (§ 16 Abs. 4). Wie dies in großen Krankenanstalten, zum Beispiel mit Pavillon-system, geschehen soll, ist vollkommen unregelt.

H) Sanktionen:

Verwaltungsstrafrecht: Wenn Ärztinnen und Ärzte ihrer Verpflichtung, ELGA-Gesundheitsdaten zu speichern, nicht nachkommen, werden sie mit Verwaltungsstrafen bis zu 10.000 Euro bedroht. Da ein Arzt Daten nicht speichern kann, wenn er nicht teilnimmt, bedeutet dies, dass jeder niedergelassene Arzt mit Sanktionen von bis zu 10.000 Euro rechnen muss, sollte er an ELGA nicht teilnehmen (§ 25).

Haftungsrecht: Alle Ärztinnen und Ärzte müssen damit rechnen, dass die Haftungsprozesse steigen werden, wenn Patienten aufgrund der Daten ELGA-Ärzte vermehrt zur Haftung heranziehen werden, wenn behauptet wird, dass aufgrund der ELGA-Daten eine andere Behandlungsstrategie zu wählen gewesen wäre. Große Versicherungsunternehmen fürchten bereits ein Ansteigen der Arzthaftungsfälle. Ein Ansteigen der Haftpflichtversicherungsprämien für Ärztinnen und Ärzte ist damit zu erwarten.

Gerichtliches Strafrecht: Hier ist nur eine einzige Bestimmung vorgesehen, nämlich, wenn jemand durch Druck illegal Einsicht in ELGA-Daten erzwingt. Dafür ist ein Strafrahmen von bis zu sechs Monaten vorgesehen. Allerdings ist das Verfahren nur dann einzuleiten, wenn der Patient, in dessen Daten Einsicht genommen wurde, dies ausdrücklich verlangt. Wenn also ein Dienstgeber sich durch Druck Dateneinsicht verschafft, kann eine Verfolgung nur dann stattfinden, wenn ein Dienstnehmer dies ausdrücklich verlangt. Von sich aus können die Strafbehörden nicht tätig werden (§ 110a STBG).

Strafbestimmungen für den E-Card-Missbrauch, um sich illegal Zutritt zu den ELGA-Daten eines anderen zu verschaffen, fehlen komplett. Ebenso fehlen sämtliche andere Strafbestimmungen für den ELGA-Missbrauch, zum Beispiel durch Dienstgeber, die gleichzeitig auch ELGA-GDAs sind. □

Sinn und Unsinn von ELGA

III. Der Versuch einer Kosten- und Nu

A) Kosten:

In Gesprächen mit dem Gesundheitsministerium wird immer davon ausgegangen, dass die Kassenärzte hardwareseitig ELGA-tauglich sind. Die ersten Erfahrungen aus der E-Medikation haben jedoch eindeutig gezeigt, dass bereits diese erste kleine Anwendung der ELGA bei ungefähr einem Drittel der Kassenärzte zu erheblichen Zusatzkosten führen würde.

ELGA ist ein öffentliches Infrastrukturprojekt, und gemäß dem Entwurf des Gesundheitsministers wird sogar erwartet, dass ELGA dem Gesundheitssystem Geld sparen wird. Ungeachtet dessen ist dies im Entwurf nicht vorgesehen, sondern müssen die wesentlichen Kosten die Spitalserhalter, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Apotheken tragen.

Ein solches Infrastrukturprojekt müsste rund um die Uhr verfügbar sein und einwandfrei arbeiten. Genau diese technisch-organisatorischen Anforderungen machen ein solches System aber wieder sehr teuer.

Oft wird das Argument gebracht, Ärztinnen und Ärzte seien freie Unternehmer, und deshalb sei auch eine modernste Ausstattung zu erwarten. Dieses Argument zählt aber schon deshalb nicht, da Ärztinnen und Ärzte ihren Patienten „State of the art“-medizinische Leistungen anbieten müssen. Das setzt aber keinesfalls eine Verpflichtung voraus, eine teure administrativ technische Infrastruktur zu haben.

B) Nutzen:

Es gibt nach wie vor keine ausreichende Kosten-Nutzen-Analyse, die die Einführung eines solchen Millionenprojekts wirklich rechtfertigt. Es werden zwar immer wieder nicht nachvollziehbare Einsparungspotenziale präsentiert, die sich aus Einsparungen aus angeblichen Doppelmedikationen, Doppelbefundungen, Vermeidung von Arzneimittelinteraktionen und damit verbundenen vermeidbaren stationären Aufenthalten ergeben sollen. Erhoffte finanzielle Einsparungen aufgrund von möglichen optimierten Arbeitsabläufen sind jedoch alles andere als gesichert.

Eines der häufigsten angeführten Beispiele mit hohem Einsparungspotenzial

sind die Vermeidung von Doppelbefundungen, obwohl wissenschaftliche Studien, zum Beispiel in der Radiologie, beweisen, dass hier keine signifikanten Einsparungen zu erzielen sind.

Der beispielsweise häufig dargestellte Nutzen durch vermeidbare Krankenhausaufenthalte kann natürlich nur dann realisiert werden, wenn Spitäler geschlossen werden und das Personal entlassen wird.

Desgleichen gibt es zahlreiche wissenschaftliche Publikationen in medizinisch wissenschaftlichen Zeitschriften, dass durch EHR-Systeme (Electronic Health Records) keine Qualitätsverbesserungen und auch Einsparungen erzielt werden können. □

ELGA Kosten:	
Basisinfrastruktur:	30,0 Mio EUR*
E-Medikation Pilotprojekt:	3,5 Mio EUR*
ELGA-GmbH:	34,0 Mio EUR */***
ELGA-Bereiche der Länder:	55,0 Mio EUR */***
Weitere Errichtungskosten:	17,0 Mio EUR */***
Umsetzung E-Medikation:	13,0 Mio EUR */***
Anbindung Apotheken:	4,0 Mio EUR */***
Anbindung Institute:	4,0 Mio EUR */***
Anbindung Pflegeeinrichtungen:	2,0 Mio EUR */***
Anbindung Vertragsärzte:	63,0 Mio EUR (Hard- und Software)**/***
Anbindung Wahlärzte:	71,0 Mio EUR **/***
Betriebskosten:	ca. 90,0 Mio EUR pro Jahr (alle Komponenten)**/***
* Quelle: ELGA-GmbH	
** Quelle: Ärztekammerberechnungen auf Basis Hübner & Hübner Gutachten	
*** betrifft zukünftige zu erwartende Kosten der ELGA	

Investitionsanalyse von ELGA

ELGA Kosten	Gesamtsumme Investition 1. Jahr inkl. BK	Betriebskosten pro Jahr	Kosten 5 Jahre	Kosten 10 Jahre
Ärzte – Hübner & Hübner				
Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag*	€ 48.000.000,00	€ 19.200.000,00	€ 124.800.000,00	€ 249.600.000,00
Facharzt mit Kassenvertrag*	€ 33.000.000,00	€ 9.900.000,00	€ 72.600.000,00	€ 145.200.000,00
Wahlärzte*	€ 148.800.000,00	€ 65.100.000,00	€ 409.200.000,00	€ 818.400.000,00
Ärztelkammer	€ 2.900.000,00	€ 947.000,00	€ 6.688.000,00	€ 13.376.000,00
Summe Ärzte	€ 232.700.000,00	€ 95.147.000,00	€ 613.288.000,00	€ 1.226.576.000,00
GDA – Debold & Lux				
Radiologie Institute**	€ 3.401.000,00	€ 2.250.000,00	€ 12.401.000,00	€ 24.802.000,00
Laborinstitute**	€ 2.863.000,00	€ 44.000,00	€ 3.039.000,00	€ 6.078.000,00
Apotheken**	€ 5.208.000,00	€ 1.224.000,00	€ 10.104.000,00	€ 20.208.000,00
Spitäler**	€ 31.100.000,00	€ 3.582.000,00	€ 45.428.000,00	€ 90.856.000,00
Pflege**	€ 2.716.000,00	€ 765.000,00	€ 5.776.000,00	€ 11.552.000,00
Summe GDA	€ 45.288.000,00	€ 7.865.000,00	€ 76.748.000,00	€ 153.496.000,00
Projekt				
ELGA-GmbH***	€ 34.000.000,00	€ 5.640.000,00	€ 56.560.000,00	€ 113.120.000,00
ELGA-Bereiche***,****	€ 53.500.000,00	€ 6.317.600,00	€ 78.770.400,00	€ 157.540.800,00
Zusätzliche Errichtungskosten, Betriebskosten zentrale Komponenten ***	€ 17.200.000,00	€ 3.127.000,00	€ 29.708.000,00	€ 59.416.000,00
E-Medikation: Umsetzung und Betrieb***	€ 13.200.000,00	€ 925.000,00	€ 16.900.000,00	€ 33.800.000,00
Basisinfrastruktur***	€ 30.000.000,00	€ 8.672.000,00	€ 64.688.000,00	€ 129.376.000,00
Summe „Projekt“	€ 147.900.000,00	€ 24.681.600,00	€ 246.626.400,00	€ 493.252.800,00
Gesamtsumme Investitionen/Betriebskosten	€ 425.888.000,00	€ 127.693.600,00	€ 936.662.400,00	€ 1.873.324.800,00

Hierbei nicht berücksichtigt sind mögliche latente Kostenkomponenten, wie zum Beispiel geringfügige Umbauarbeiten, Beeinträchtigung des Workflows (wie auch bei Debold & Lux dargestellt) und Personalmehrkosten durch Überstunden (bedingt durch die Umstellung des Workflows, vor allem in der Anfangsphase).

* Hübner & Hübner, 2011

** Studie Debold & Lux, 2008

*** 4. Sitzung KAUS, 9.6.2011

**** Ann. 12 ELGA-Bereiche lt. Debold & Lux

Gesundheitskarte

IV. Vergleiche aus dem Ausland

A) Schweiz:

Das Schweizer System hat die Freiwilligkeit als oberste Zielsetzung. Menschen sollen durch die Leistungen von ELGA überzeugt und nicht in ein System hineingezwungen werden. Die Finanzierung erfolgt zur Gänze aus Mitteln der öffentlichen Hand, da es sich um Kosten des Gesundheitswesens handelt. Es ist an keine Kostenabwälzungen auf die Ärzteschaft gedacht. Zusätzlich setzt die Schweiz auf eine vollständige und transparente Zusammenarbeit aller Beteiligten.

B) Großbritannien:

Seit 2002 wird hier versucht, eine flächendeckende ELGA einzuführen, bei der 30.000 Allgemeinmediziner mit den 300 Spitälern des Landes vernetzt werden sollen. Es wurden 2,3 Milliarden Pfund (2,7 Milliarden Euro) budgetiert. 2011 wurde nun das Projekt aus folgenden Gründen als gescheitert erklärt:

- kein Nutzen im klinischen Bereich ersichtlich
- Datenschutzbedenken: Datenschutz/-sicherheit ist nicht zu gewährleisten
- Akzeptanzproblem: klinisches Personal akzeptiert das System nicht

Die „Stranded costs“ belaufen sich seriösen Schätzungen zufolge mittlerweile auf zwischen 16 Milliarden und 20 Milliarden Pfund (19 Milliarden bis 23,7 Milliarden Euro)!

C) Deutschland:

Seit 2004 ist hier die Einführung einer Gesundheitskarte mit E-Rezept und Patientenakt geplant. Die Plankosten 2004 betragen in etwa eine Milliarde Euro. Bereits 2009 betragen die Kosten mehr als das Fünffache (!) – exakt 5,4 Milliarden Euro. Mittlerweile geht man sogar von Kosten bis zu 14,1 Milliarden Euro aus. Die Konsequenz: E-Rezept und Patientenakt wurden mittlerweile wegen Datenschutzbedenken und ausufernder Kosten gestoppt. □

Das ELGA-System

V. Was bedeutet der Entwurf speziell aus Sicht der verschiedenen Arztgruppen?

A) Aus Sicht eines Spitalsarztes/ eines Arztes in Ausbildung:

Spitalsärzte haben keine zusätzlichen Kosten zu fürchten, da diese Kosten vom Dienstgeber getragen werden. Tatsache ist aber, dass die Spitäler und deren Erhalter für dieses ELGA-System Geld aufwenden müssen, dass ihnen dann in anderen Bereichen (zum Beispiel Personalausstattung, Infrastruktur) fehlt. Derzeit ist ein genereller Trend sichtbar, dass für EDV- Investitionen Geld vorhanden ist, während bei den Personalkosten gespart wird. Spitalsärzte werden – sollte ihnen der Patient nicht bekannt sein –, angehalten sein, dass sie die ELGA des Patienten sicherheitshalber durchsehen und auch das Arzt-/Patientengespräch als notwendige klinische Basis einer Behandlung suchen. Das bedeutet doppelte zeitliche Belastung für einen Patienten bei eventuell besserer Qualität, auch wenn dies durch wissenschaftliche Studien nicht belegt wird. Der Bürokratieaufwand für die bereits jetzt mit steigenden bürokratischen Tätigkeiten belasteten Spitalsärzte wird noch mehr ansteigen. Für Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung besteht die Gefahr, dass sie vermehrt ELGA-Gesundheitsdaten durchsehen müssen und die eigentliche ärztliche Ausbildung zugunsten dieser administrativen Datensuche verringert wird. Die Ordinationsgründung für Spitalsärzte sowie Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung wird verteuert (siehe Privat-/Wahlärzte).

B) Aus Sicht eines Privat-/Wahlarztes sowie Wohnsitzarztes:

Privat-/Wahlärzte müssen sich ein E-Card-System anschaffen (eventuell möglich wäre auch eine Bürgerkartenumgebung, die aber aktuell niemand kennt), damit sie ihrer Teilnahmepflicht an ELGA nachkommen können. Zudem müssten sie ihre Ordinationen mit einer ELGA-tauglichen EDV ausstatten und auch den Zugriff auf ihre Daten 24

Stunden und 365 Tage im Jahr gewährleisten; dies auch dann, wenn sie nur eine Beratungsordination, Gutachterordination oder sonst eine Ordination mit eingeschränktem Leistungsspektrum führen. Es ist also zu erwarten, dass sich diese Ärztinnen und Ärzte für diese IT-Problematik einen Dienstleister nehmen müssen, der das für sie erledigt. Es wird wohl kaum einem niedergelassenen Arzt zugemutet werden können, ein 24-Stunden-taugliches Rechenzentrum zu betreiben, das allen gesetzlichen Vorgaben entspricht. Hier ist zu erwarten, dass Dienstleister, die diese sogenannten „Affinity domains“ betreiben, sich diese Dienstleistung auch entsprechend honorieren lassen werden. Gleiches gilt für Wohnsitzärzte: Diese müssten die entsprechenden Voraussetzungen in ihren Privatwohnungen oder in den Einrichtungen, in denen sie tätig sind, schaffen. Privat-/Wahlärzten und Wohnsitzärzten ist es untersagt, die Kosten dieser gesetzlichen Verpflichtung auf die Honorare aufzuschlagen. Sie müssen diese Kosten also selbst tragen.

C) Aus Sicht der Kassenärzte:

Hier gilt Gleiches wie für die Wahlärzte, mit Ausnahme der Tatsache, dass sie kein E-Card-System anschaffen müssen. Irgendwelche Voraussetzungen, dass die Kosten analog anderer E-Projekte (zum Beispiel die elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung, eAUM) im Wege eines Gesamtvertrags zwischen Ärztekammer und Krankenkasse verhandelt werden sollen, sind nicht vorgesehen. Das bedeutet, dass die Kosten allein den Gewinn der Kassenärzte schmälern werden. Durch die Formulierung, dass die Kosten der Ärztinnen und Ärzte nicht auf den Patienten überwältigt werden dürfen (§ 16 Abs. 6) ist zu erwarten, dass die Krankenkassen in den Verhandlungen mit der Ärztekammer die Übernahme der Kosten als gesetzlich nicht zulässig ablehnen werden. □

Standespolitische Meinung

VI. Die Forderungen der Ärztekammer für Wien aus standespolitischer Sicht und die weiteren geplanten Schritte

Der aktuelle ELGA-Gesetzesentwurf ist derzeit kaum vernünftig exekutierbar und viel zu überhastet erstellt worden. Die Ärztekammer unterstützt selbstverständlich alle elektronischen Maßnahmen, die für die Kolleginnen und Kollegen eine Erleichterung in ihrem Berufsalltag darstellen und die helfen, die Behandlungs- und Behandlungsqualität zu verbessern – auch wenn die Ärztekammer meint, dass EDV-Systeme nicht prioritär die Berufssituation der Ärztinnen und Ärzte verbessern und statt in EDV mehr in das ärztliche Personal, vor allem zum Abbau unnötiger Bürokratie, investiert werden müsste.

Eine Vereinheitlichung der bestehenden „Insellösungen“ wäre ausreichend

– es müssen nicht alle Daten überall verfügbar sein. So würde genügen, wichtige Daten, wie Notfalldaten, chronische Krankheiten inklusive der verabreichten Medikamente, Allergien, Blutgruppen, Schrittmacher, et cetera – österreichweit verfügbar zu machen, während die übrigen Patientendaten lokal abgerufen werden können. Die Erfahrungswerte aus dem Pilotprojekt E-Medikation lassen schon jetzt erwarten, dass die Abläufe durch ELGA in den Spitälern und Ordinationen weiter verkompliziert werden. Die Ärztekammer sieht somit sowohl in den Arztpraxen als auch in den Spitälern noch mehr Bürokratie und weniger patientennahe Versorgung auf die Ärzteschaft zukommen. Zudem hat Gesundheits-

minister Alois Stöger sein Versprechen gegeben, erst eine Beschlussfassung des ELGA-Gesetzes vorzunehmen, sobald die Ergebnisse der noch ausstehenden Evaluierung des Pilotprojekts E-Medikation vorliegen. Diese könnten dann eingearbeitet werden. Die Evaluierung soll im Frühjahr 2012 abgeschlossen sein. □

Die Ärztekammer für Wien fordert daher ganz klar:

- eine Nachdenkpause zu ELGA und weitere Verhandlungen
- Freiwilligkeit der Teilnahme an ELGA für Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte, statt ministerielle Zwangsverpflichtung
- weniger Bürokratie in Spitälern und Ordinationen
- volle Kostenabgeltung für die Ärzteschaft
- Klärung aller haftungsrechtlichen Fragen

Meinungsumfrage

VII. Key notes zu den Fragen der Mitgliederbefragung vom 9. bis 26. Jänner 2012

A) Frage zur prioritären Versorgungsverbesserung:

Teilen Sie der Ärztekammer mit, ob ELGA für Sie vorrangig ist, oder ob man die Ressourcen, die man in ELGA steckt, in andere Bereiche des Gesundheitswesens investieren soll. Denkbar wäre eine bessere Personalausstattung, bessere Behandlungsinfrastruktur, bessere ärztliche Ausbildung (Lehrpraxis) sowie eine Verbesserung der ambulanten Versorgung (zum Beispiel mehr Gruppenpraxen zur Spitalsentlastung).

B) Frage zum Gesetzesentwurf:

Teilen Sie der Ärztekammer mit, ob Sie den vorgestellten Gesetzesentwurf zu ELGA unterstützen oder diesen ablehnen. Die Eckpunkte des Gesetzesentwurfs wurden umfangreich dargestellt.

C) Frage zur freiwilligen Teilnahme von Niedergelassenen:

Spitalsärzte müssen die ELGA-Systeme ihrer Dienstgeber anwenden. Freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte hingegen müssten über den Gesetzgeber verpflichtet werden. Teilen Sie der Ärztekammer mit, wie Sie zu dieser Verpflichtung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte stehen. Diese Frage ist auch für Spitalsärzte relevant, denn schließlich können sie jederzeit eine Ordination eröffnen und wären dann (mit)verpflichtet. □

ELGA

WILL ES

WISSEN!

*Für die Wiener Ärztekammer zählt Ihre Meinung. Deshalb erhalten alle Wiener Ärztinnen und Ärzte einen Fragebogen mit drei Kernfragen zum Thema ELGA. Bitte machen Sie unbedingt mit und retournieren Sie den ausgefüllten Fragebogen bis spätestens **26. Jänner 2012** an die Wiener Ärztekammer.*

Folgende Wege können Sie dafür nutzen:

- *per Post mittels beiliegendem Rückantwortkuvert*
- *per Fax an die Fax-Nr.: 515 01-1600 DW*
- *per E-Mail an elga-rueckantwort@aekwien.at (eingescannter und ausgefüllter Fragebogen)*

Rückfragen unter der Telefon-Nr.: 515 01/2000 DW

**MACHEN
SIE MIT. IHRE
MEINUNG ZÄHLT.
Achten Sie auf
den Fragebogen
in Ihrer Post!**



ÄRZTEKAMMER FÜR WIEN