



# BR1-Zeitung



Organ des Betriebsrats für die wissenschaftlichen  
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Sonderausgabe - Zweijahresbericht

10. Ausgabe, August 2007

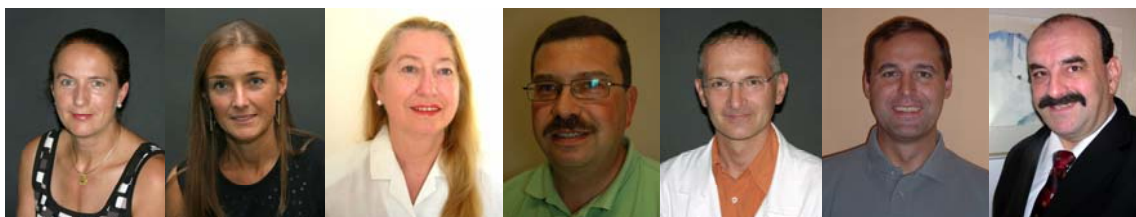
**Liebe Kollegin! Lieber Kollege !**

Der Betriebsrat des wissenschaftlichen Personals der Medizinischen Universität Innsbruck wurde durch das UG 2002 eingeführt und am 2.12.2004 erstmals gewählt. Nach der Hälfte der Funktionsperiode ist es an der Zeit Zwischenbilanz zu ziehen. Wir haben heuer unsere online Betriebsratszeitung durch einen online-Newsletter ergänzt. Wir wollen die vergangenen zwei Jahre in dieser Betriebsratszeitung, die Sie nun in Händen halten, zusammenfassen. Wir bedanken uns auch bei allen, die Ihre Anliegen an den Betriebsrat herangetragen haben und uns mit

Engagement und Sachkompetenz unterstützt haben. Einige dieser Anregungen sind uns so wichtig erschienen, weshalb wir sie auch als Autoren/innen abgedruckt haben. Der Betriebsrat hat in Arbeitskreisen Projekte bearbeitet, und ein/e Vertreter/in der jeweiligen Arbeitsgruppe hat für den Betriebsrat die Ergebnisse und Aktivitäten zusammengefasst.

Mit kollegialen Grüßen  
Martin Tiefenthaler  
Vorsitzender

## Die Mitglieder des BR 1\*



B. Friesenecker, U. Kiechl-Kohlendorfer, E. Schretter-Irschick, E. Brenner, M. Joannidis, R. Koch, T.J. Luger



A. Neher R. Stauder, J. Stein W. Streif M. Tiefenthaler R. Würzner R. Zimmermann

\* Stand zum Zeitpunkt der Beschlussfassung über die Printversion, 28. Sitzung des BR1 am 16.05.2007.

## Inhaltsverzeichnis:

1) BR 1 - Vertretung für alle .....	2
2) Robotrec – Vorteile und Verbesserungsmöglichkeiten .....	5
3) Errichtung einer Kinderkrippe .....	8
4) Teilzeitarbeit .....	10
5) Arbeitsplatzqualität .....	10
6) Personalbeirat .....	13
7) Geschützte Daten - Datenschutz .....	14
8) WIGMU-Netzwerk: das Pendent zur Rektorenkonferenz .....	15

9) Studienplatzbeschränkungen, Quotenre- gelung u. prognostizierter Ärztemangel 20	
10) Kollektivvertrag – unser Beitrag .....	23
11) Sonderklassehonorare – Gewinner u. Verlierer .....	24
12) Global- und Reisekostenbudget.....	26
13) Budget - LOM .....	28
14) BR 1 – Büro, Infrastruktur .....	29
Anhang: Resolution (Presseausendung) ..	30
Betriebsräte des BR 1, Impressum .....	32

# BR 1 - Vertretung für alle

## Politik durch Betriebsvereinbarungen.

### Von Martin Tiefenthaler.

Mit der Wahl am 2.12.2004 hat der Betriebsrat des wissenschaftlichen Personals seine Arbeit aufgenommen. Von den 13 Mandaten entfielen nach der Wahl 6 Mandate auf die „Interessengemeinschaft Klinikärzte – IGK-UGÖD“, 3 Mandate auf die Liste „Klinik-Theorie“, 3 Mandate auf die Liste „FCG und Unabhängige“ und 1 Mandat auf die „Frauenliste“. Wir sehen uns als Ansprechpartner für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Medizinischen Universität und unser vorrangiges Ziel ist, die individuellen Arbeitsbedingungen des wissenschaftlichen Personals zu optimieren.

Diese erste Funktionsperiode als ehrenamtlicher Betriebsrat des wissenschaftlichen Personals war von einer Reihe von Umbrüchen gekennzeichnet:

Die Trennung der Medizinischen Universität von der Mutteruniversität machte eine eigene Personalvertretung notwendig, die selbstständig Entscheidungen zu treffen hat. Diese Vertretung war sowohl für die gewählten Personalvertreter als auch für den Dienstgeber völliges Neuland. Engagement ist für diese Tätigkeit unbedingte Voraussetzung, das notwendige Wissen in der Vertretung mussten sich die Betriebsratsmitglieder allerdings zum größten Teil erst aneignen.

### Baumisere

Neben diesen konzeptuellen Anfangsschwierigkeiten wirkte sich insbesondere die schlagartige Gültigkeit der Arbeitsstättenverordnung aus. Hier hat sich der Gesetzgeber in erstaunlicher Weise an persönlich verantwortlichen Rektoren schadlos gehalten und ihnen die Infrastruktur, die Jahre bis Jahrzehnte lang nicht oder nur unzureichend gepflegt wurde, überlassen. Zwar ist eine Übergangsfrist bis 2013 eingeräumt, doch inwieweit die Haftung für Personenschäden, begünstigt durch ungesetzliche Arbeitsplatzbedingungen, für die Rektoren nicht schlagend wird, ist aufgrund der fehlenden diesbezüglichen Judikatur noch unklar.

Der Betriebsrat hat sich in dieser Frage für alle ArbeitnehmerInnen – vom Professor bis zur Projektmitarbeiterin – auf den Standpunkt gestellt, dass zumindest bei geplanten Neubauten die Arbeitsstättenverordnung vollinhaltlich umzusetzen ist. Für das geplante Bauvorhaben Innrain 80 – 82 konnte das vollständig

erreicht werden. Im Klinikareal sind wir allerdings nicht einmal in die Planung eingebunden worden, obwohl das mehrfach beim Rektorat reklamiert wurde.

### Freizeitforscherparadies LKI

Aufgrund der personellen Zusammensetzung des Betriebsrats wurden mit Gründungsrektor Grunicke in zwei Betriebsvereinbarungen unverzichtbare Grundlagen zum Anteil der universitären Tätigkeit für Ausbildungsärzte/innen (Abb 1a und 1b) und Fachärzte/innen (Abb. 2) abgeschlossen.

	Forschung mindestens	Lehre	Ärztliche Tätigkeit
1. Dienstjahr	0 %	0 %	100 %
2. Dienstjahr	5 %	5 %	90 %
3. Dienstjahr	20 %	5 %	75 %
4. Dienstjahr	20 %	5 %	75 %
ab 4. Dienstjahr	25 %	5 %	70 %

Abb.1a, aus: <http://www.i-med.ac.at/betriebsrat1/info/bv-forschung-und-lehre.html>

### Punkteschema Ausbildungsärzte/innen

1. Erstellung eines Posters für eine internationale /nationale wissenschaftliche Tagung:  
**pro Poster je 1 Evaluierungspunkt**
2. Halten eines/r Vortrages/ Präsentation eines Posters bei einer internationale/ nationale wissenschaftliche Tagung:  
**je 1 Evaluierungspunkt**
3. Autor/inn/enschaft (gemäß Satzungsteil "Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis an der Medizinischen Universität Innsbruck") an einer Publikation:
  - **je Publikation: 1 Evaluierungspunkt, je Publikation in einer internationalen Fachzeitschrift: 2 Evaluierungspunkte**
  - **je Publikation in einer internationalen Fachzeitschrift als Erst-oder Seniorautor: 3 Evaluierungspunkte**
4. Mitarbeit an einer/ mehreren klinischen Studien/ Multizenterstudien:  
**je 1 Evaluierungspunkt**
5. Erfolgreiche Teilnahme am Prüfärztekurs:  
**1 Evaluierungspunkt**
6. Einwerben von Drittmitteln bei einer kritisch evaluierenden Institution (zB. FWF, OENB,...):  
**je 1 Evaluierungspunkt**

Abb. 1b (Quelle analog Abb. 1a!)

Um den individuell unterschiedlichen Talenten zu entsprechen, haben wir eine Austauschbarkeit von wissenschaftlichen, didaktischen und administrativen Leistungen verhandelt und gleichzeitig ein realistisches Augenmaß für die Erfordernisse erreicht.

### Datenschutz und Briefgeheimnis

Aufgrund des nicht autorisierten Auftauchens von e-mails von UniversitätsmitarbeiterInnen in Printmedien wurde für alle eine Be-

triebsvereinbarung zu den elektronischen Medien abgeschlossen, die Briefgeheimnis und Datenschutz sicherstellt und auch den Anspruch auf Internetzugang und e-mail-Adresse regelt.

Die Weitergabe von Passwörtern, auch an Systemadministratoren, ist hier explizit ausgeschlossen, was am Campus nicht überall so strikt gesehen wird (<http://www.i-med.ac.at/betriebsrat1/info/bv-internet-mail.html>).

Nach dem zweiten Jahr nach der Aufnahme/Übernahme als Fachärztin/Facharzt werden die universitären Leistungen im klinischen Bereich jährlich evaluiert. Der Anteil der universitären Tätigkeit umfasst 40% der Normalarbeitszeit, wenn ausreichend (in der Regel wenn 4 Evaluierungspunkte pro Jahr) erzielt werden

#### Forschungsevaluierung

1. AutorInnenschaft (gemäß Satzungsteil „Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis an der Medizinischen Universität Innsbruck“) an einer Publikation in einer peer-reviewten internationalen wissenschaftlichen Fachzeitschrift: Die Fachbereiche werden vom Journal Citation Report (JCR), Science und Social Science Edition, sowie der Medizinischen Universität Innsbruck definiert und nach Impact Factor Ranking gereiht.
  - je Publikation in den unteren 50% eines Fachbereiches (s.o.): 1 Punkt
  - je Publikation in einer Fachzeitschrift in der bessern Hälfte: 2 Punkte
  - je Publikation im besten Drittel: 3 Punkte
  - je Publikation in einer Fachzeitschrift als Erst- oder Seniorautor: +1 Punkte
2. Halten eines eingeladenen Vortrags
  - je Vortrag auf einer internationalen wissenschaftlichen Tagung: 2 Punkte
  - je Vortrag auf einer nationalen wissenschaftlichen Tagung: 1 Punkt
3. Je Präsentation wissenschaftlicher Daten als Poster oder Kurzvortrag: 0,5 Punkte
4. Je Mitarbeit an einer klinischen Studie/Multizenterstudie: je 1 Punkt
  - Organisation/Initiierung: + 1 Punkt
5. Organisation von
  - je einer nationalen wissenschaftlichen Tagung: 2 Punkte
  - je einer internationalen wissenschaftlichen Tagung: 3 Punkte
6. Beantragung von Drittmitteln
  - je zur Begutachtung ausgeschicktem Antrag bei einer kritisch evaluierenden Institution (z.B. FWF, ...): 2 Punkte
    - je Bewilligung: + 3 Punkte
  - je Antrag bei sonstigen Stellen / Firmen: 0,5 Punkte
    - je Bewilligung: + 1 Punkt
7. Je erstelltem Review einer peer reviewten Fachzeitschrift: 0,5 Punkte

#### Lehrevaluierung

1. Erfüllung der Pflichtlehre gemäß Dienstvertrag oder soweit nicht anders festgelegt 2 Semesterwochenstunden/Semester vor Habilitation und 6 Semesterwochenstunden/Semester nach Habilitation: 0 Punkte pro Semester
2. Erfüllung der beauftragten Pflichtlehre wie in Abs 1, wobei die Beauftragung in der Regel nur für Lehre aus dem neuen Curriculum erfolgt: 1 Punkt pro Semester
3. Erfüllung weiterer Lehre (über die Pflichtlehre hinaus): 1 Punkt pro Semesterwochenstunde

#### Mitarbeit in Universitätsverwaltung

1. Die Mitarbeit in der Habilitationskommission, in der Curricularkommission, in Berufungskommissionen, im Senat, im Betriebsrat und Arbeitsgruppen von Rektorat, Senat und Betriebsrat wird mit 2 Punkten pro 5 Sitzungen bewertet, sofern das Mitglied an mindestens fünf Sitzungen pro Jahr anwesend war. Sitzungen der verschiedenen Gremien können kumuliert werden.
2. Die Begutachtung von Anträgen an die Ethikkommission und Gutachten im Auftrag des Rektorats zum Beispiel für Berufungs- und Habilitationskommission mit 1 Punkt pro 3 Gutachten.

Eine positive Evaluierung liegt vor, wenn die Fachärztin/der Facharzt nach dem 2. Jahr entweder mindestens eine Evaluierungspunktezahl aufweisen kann, welcher der Zahl der Jahre nach der Aufnahme/Übernahme als Fachärztin/Facharzt multipliziert mit der Zahl vier entspricht (somit nach dem 2. Jahr mindestens acht Evaluierungspunkte, nach dem 3. Jahr mindestens zwölf Evaluierungspunkte, nach dem 4. Jahr mindestens sechzehn Evaluierungspunkte usw.) oder bei der Evaluierung eine um vier Punkte größere Punktezahl aufweist, als bei der Evaluierung des Vorjahres.

### Robotrec – Arbeitszeitaufzeichnung

Einer unserer Haupterfolge war, mit dem Arbeitgeber ein konsensuelles Modell der Arbeitszeit- und Tätigkeitsaufzeichnung an Universitätskliniken zu vereinbaren. Es war die Qualität des Konzeptes und Ergebnis unseres unermüdlichen Einsatzes, dass die vorherige Betriebsrätin dann als Vizerektorin voll informiert und nun auch zuständig die Vereinbarung zu ROBOTREC, unterzeichnete. Hier hat der BR mit dem Rektorat unter den „Medizinischen Universitäten Österreichs ein hochpositives Alleinstellungsmerkmal produziert“ (Zitat Rektor Sorg vom 12.6.2007). Diese Arbeitszeitaufzeichnungen lieferten auch geeignete Daten die das Übermaß der klinischen Tätigkeit belegen konnten und die wir somit der Anstalt gegen verrechnen konnten. Die Einführung von Robotrec hatte massive Mithilfe und Überzeugungsarbeit durch die Betriebsräte und später auch durch die gewonnenen OrganisationsmanagerInnen erfordert.

Ich danke der Belegschaft für das Vertrauen und die Bereitschaft, ein Jahr lang Arbeitszeit und Tätigkeit stundenweise aufzuzeichnen, bevor die Mehrleistungen bezahlt wurden. Die Aussetzung der Bezahlung der § 8-(KA-AZG)-Überstunden, die Rektor Grunicke mit 1.4.2004 festgelegt hat, ist mit Beginn der Auszahlungen im heurigen Jahr wettgemacht: Nunmehr werden auch andere klinische Mehrleistungsstunden abgerechnet und abgegolten.

Robotrec belegt beispielhaft wie handlungsfähig die Universität, zumindest in punktuellen Lösungen ist. Es zeigt auch, dass wir imstande sind trotz des fehlenden Verhandlungserfolgs der Universität beim Zusammenarbeitsvertrag mit der TILAK bei notwendigen Lösungen diese Paralyse nicht zu Lasten der Belegschaft zu perpetuieren.

### Kollektivvertrag und Karrieremodell

Nur ein Kollektivvertrag (KV) kann betriebsübergreifend Karrieremodell, Gehaltschema, Kündigungsverzicht und Pensionskassenregelung regeln. Nachdem der KV-Abschluss für die Universitäten nicht absehbar ist, wurde 2006 mit lokalen Verhandlungen über ein Karrieremodell begonnen. Trotz dem nun Mittel für die Gestaltung der Universität über Robotrec-Daten freigemacht wurden, gestaltete sich die Verhandlung eines MUI-Karrieremodells als äußerst schwierig, da das Globalbudget der Medizinischen Universität den Rahmen für ein verhandelbares Karriere-

modell mit Kündigungsschutz und finanziellen Vorrückungen einschränkten und wir immer wieder auf den Abschluss eines Kollektivvertrages vertröstet wurden. Positiv ist jedoch zu vermerken, dass wenigstens unbefristete Stellen für qualifizierte WissenschaftlerInnen außerhalb der Professur eingerichtet werden konnten, um höchstqualifizierte MitarbeiterInnen nicht aufgrund des Kettenvertragsverbots nicht weiterbeschäftigen zu können.

Ebenso positiv ist zu vermerken, dass Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse in Mutter- oder Vaterschaftskarenz zur Fortsetzung von klinischer und wissenschaftlicher Tätigkeit vereinbart und angeboten werden und dass sich die Wahlmöglichkeit für Zeitausgleich auch auf Journaldienste von Teilzeitkräften erstreckt. Letzteres ist insbesondere eine familienfreundliche Maßnahme, die einerseits die Bereitschaft zu Journaldiensten erhöht und andererseits ermöglicht, ein Zeitausgleichskontingent anzusparen.

Durch den Betriebsrat wurde die Erhebung der individuellen Lehrverpflichtung und Lehrleistung initiiert. Somit wurde erreicht, dass im zuständigen Vizerektorat die Lehrkapazitäten insgesamt, sowie die Lehrbeteiligung jeder/s Einzelnen dokumentiert sind. Wir arbeiten daran, die Mehrkosten durch die Ausweitung der StudentInnen-Zahlen seit der Einführung des EMS zu berechnen und das Rektorat davon zu überzeugen, diese Mehrkosten, die durch die politischen Vorgaben „400 statt 275 Hörer/innen“ erforderlich wurden, auch im Globalbudget nachträglich zusätzlich einzufordern.

### Arbeit des Betriebsrats der i-med nach außen

In den Sitzungen des erweiterten Zentralausschusses der Hochschullehrer/innen (ZA) haben wir mit dem Universitätslehrerverband (ULV) in den Wünschen zu einer Gesetzesnovelle zum UG 2002 einen Konsens erzielt und gemeinsam wesentlich beim Kollektivvertrag mitverhandelt. Gerade die 5-Tageweche an Universitäten habe ich, unterstützt von Wolfgang Meixner und Susanne Mann, dem Verhandlungsteam als unabdingbares Kriterium für einen positiven Abschluss des Kollektivvertrages vermitteln können.

In Bezug auf die Sonderbestimmungen des Kollektivvertrages für die Medizinischen Universitäten war ich als Vorsitzender immer Teil des Verhandlungsteams gemeinsam mit

den Vorsitzenden Gerhard Schuhmann (Med. Uni Graz) und Thomas Szekeres (Med. Uni Wien). Mit Rektor Schütz von der Med. Uni Wien konnten wir die Beibehaltung der bisherigen Journaldienstregelung im Kollektivvertrag und ein Call-System ausverhandeln. Dieses Modell sieht vor, dass alle befristet an einer Organisationseinheit Angestellten sich um eine Laufbahnstelle bewerben können und die/der Bestqualifizierte diese dann gewinnt. Zur Objektivierung dieses Verfahrens ist an jeder Universität eine Betriebsvereinbarung abzuschließen. Wir haben in dieses Verfahren mehr Vertrauen, dass die Chancen für Leistungswillige an der Universität zu bleiben, erhöht sind und dass die Zufälligkeit der Verfügbarkeit einer Laufbahnstelle (mit der Möglichkeit auf eine durchgehende Universitätskarriere) bei der Bewerbung nicht als entscheidendes Kriterium für eine Universitätskarriere wirksam wird.

Hinsichtlich der rechtlichen Verankerung von Kinderbetreuungseinrichtungen im Kollektivvertrag und einer national einheitlichen Nebenbeschäftigungsregelung sind wir nicht erfolgreich gewesen. Auch die Verbesserung der Bezahlung der Journaldienste von Teilzeitkräften (Schlagwort: gleiches Geld für gleiche Arbeit) konnte noch nicht umgesetzt werden, vielleicht auch deshalb, weil diese Forderung nicht ausreichend vehement von der Gewerkschaft mitgetragen worden ist.

Besonders herausragend war unser Engagement in der österreichweiten Vernetzung aller Betriebsräte der Medizinischen Universitäten. Auf unsere Initiative hin haben wir uns mit den Wienern und Grazern bereits fünf Mal für zweitägige Klausurtagungen getroffen. Diese Vernetzung ist vor allem deshalb wichtig, weil wir nur durch gemeinsames konsensuelles Auftreten Verschlechterungen am Arbeitsplatz entgegen wirken können. In diesen gemein-

samen Verhandlungen konnten wir auch erreichen, dass Ansprüche aus nicht konsumiertem Zeitausgleich in die Leistungsvereinbarungen aufgenommen wurden und auch tatsächlich entweder in Form von Freizeit oder von Entgelt abgegolten werden.

Kernpunkt aller unserer internen wie externen Leistungen war die Teamarbeit im Betriebsrat. So hat die überwiegende Mehrzahl der gewählten Mandatarinnen und Mandatare aktiv unabhängig von Fraktionszugehörigkeit oder Partikularinteresse der Organisationseinheit an all der geleisteten Arbeit beigetragen. Gerade diese Teamarbeit ist die Stärke, die den Betriebsrat auch gegenüber den anderen Gremien an der Universität auszeichnet.

### Perspektive

Für die verbleibende Funktionsperiode hoffe ich auch weiterhin auf die Mitarbeit aller an unseren Arbeitsgruppen Interessierten. Besonderes Bemühen steckt derzeit im Aufbau einer für alle tragbaren Lösung der Kinderbetreuung, um familiengerechtes Arbeiten an der Medizinischen Universität verbessern zu können und eine leistungsgerechte Entlohnung herbeizuführen.

Weiters hoffe ich, dass wir durch unsere Tätigkeit in den externen Gremien und innerhalb der Universität auch in den nächsten zwei Jahren zeigen können, dass wir mit Einsatz, Sachverstand und Beharrlichkeit die Interessen aller Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler an der Medizinischen Universität vertreten und so helfen, unsere Universität zu einer exzellenten spitzen-medizinischen Einrichtung weiterzuentwickeln.

## Robotrec – Vorteile und Verbesserungsmöglichkeiten

Freizeitforscherparadies Med. Uni Innsbruck.

Von Thomas J. Luger.

Im Jahr 2005 wurde das Robotrec nach ausgiebigen Verhandlungen zwischen Frau Vizerektorin Univ. Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Margarethe Hochleitner, Vizerektorat für Personal, Personalentwicklung und Gleichstellung, und dem Betriebsrat für das wissenschaftliche Personal an der Medizinischen Universität Innsbruck erfolgreich eingeführt. Diese Arbeitszeitdokumentation, die als reine retrospektive Ist-Dokumenta-

tion zu verstehen ist, entwickelte sich aus früheren handschriftlichen Versionen, beginnend in den 90-er Jahren, wie sie in Abb.1 und Abb. 2 (Seite 6) dargestellt sind. Dies führte letztendlich zur elektronischen, nicht netzfähigen „selbstgestrickten“ Version, dem ROBOTREC, das im Excel-Programm dankenswerterweise von A. Univ. Prof. Dr. W. Hackl, Klinik für Un-

fallchirurgie und Sporttraumatologie, erstellt wurde (Abb. 3).

FÜR DIE PERSONALABTEILUNG: ÄNDERUNG/ÜBERSCHREIBUNG DER NORMALARBEITSZEIT										
Name	NN			geboren am	NN					
Klinik	NN			Klinik für	2002					
Monat	NN			2002						
JOURNALIENSTE				MINUSSTUNDEN						
Datum	Wochentag	Notz		Tag nach Dienst/ Ersatztag ARG	Datum	W-S-U-ARG	Stunden			
	mo bis so									
Anzahl Journalisten				0	Minusstunden			0		
UNIVERSITÄTSBEZOGENE MEHRLEISTUNGSSTUNDEN (Ruhezeiten beachten)										
Datum	Wochentag	Uhrzeit	Stunden	Kategorie	Anordnung	Leistung				
	mo bis so	von - bis		F - L - V						
Plusstunden 1			0							
PATIENTENBEZOGENE MEHRLEISTUNGSSTUNDEN (Ruhezeiten beachten)										
Datum	Wochentag	Uhrzeit	Stunden	Kategorie	Anordnung	Leistung				
	mo bis so	von - bis		F						
				P						
				P						
				P						
				P						
				P						
				P						
				P						
Plusstunden 2			0							
Arzt		Organisationsmanager			Vorstand					

Abb. 1: Anfänge der Arbeitszeitaufzeichnungen an der Uni Innsbruck (jetzt MUI): handschriftliche Zettelform (aus TJ. Luger, 2002)

FÜR DIE PERSONALABTEILUNG: ÄNDERUNG/ÜBERSCHREIBUNG DER NORMALARBEITSZEIT										
Name	NN			geboren am	NN					
Klinik	NN			Klinik für Unfallchirurgie	2003					
Monat	NN			2003						
JOURNALIENSTE				MINUSSTUNDEN						
Datum	Wochentag	Notz		Tag nach Dienst/ Ersatztag ARG	Datum	W-S-U-ARG	Stunden			
3.3.	mo				4.3.	w	7			
6.3.	sa				10.3.	arg	8			
22.3.	so				23.3.	w	7			
28.3.	fr				29.3.	s	0			
Anzahl Journalisten				4	Minusstunden			22		
ZUSÄTZLICHE UNIVERSITÄTSBEZOGENE LEISTUNGEN (7.00 bis 20.00 Uhr)										
Datum	Wochentag	Uhrzeit	Kategorie	Leistung	Anordnung	Stunden				
	mo bis so	von - bis	F - L - V							
4.3.	di	15-19	F	Vortragsvorbereitung		4				
5.3.	mi	17-19	I	Vorlesung		2				
10.3.	mo	16-20	F	Manuskript		4				
20.3.	do	16-18	I	Praktikum		2				
21.3.	fr	16-20	F	Manuskript		4				
Plusstunden 1				16						
ZUSÄTZLICHE PATIENTENBEZOGENE LEISTUNGEN (07.00 bis 20.00 Uhr)										
Datum	Wochentag	Uhrzeit	Kategorie	Leistung	Anordnung	Stunden				
	mo bis so	von - bis	P							
17.7.	mo	16-19	P	Ambulanz	Prof. Blauth	3				
25.3.	di	16-19	P	Ambulanz	Prof. Blauth	3				
			P							
			P							
			P							
			P							
			P							
			P							
Plusstunden 2				6						
Differenz aus Minusstunden und Plusstunden										
0										
PATIENTENBEZOGENE MEHRLEISTUNGSSTUNDEN (im Sinne §3 KA-AZG)										
Datum	Wochentag	Uhrzeit	Kategorie	Leistung	Anordnung	Stunden				
	mo bis so	von - bis	P							
6.3.	do	20-22	P	OP	Prof. Blauth	2				
			P							
			P							
			P							
			P							
			P							
Auszubehaltende Stunden				2						
Arzt		Organisationsmanager			Vorstand					

Abb. 2: Modifizierte handschriftliche Version der Arbeitszeitdokumentation (aus W. Hackl, TJ Luger, 2003)

Zuvor wurde die dafür notwendige Betriebsvereinbarung geschlossen. Die Einführung des Robotrec war notwendig, da der Arbeitgeber keine entsprechende Arbeitszeitdo-

kumentation vorweisen konnte. Frühere Versuche, wie z.B. das Personaleinsatz-planungs- und Personaleinsatzsteuerungssystem (PEPS), scheiterten auf Grund von vielschichtigen Problemen.

**Basis dieser Arbeitszeitaufzeichnung mit dem Namen Robotrec** ist das Krankenanstaltenarbeitszeitgesetz (KA-AZG) mit der notwendigen „KA-AZG Betriebsvereinbarung 2002“ und der „Betriebsvereinbarung zur Arbeitszeit gemäß § 3 Abs. 3 und 4, § 4 KA-AZG der nach dem UG 2002 ab 1. Jänner 2004 aufgenommenen und als Ärzte oder Zahnärzte im Klinischen Bereich der Medizinischen Universität Innsbruck verwendeten Arbeitnehmer“.

Die Umsetzung an der Medizinischen Universität Innsbruck erfolgte erst nach Verhandlungen über den Anteil der universitären Dienstpflichten mit den dafür notwendigen Betriebsvereinbarungen zwischen dem Rektorat und dem Betriebsrat: „Vereinbarung über den Anteil von Forschung und Lehre in der Regeldienstzeit für Ärztinnen und Ärzte in Facharzt-ausbildung an der Medizinischen Universität Innsbruck“ und „Vereinbarung über den Anteil von Forschung, Lehre und Universitätsverwaltung in der Regeldienstzeit für Fachärztinnen und Fachärzte an der Medizinischen Universität Innsbruck“.

Erst mit der derzeitigen Vizerektorin konnte man sich auf die „Betriebsvereinbarung Durchführungsbestimmungen für die Dokumentation von geleisteter Arbeitszeit an der MUI“ verständigen. Jetzt zeigt sich deutlich, dass dies der richtige Weg ist, obwohl Verbesserungsmöglichkeiten und die Integration der Dienstplanerstellung dringend anzustreben sind.

Eingabe von Plusstunden (universitär) an einem normalen Arbeitstag

Mo, 2. Jänner											
Uhrzeit	Dienstort	Dienstort (6.4.4)	Wohn	Plus-Universität (V.4.4)	Leistung	Plus-Klinik	Leistung	gg	Leistung	ZA	Uhrzeit
08:01											08:01
01:52											01:52
02:03											02:03
03:04											03:04
04:05											04:05
05:06											05:06
06:07											06:07
07:08											07:08
08:09											08:09
09:10											09:10
10:11											10:11
11:12											11:12
12:13											12:13
13:14											13:14
14:15											14:15
15:16											15:16
16:17											16:17
17:18											17:18
18:19											18:19
19:20											19:20
20:21											20:21
21:22											21:22
22:23											22:23
23:24											23:24

Die Eingabe der Plusstunden ist generell nur 1 Stunde vor Dienstbeginn und 5 Stunden nach Dienstende möglich. Ziel ist die Einhaltung der durchgehenden Arbeitsruhe von 11 Stunden pro Tag. Dabei steht wiederum V für universitäre Verwaltung, L für universitäre Lehre und F für Forschung. Im Feld daneben erfolgt eine kurze Beschreibung der Leistung.

Abb. 3: Robotrec – elektronische Arbeitszeitaufzeichnung: Beispiel eines Eingabeformulars in Excel (aus W. Hackl, M. Tiefenthaler, 2006)

### Auswirkung:

Diese betriebsrätliche Aktivität „Robotrec“ führte dazu, dass es

**(1.) zu einer automatischen jährlichen Auszahlungsmodalität der Überstunden und nicht konsumierten Zeitausgleichsstunden kam,**

d.h. jene Stunden, die über die 80 Stunden Übertrag des Zeitausgleichsanspruchs in das nächste Jahr angesammelt wurden.

Seit diesen Auszahlungen wird auch der Aufwand der Aufzeichnung im Robotrec bei der Belegschaft positiv aufgenommen, besonders dort, wo bereits die Nachzahlungen geflossen sind. Der Stand der Auszahlungen wird von Frau Vizerektorin Univ. Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Margarethe Hochleitner auf der Homepage ihres Vizerektorats veröffentlicht. In diesem Zusammenhang sei jedoch erwähnt, dass die gesetzlich verankerte *Wahlmöglichkeit der Konsumation des 160 Stunden-Zeitausgleichs weiterhin gefordert* wird, wenngleich jetzt schon quasi eine 50% Lösung erreicht wurde (50% Zeitausgleich und 50% Auszahlung).

Auch muss erwähnt werden, dass die *Auszahlungsmodalitäten und die Sanierung der Altlasten* (aus den Jahre 2001 bis 2004) mit dem Rektorat verhandelt und zu einem positiven rechtskonformen Abschluss geführt werden müssen; das heißt im Klartext: Es muss eine Bezahlung der Altlasten (nicht konsumierter Zeitausgleich aus nicht bezahlten Journaldienststunden und Überstunden) entsprechend der Arbeitszeitvereinbarung 2002 eingefordert werden.

**(2.) Aus diesen Aufzeichnungen im Robotrec ist eindeutig die klinische Arbeitsbelastung der Bundesassistentinnen und Assistenten sichtbar und es zeigt sich, dass die Grenzen des KA-AZG und ARG nicht lückenlos eingehalten werden. Es weist sich einmal mehr, dass ein gesetzeskonformer Dienstplan unter Einhaltung des KA-AZG und der Betriebsvereinbarungen unter den derzeitigen Personalbesetzungen nur erschwert bis gar nicht erstellt werden kann.**

Global lässt sich dieser Missstand aber nur sanieren, wenn die Personalerfordernisse der in Auftrag gegebenen klinischen Bedarfsprüfung sowie die personelle Bedeckung der erforderlichen Lehrkapazität jeder Organisationseinheit zumindest umgesetzt sind.

**(3.) Ebenfalls ist im Robotrec deutlich erkennbar, dass die Forschungsaktivitäten nahezu vollständig in der Freizeit oder im Zeitausgleich gemacht werden.**

“Es ist verwunderlich, warum unter diesen Arbeitsbedingungen doch so ein wissenschaftlicher Output beobachtet werden kann“, sagte NR Abg. Dr. Kurt Grünewald auf der WIGMU Tagung in Bad Aussee 2007\*.

Forschung und Lehre sind nur in geringen Prozentsätzen in den Aufzeichnungen zu finden, es sei denn, dass in den Kliniken aktives Forschungs- und Lehrmanagement betrieben wird, wie z.B. an der Urologie, wo der Forschungs- und Lehranteil um die 18% liegt.

**(4) Für die anderen Standorte der Medizinischen Kliniken Österreichs war Robotrec auch ein Ansporn für deren Aktivitäten in diese Richtung.**

An der Medizinischen Universität Wien gibt es seit kurzem die EDM Arbeitszeitdokumentation und an der Medizinischen Universität Graz ist eine auf Stechuhr basierende elektronische Zeiterfassung und ein elektronischer Dienstplan „SAP-Time-Med“ ab 1. Oktober 2006 auf der Unfall-, Chirurgie- und Anästhesieklinik gestartet worden.

### Zukunft:

Es ist uns bewusst, dass Robotrec eine sehr unvollständige retrospektive Arbeitszeitdokumentation darstellt. Es bedarf der Mitwirkung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Vorlage gewissenhaft und korrekt auszufüllen. Insbesondere hat sich auch bewährt, dass die OrganisationsmanagerInnen, soweit möglich, darauf hinwirken, dass keine missbräuchlichen Aufzeichnungen auftreten (Plausibilitätsprüfung). Aber solange die prospektive Dienstplanung wie ein Journal-dienstplan und die Stationseinteilung nicht lückenlos rechtskonform erstellt werden, kann Robotrec viele Übertretungen bestenfalls dokumentieren, aber nicht ungeschehen machen.

Die Berücksichtigung des Arbeitsruhegesetzes (ARG) und der Diensthöchstgrenze sind basale Voraussetzungen, deren Umsetzung in der Verantwortlichkeit des Dienstvorgesetzten liegt und deren Einhaltung auch grundsätzlich seitens des Rektorates kontrolliert werden sollte.

\* mit Genehmigung von NR Abg. Univ. Prof. Dr. Kurt Grünewald, 23.05.2007.

Trotzdem will der Betriebsrat sich dafür einsetzen, dass mittelfristig ein verbessertes Robotrec vorliegt, welches auch Betriebsvereinbarungen wie die zum KA-AZG und ARG im Programm verankert hat.

**Abb. 4:** Eingabemaske einer (noch imaginären) elektronischen netzfähigen Version einer Dienstplan- und Arbeitszeitaufzeichnung: wie schaut die Zukunft aus? (aus: TJ Luger, 2007)

### Hier die wichtigsten Vorschläge:

- Erstellung des Programms durch einen Profi:
  - Netzfähigkeit der Programms soll garantiert sein.
  - nur mehr eine Eingabemaske.
- Integration des aktuellen Dienstplans in die Logistik des neuen Robotrec:
  - Vermeidung von händischen Doppelaufzeichnungen.

- Eingabemaske sollte vereinfacht werden:
  - logisch aufgebautes Eingabefeld
  - Reduktion der Fehlerquellen
- Automatisierung der Prozesse:
  - Beispiel 1 – klinische Arbeit über den ganzen Tag im OP (oder auf der Station):
    - es sollte nur eine Feldeingabe „k“ notwendig sein.
  - Beispiel 2 – den ganzen Tag über Zeitausgleich:
    - es sollten im Hintergrund die notwendigen Zeilenangaben erfolgen.
  - Beispiel 3 – Journaldienst:
    - es sollte im Hintergrund der Tag nach Dienst automatisch in korrekter Form geschrieben werden, je nachdem, ob es sich um einen Samstag, Sonntag, Feiertag oder Werktag handelt.

Eine Arbeitsgruppe aus Betriebsrat und § 34 ÄrztevertreterInnen ist erstellt worden, die sich gemeinsam mit dem Rektorat mit diesem Thema beschäftigen, um einen weiteren Schritt in die Zukunft des Robotrecs anzugehen und damit uns allen zu ermöglichen, dieses gemeinsam eingeführte Programm auch weiterhin zum Erfolg der Universität zu verwenden.

## Errichtung einer Kinderkrippe an der Medizinischen Universität Innsbruck

### Keine Entlastung für Mütter/ Väter mit Kleinkindern in Sicht.

Von Ursula Kiechl-Kohlendorfer.

Der Wiedereinstieg ins Berufsleben nach familiärer Pause sowie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sind den Betriebsräten der Medizinischen Universität Innsbruck wichtige Anliegen.

In der Betreuung von Kleinkindern zwischen 1 und 3 Jahren besteht laut Umfrage unter den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Medizinischen Universität mit 99 positiven Antworten ein sehr großer Bedarf. Der Aufbau einer Kinderkrippe in Kliniknähe ist aus diesen Gründen seit gut einem Jahr eines unserer zentralen Projekte.

Wir haben nach 12 Monaten Suche leider nach wie vor kein Objekt in Kliniknähe mit Garten finden können und haben deshalb geplant, einen Prachensky-Bau in Kliniknähe in der



Müllerstraße, mit etwa 200 m<sup>2</sup> kindergerecht zu adaptieren. Ein „Toberaum“ gemäß dem pädagogischen Konzept würde den fehlenden Garten ersetzen. Diese Alternative wurde auch von der städtischen Kindergarteninspektorin genehmigt. Die Betreuung der Krippe würde gemeinsam mit FIB – „Frauen im Brennpunkt“ erfolgen, weil wir ein professionelles Management für unsere Kinder wünschen und das un-

ternehmerische Risiko unsererseits nicht in Anspruch genommener Plätze nur in einer gemeinsamen Trägerschaft mit gegenseitiger Überlassung von ungenutzten Plätzen getragen werden könnte. „Frauen im Brennpunkt“, die bereits langjährige Erfahrung in Kinderbetreuung haben, würde auch das pädagogische Konzept und Personal für die gemeinsame Einrichtung übernehmen.

Das Rektorat sollte, gegebenenfalls mit der Unterstützung des Betriebsrats des wissenschaftlichen Personals (z.B.: endfälliges Darlehen, Finanzierung der Einrichtung), die Investitionskosten, die im Rahmen der Adaptierung der Räumlichkeiten anfallen, übernehmen und hat sich bereit erklärt, finanzielle Unterstützung für jedes betreute Kind im gleichen Ausmaß wie die TILAK das für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tut, zu gewährleisten. Falls die Universität diese Kosten nicht übernehmen könnte, würden – sozial gestaffelt – weitere finanzielle Mittel vom Betriebsrat zugesprochen werden, um den Preis für die Kinderbetreuung für alle leistbar zu halten.

Zwischenzeitlich hat das Rektorat das Projekt Kinderkrippe Müllerstraße abschlägig entschieden, wobei als Hauptgrund für diese Entscheidung der fehlende Garten genannt wurde. Daher können wir derzeit noch keine betriebseigene Kinderkrippe anbieten.

Wir möchten Sie jedoch darauf hinweisen, dass im Rahmen der Aktion "Wiedereinstieg nach Karenz", die die Vizerektorin für Personal, Personalentwicklung und Gleichstellung, Frau Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Margarethe Hochleitner initiiert hat, sowohl organisatorische als auch finanzielle Hilfe für den beruflichen Wiedereinstieg nach Karenz gewährleistet werden ([http://www.i-med.ac.at/gleichstellung/kinderbetreuung/aktion\\_wiedereinstieg.html](http://www.i-med.ac.at/gleichstellung/kinderbetreuung/aktion_wiedereinstieg.html)).

Die Kosten für einen Kinderkrippenplatz werden vom Zeitpunkt des Wiedereinstiegs bis zum vollendeten 3. Lebensjahr des Kindes übernommen. Wir hoffen, dass diese Maßnahme bewirkt, dass an der Verfügbarkeit der Kinderbetreuung der berufliche Wiedereinstieg gelingt.



SO GÜNSTIG WIE NOCH NIE

# A1 MEMBER ZERO\_3

**€15**  
PRO MONAT

**0 CENT ZU**

A1, B-FREE, MOBILBOX  
FESTNETZ  
WAHLNETZ (mit Option)  
SMS

**EXKLUSIV FÜR  
MITARBEITER**  
DER MEDIZINISCHEN UNI INNSBRUCK

DER BESTE A1 MEMBER TARIF:  
**JETZT NOCH GÜNSTIGER.**

Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrem Betriebsrat bzw. unter der kostenlosen A1 Serviceline 0800 664 664 oder auf [www.A1.net/memberzero](http://www.A1.net/memberzero)



Minderungsvertragdauer 24 Monate. Für die Erreichung der OPTION ZERO WAHLMOBILNETZ wird bei Bestehen einer aufrichtigen Mindestvertragsdauer ein Einrichtungsbeitrag von €49,- (inkl. USt) verrechnet. Mindestvertragsdauer 24 Monate. Max. 1 Wahlnetz (Auslösen 3G nicht möglich). Maximal 1.100 Minuten/Monat/Anschluss (gültig österreichweit), Tarife anwendbar bis 30.09.2007. 0 Cent gilt nicht für Hutschken 3G, andere Dienste- und Mehrwertnummern, Sprachverbindungen zu privaten Netzen (DS) und SMS zu m-commerce Nummern (0664 664 xxx) und Betreiber-Kurznummern. 0 Cent gilt österreichweit: unlimitiert für Sprachverbindungen zu A1, B-FREE und A1 MOBILBOX; für 1.100 SMS/Monat/Anschluss und 1.100 Minuten/Monat/Anschluss ins Festnetz und ins Wahlnetz. Bei Überschreitung der 1.100 Min. bzw. SMS werden die überschreitenden Min. bzw. SMS mit jeweils €0,25 verrechnet.  
Preise in Euro inkl. USt; Verbindungsgebühr österreichweit pro Minute, Taktung €0,30 (Infos unter [a1.net/calcung](http://a1.net/calcung)); Auslands-SMS-Preis €0,30. Aktivierungsgebühr €40,-. Der o.g. Tarif stellt einen Auszug aus den Entgeltbestimmungen (EB A1) dar. Si möchliche nicht angeführten Entgelte sind den EB A1 zu entnehmen. Die vollständigen EB A1 können bei mobilkom austria bezogen werden. Satz- und Druckfehler sowie technische Änderungen vorbehalten.

## Teilzeitarbeit

Teilzeitjournaldienste sind nur die Hälfte wert.

Von Rosa Bellmann-Weiler.



Seit Jahren ist die Teilzeitarbeit nun schon eine konstante und viel genutzte Möglichkeit nicht nur für Mütter, die wieder einsteigen wollen, sondern auch für Männer. Teilzeilkkräfte sind fester und größtenteils auch geschätzter Bestandteil des Personals. Im Sinne einer Optimierung der „work-life balance“ sollte die Möglichkeit zur Arbeitszeitreduktion auch weiter gefördert, zunehmend flexibilisiert und vor allem qualitativ gleich wertvoll geschätzt werden.

Ein wesentlicher Bestandteil des Wiedereinstiegs in das Berufsleben, ob in Teil- oder Vollzeit, ist die Erhaltung der Qualifikation: Und dazu gehören Journaldienste. Wer möchte schon gern einen Nachtdienst verrichten, nachdem sie/ er möglicherweise 6 Jahre keinen mehr gemacht hat?

**Man darf Journaldienste verrichten, bis zum Erreichen der 40-h-Grenze/des 40-h-Pensums beträgt der Stundenlohn an Werktagen jedoch lediglich € 14,50, d.h. Teilzeilkkräfte bekommen nur die Hälfte dessen, was ein/e Vollbeschäftigte/r bekommt.**

Der Gesetzgeber geht offensichtlich davon aus, dass man nur in Teilzeit arbeitet, weil man

weniger Stunden arbeiten will, die Erhaltung der Qualifikation ist damit persönliche Sache.

An Wochenenden ist der Stundenlohn bis zur Erreichung der 40-h-Grenze um 2/3 niedriger – für die gleiche Arbeit! Zudem war bis 1.1.2007 auch der übliche Zeitausgleich „nicht vorgesehen“. Gegen diese Ungerechtigkeit wurde meinerseits bereits vor Jahren protestiert und eine entsprechende Gleichstellung gefordert. Dieses Ansuchen wurde auch von LRin Dr. Zanon unterstützt, die eine Anfrage an die zuständige Ministerin tätigte. Leider erhielten wir nur eine lapidare Absage.

Ein erster Schritt in Richtung Gleichwertstellung der Arbeit von Teilzeitbeschäftigten mit Vollzeitarbeitenden ist uns Ende letzten Jahres gelungen. Im Rahmen der neuen Betriebsvereinbarung wurde den Teilzeitärzten/innen von Frau Vizerektorin Hochleitner der Anspruch auf aliquoten Zeitausgleich für geleistete Journaldienste zugestanden. So hat etwa ein/e zu 50% tätige/r Kollegin/e, die/der mindestens 1 Werktags-journaldienst im Monat leistet, Anrecht auf 80 Stunden Zeitausgleich im Jahr.

Wir freuen uns natürlich über diesen Teilerfolg, doch müssen wir weiter am Ball bleiben, bis wir eine volle Gleichstellung – wie sie übrigens bei TILAK-Angestellten besteht – erreichen:

**Wir wollen gleiche Abgeltung, gleiches Geld für gleiche Arbeit!**

## Arbeitsplatzqualität

Vom unerfüllten Forschungszeitanspruch zu Schichtarbeit.

Von Barbara Friesenecker.

Im STANDARD vom 8.2.2006, Seite 10, stand im Zuge der Diskussion um Ärztehonorare unter anderem folgender Satz zu lesen: ...*Eine Arbeitszeitaufteilung im Verhältnis 70:30 (Klinik, 70% zu Forschung/ Lehre, 30%) sei die „gelebte Praxis“, sind sich Hosp und Weissböck einig.*“ Die Realität schaut anders aus.

Und da sind wir schon mitten drin in der Diskussion, welche Verpflichtungen wir als ehemalige Bundesangestellte – jetzt MitarbeiterInnen der Innsbrucker Medizin Universität

(MUI) haben, aber auch welche Rechte für uns daraus eigentlich erwachsen müssten, um diesen vielfältigen Verpflichtungen ordnungsgemäß nachkommen zu können. Unsere zukünftige Karriere und späteres berufliches Weiterkommen hängt streng davon ab, ob wir erstens die Forderungen erfüllen können, die im Rahmen des klinischen Lernzielkataloges (siehe dazu [http://www.aerztekammer.at/service/KEF\\_RZ\\_VO/01\\_Anlage\\_Anaesthesiologie.pdf](http://www.aerztekammer.at/service/KEF_RZ_VO/01_Anlage_Anaesthesiologie.pdf) bzw. [www.oegari.at](http://www.oegari.at)) für die Facharztausbildung an uns gestellt werden, ob wir uns zweitens im Bereich der Forschung und Wissenschaft erfolgreich etablieren können

und ob wir uns drittens zusätzlich – je nach Fachgebiet mehr oder weniger zeitintensiv – im Rahmen von Praktika und Vorlesungen um unseren Arbeitsschwerpunkt Lehre kümmern können, der durch die Einführung der neuen Studienordnung zu einer erheblichen zeitlichen Mehrbelastung führt, ohne dass dafür bisher zusätzliche personelle Ressourcen geschaffen wurden.

### Forschung an Kliniken

Tatsache ist - und das konnte seit Einführung des Robotec durch den BR1 erstmals lückenlos dokumentiert und damit bewiesen werden (siehe dazu T. J. Luger), dass die meisten der UniversitätsmitarbeiterInnen zu nahezu 100% - und meist deutlich mehr – in Ihrer klinischen Arbeit aufgehen und damit Forschung/Lehre notgedrungen in der Freizeit stattfinden muss – selbstverständlich in unbezahlter Form. Ein Tatbestand, der der Aussage von LRin Hosp und Dr. Weissenböck diametral widerspricht.

Vor allem für KollegInnen mit neuen Arbeitsverträgen ist diese Situation angesichts verlorener Arbeitsplatzsicherheit umso kritischer. Das heißt, wir werden uns als BR1 auch in Zukunft intensivst darum bemühen müssen, die jungen KollegInnen an der MUI aufzuklären, dass sie als UniversitätsmitarbeiterInnen versuchen müssen, mit Beginn der FA-Ausbildung in einer Forschergruppe unterzukommen, um dann auch auf diesem Gebiet frühzeitig wissenschaftliche Leistungen zu erbringen.

Der BR1 hat sich sehr dafür eingesetzt, Voraussetzungen zu schaffen, zumindest zukünftig einen Teil der Forschung in der Dienstzeit betreiben zu können: Durch schriftliche Fixierung der Rechte und Pflichten für Assistenz- und FachärztInnen an der MUI im Rahmen einer Betriebsvereinbarung zwischen dem BR1 und dem Rektor der MUI vom 7.7.05 und 30.9.05 wird Forschungszeit im Rahmen der Normalarbeitszeit damit für Universitätsbedienstete erstmals einforderbar und bei Nichtgewährung reklamierbar (nachzulesen in den BR1-Zeitungen Nr. 1 und Nr. 2 unter [www.i-med.ac.at/betriebsrat1](http://www.i-med.ac.at/betriebsrat1)).

In weiteren Bemühungen hinsichtlich einer sinnvollen Gestaltung des Arbeitsplatzes an der MUI hat sich der BR1 ebenfalls erfolgreich dafür eingesetzt, dass entgegen des ursprünglichen Erlasses vom Rektorat – den UniversitätsmitarbeiterInnen nun doch auch offiziell wieder Fortbildungszeiten für Kongressbesuche, Vorträge und andere Fortbildungen etc. gestattet werden.

Mit der Einführung eines Personalbeirats hat der BR1 die Möglichkeit geschaffen, dass KollegInnen, die an ihrem Arbeitsplatz Schwierigkeiten der unterschiedlichsten Art haben, durch vermittelnde Gespräche unterstützt werden können, und es ist bereits mehrfach gelungen, befriedigende Lösungen für die Beteiligten zu erreichen (mehr dazu im Artikel von M. Joannidis).

Eine weitere Front, an der ein ständiges Intervenieren des BR1 im Sinne einer Verbesserung der Arbeitsplatzqualität notwendig ist, sind die ständigen Überschreitungen des Krankenanstaltenarbeitszeitgesetzes (KA-AZG) und des Arbeitsruhegesetzes (ARG):

**Der Arbeitsinspektor hat nach Anfrage des Tilak BR und des BR1 die TILAK und MUI überprüft und neben der TILAK auch die MUI wegen 4 Übertretungen des Krankenanstaltenarbeitszeitgesetzes, 11 Übertretungen des Arbeitsruhegesetzes und 4 Übertretungen der § 8-Regelung („Notfallüberstunden“) angezeigt.**

Betroffen waren 4 Kliniken (nachzulesen in Rubrik: ‚News‘ im Internet unter: <http://www.i-med.ac.at/betriebsrat1/news/>).

### Schichtarbeit abgewehrt

Es ist dem BR1 weiters erfolgreich gelungen, ein neues Arbeitszeitmodell für ÄrztInnen zu verhindern (modifizierter Schichtdienst in Anlehnung an das bestehende AZ-Modell des Pflegepersonals, das jedoch auf einer 40-h-Woche basiert) das die TILAK unter dem Deckmantel der Verbesserung von Arbeitszeiten probeweise an der Universitätsklinik für Anästhesie und Allgemeine Intensivmedizin einführen wollte mit der Begründung, dass v. a. mit zunehmendem Dienstalder die Kolleginnen und Kollegen durch die 25-Stunden-Journaldienste überlastet seien.

Das für ÄrztInnen angedachte Modell, das von vielen KollegInnen zunächst als sehr verlockend empfunden wurde, wies in Wirklichkeit nur sehr geringe Ähnlichkeiten mit dem Arbeitszeitmodell des Pflegepersonals auf: Das Ärztemodell sollte OHNE Bereitstellung zusätzlicher Ärzteplanzstellen und ohne zusätzliches Budget bei gleich bleibendem Arbeitszeitaufwand (d.h. durchschnittlich ca. 50 bis 70 Wochenarbeitsstunden/ Jahr/ diensttuendem/r Mitarbeiter/ in) eingeführt werden. Dies hätte bedeutet, dass bei verkürzter max. Dienstdauer (max. Anwesenheitszeit am Stück: 12h/d) die rel. Anwesenheitszeiten in der Klinik deutlich zugenommen hätten (bis zu 7 lange Tag-

dienste (12h), bis zu 3 Wochenenden/ Monat), und das bei deutlich kürzeren Erholungszeiten, als im vergleichbaren Pflege-AZ-Modell.

Das heißt, dass von einer geringeren Arbeitsbelastung der KollegInnen durchaus NICHT die Rede sein konnte. Das von der TILAK angedachte AZ-Modell hätte neben einer deutlichen Verschlechterung der privaten Lebensqualität auch eine deutliche Verschlechterung der Ausbildungsqualität der AssistentInnen bedeutet, da die vom Bundesministerium geforderten Ausbildungszeiten am Tag deutlich verkürzt worden wären.

Andererseits hätte ein analoges Hochfahren der OPs auf einen 24-h-Betrieb bei der derzeitigen Platzsituation/ Ärztebesetzung auf den Stationen (Normal, Observationen, Intensiv) einer grundlegenden Adaptierung im operativen Teil des Gesamtklinikums bedurft, das heißt, man müsste generell einen 24-h- Dienst/ Schichtbetrieb auf allen beteiligten Stationen einführen, um so ein AZ-Modell sinnvoll implementieren zu können.

Die Einführung eines solches AZ-Modell bringt nach Ansicht des BR1 nur dann Entlastung für die MitarbeiterInnen, wenn sich die zu arbeitenden Stunden auf MEHRERE MitarbeiterInnen aufteilen, so dass die Erholungsphasen nach geblockten Nachtdiensten/ langen Tagdiensten entsprechend länger gestaltet werden können (notwendige Orientierung an den Pflegedienstplänen – hier gibt es jahrelange Erfahrungswerte).

Es müsste nach Ansicht des BR 1 in einem neuen AZ- Modell eine 40-Stunden-Arbeitswoche für ÄrztInnen mit einem entsprechend höherem Grundgehalt angedacht werden, damit eine AZ-Umstellung in Richtung eines mehr oder weniger modifizierten Schichtdienstes Sinn machen kann und auch in der Realität zu einer Verbesserung der Lebenssituation von ÄrztInnen führt, wenn – wie offiziell von der TILAK begründet – das Ziel einer solchen Arbeitszeitemstellung wirklich eine Entlastung überarbeiteter MitarbeiterInnen sein sollte.

Da zum derzeitigen Zeitpunkt weder Geld, noch Personalressourcen vorhanden sind, um ein Schichtarbeitszeitmodell für ÄrztInnen im 40-Wochenstundenbetrieb bei deutlich angehobenem Grundgehalt realistisch einzuführen, konnte und musste die Einführung eines solchen AZ-Modells als Pilotprojekt an der Universitätsklinik für Anästhesie und Allgemeine Intensivmedizin grundsätzlich abgelehnt werden. Erwähnenswert ist in diesem Fall, dass natürlich im geplanten Pilotprojekt universitäre Dienstpflichten (Forschung, Lehre) in keinsten Weise berücksichtigt waren und die berechneten durchschnittlichen 200 Arbeitsstunden/ Monat reine klinische Arbeitszeit waren. Der große Aufwand einer Änderung des bestehenden Arbeitszeitmodells macht nur Sinn, wenn damit eine wirkliche Verbesserung der Arbeitssituation der MitarbeiterInnen verbunden ist und war daher aus genannten Gründen in allen Punkten abzulehnen.

Dazu noch eine Information der Ärztekammer unter [www.aerztekammer.at](http://www.aerztekammer.at) (Link Ausbildung/Ärzteausbildungsordnung/ Facharzt): *"Ausbildungsziel ist durch eine möglichst gleichmäßige Aufteilung der Wochendienstzeiten auf die Arbeitstage der Woche zu erreichen: ...Kernarbeitszeit zumindest 35 Wochenstunden untertags... Die Kernarbeitszeit hat zu gewährleisten, dass die Ausbildung der TurnusärztInnen möglichst in den Hauptdiensten, in denen der überwiegende Teil des fachärztlichen Stammpersonals in der anerkannten Ausbildungsstätte anwesend ist, absolviert wird ... jedenfalls 25 Stunden in der Zeit zwischen 8 Uhr und 13 Uhr zu absolvieren."*

Wir vom BR1 sind darum bemüht, uns einzusetzen für eine Verbesserung unserer Arbeitsbedingungen an der MUI, damit wir, basierend auf exzellenter Forschung, unsere PatientInnen am Puls der Wissenschaft behandeln und mit qualitativ höchstwertiger Lehre zur guten Ausbildung des Ärztenachwuchses beitragen können, wobei auch uns ein Recht auf Privatleben und Aufbau/ Erhalt sozialer Kontakte außerhalb der Klinik zugestanden werden muss.

# Ihr Partner für Versicherung, Vorsorge und Vermögen.



Agentur Manfred Vogelsberger  
Brennerstraße 61, 6143 Matrei am Brenner  
Tel.: 05273/200 88, Mobil: 0664/49 78 365

Wenn's drauf ankommt, hoffentlich Allianz.

↳ Näheres zu den interessanten Angeboten der Allianz für MUI-MitarbeiterInnen demnächst im e-mail-Newsletter des BR1!



## Personalbeirat

Vertretungsorgan bei Konfliktfällen.

Von Michael Joannidis.

### Was ist der Personalbeirat?

Mit der Etablierung des Betriebsrates 1 (BR1) wurde im Sinne einer ökonomischen Aufgabenverteilung zur Behandlung von Personalfragen der Personalbeirat des BR1 eingerichtet. Dieser Personalbeirat setzt sich aus jeweils drei Betriebsratsmitgliedern zusammen, die im ¼-jährlichen Turnus wechseln.

### Welche Aufgaben hat der Personalbeirat?

Die Kernaufgabe des Personalbeirats besteht darin, die MitarbeiterInnen des wissenschaftlichen Personals der Medizinischen Universität Innsbruck in dienstlichen Belangen zu beraten und zu vertreten und einen Interessensausgleich zum Wohl der ArbeitnehmerInnen des Betriebes zu schaffen. Der Personalbeirat steht den wissenschaftlichen ArbeitnehmerInnen der MUI jederzeit für Aus-

künfte im Hinblick auf Arbeitsbedingungen, Arbeitsqualität und Rechtsgrundlagen der Karriereentwicklung zur Verfügung und dient als erste Anlaufstelle in arbeitsrechtlichen bzw. dienstrechtlichen Fragen.

### Wie ist die Arbeitsweise des Personalbeirats?

Beratungen erfolgen nach Terminvereinbarung mit den einzelnen Personalbeiräten. Als wichtiges Betätigungsfeld erwies sich jedoch die Vermittlungstätigkeit in Konflikten sowohl zwischen verschiedenen ArbeitnehmerInnen als auch zwischen ArbeitnehmerInnen und Vorgesetzten, wobei die Häufigkeit letzterer tendenziell ansteigt. Der Personalbeirat bedient sich dabei einer klar definierten Vorgangsweise. Der Konfliktfall wird von einem/r der drei Personalbeirat/innen hauptverantwortlich übernommen, diesem wird ein/e

Kollege/in zur Seite gestellt, welche/r auch die Protokollführung übernimmt. Im Vertretungsfall werden die beiden Personalbeiräte so gewählt, dass diese nicht aus der gleichen Institution, wie die zu Vertretenden stammen, um mögliche Befangenheit bzw. Interessenskonflikte zu vermeiden.

Als erster Schritt erfolgt in Einzelgesprächen mit den Betroffenen eine Bestandsaufnahme durch den für den Fall zuständigen Personalbeirat. Anschließend werden Gespräche zwischen den Konfliktparteien vereinbart.

Bei diesen Gesprächen müssen immer mindestens zwei Personalbeiräte anwesend sein, wobei der/die hauptverantwortliche Personalbeirat/rätin die Besprechung leitet und moderiert. In diesen Vermittlungsgesprächen wird versucht, zwischen den betroffenen Parteien eine einvernehmliche Lösung herzustellen. Das Ergebnis der Gespräche wird in Protokollen festgehalten. Das Protokoll wird ausschließlich von den BetriebsrätInnen verfasst, die betroffenen Parteien dürfen ihre Einwände als Anhang einbringen.

### **Wie ist die weitere Vorgangsweise, falls der Personalbeirat keine befriedigende Lösung erzielen kann?**

Sollte es dem Personalbeirat nicht gelingen, eine einvernehmliche Lösung zwischen den Konfliktparteien herzustellen, entscheidet der Betriebsrat, ob der Konfliktfall in nächster Instanz dem Rektor zu übergeben ist. Dieser sollte nach Beratung mit den betroffenen Parteien Kraft seines Amtes eine Lösung herbeiführen.

Sollte auch durch den Rektor keine befriedigende Einigung zwischen den beiden Konfliktparteien herbeizuführen sein, so kann als weitere Instanz die Schiedskommission der Medizinischen Universität Innsbruck angerufen werden (§ 43 Abs. 1 UG 2002). Die Veröffentlichung der Geschäftsordnung der Schieds-

kommission der Medizinischen Universität Innsbruck erfolgte im Mitteilungsblatt des Studienjahrs 2004/2005, ausgegeben am 22.03.2005, 23. Stück, ([www.i-med.ac.at/mitteilungsblatt/2004/23.pdf](http://www.i-med.ac.at/mitteilungsblatt/2004/23.pdf)).

Die Mitglieder der Schiedskommission wurden im Mitteilungsblatt Studienjahr 2006/2007, ausgegeben am 4.10.2006, 1. Stück, ([www.i-med.ac.at/mitteilungsblatt/2006/01.pdf](http://www.i-med.ac.at/mitteilungsblatt/2006/01.pdf)) veröffentlicht. Dieser Schiedsstelle gehören externe Personen, in der Mehrzahl JuristInnen bzw. RichterInnen i. R. an.

Bislang war es auch aufgrund der erfolgreichen Vermittlungstätigkeit des Personalbeirats nicht nötig, die Schiedskommission anzurufen.

Bei BeamtInnen steht darüber hinaus die Dienstaufsichtsbeschwerde und die Mithilfe des Zentralausschusses der HochschullehrerInnen zur Verfügung.

Der bisherige Instanzenweg der Konfliktlösung lässt jedoch einiges zu wünschen übrig. So ist die Entscheidung des Rektors nicht an die Beratung des Betriebsrats gebunden und muss auch nicht im Beisein der Betriebsräte fallen. Hier wäre es zu wünschen, dass eine innerbetriebliche Schlichtungsstelle eingerichtet wird, die im Beisein von Rektor und Betriebsrat/ Personalbeirat und unter Einbeziehung der betroffenen Parteien eine innerbetriebliche Problemlösung und Vermittlung in Konfliktfällen herbeiführen könnte.

Abschließend ist festzustellen, dass der Personalbeirat des BR1 auf eine sehr erfolgreiche Amtsperiode zurückblicken kann. Er wurde bisher in den letzten zwei Jahren in 56 Konfliktfällen aktiv tätig und konnte in der überwiegenden Mehrheit der Fälle eine einvernehmliche Lösung herstellen.

## **Geschützte Daten – Schutz vor Daten**

### **Zum Thema Datenschutz.**

#### **Von Erich Brenner.**

Neulich auf der Straße: „Hast Du schon gehört, der Max Mustermann [Name anonymisiert] war neulich auf der Psychiatrie. – Warum? – Der hat sich wohl übernommen, Burnout oder so was. – Da wird wohl noch mehr dahinter stecken. – Ich weiß nicht, der hat ja vorher schon so seltsam getan. Jetzt fällt er wohl ein paar Wochen aus. – Und Du kannst seine ganze Arbeit machen? – Na sicher doch.

Als wenn ich nicht schon selbst genug davon hätte.“

Bei diesem Gespräch fiel natürlich ein konkreter Name, und viele Passanten haben zugehört. (Natürlich ist die konkrete Situation erfunden, aber leider habe ich so etwas Ähnliches erlebt: zwischen einer/einem OrganisationseinheitsleiterIn und einer Sekretärin dieser Organisationseinheit). Hier ist jedem/r klar,

dass hier jegliche Grundlage des Datenschutzes missachtet wurde.

### Aber was bedeutet Datenschutz eigentlich?

Das Datenschutzgesetz schützt – mal besser, mal schlechter – die Verwendung personenbezogener Daten. Dabei unterscheidet es zwischen **offensichtlich personenbezogenen Daten** und nur **indirekt personenbezogenen Daten**, wenn die Identität der betroffenen Person nur mit illegalen Mitteln bestimmt werden kann.

Und dann gibt es noch die **sensiblen Daten** („**besonders schutzwürdige Daten**“): Das sind Daten natürlicher Personen über ihre rassische und ethnische Herkunft, politische Meinung, Gewerkschaftszugehörigkeit, religiöse oder philosophische Überzeugung, Gesundheit oder ihr Sexualleben. Das obige fiktive Gespräch betraf also sensible Daten.

Wir verarbeiten selbst zahllose Daten, zumeist von Personen oder gar von PatientInnen. Diesen Daten gebührt ein intensiver Schutz. Dazu gibt es die Meldung, und wenn es tatsächlich um sensible Daten geht, die Vorabkontrolle durch die Datenschutzkommission. Für den Bereich der Medizinischen Universität Innsbruck gilt, dass Daten für wissenschaftliche Zwecke verarbeitet werden dürfen, wenn eine solche Meldung vorliegt.

Zahlreiche Daten werden über uns verarbeitet. Die Verwaltung der Medizinischen Universität Innsbruck führt zahlreiche Datenbanken. Die meisten sind durch die Standard- und Musteranwendungen legalisiert, aber nicht wirklich alle. Dafür bedarf es dann aber einer **(Rahmen-) Betriebsvereinbarung über die Verwendung personenbezogener Daten**. Diese wird aber mit den Betriebsräten seit über einem Jahr nicht abgeschlossen, weil – angeblich, für mich leider nicht nachprüfbar – die Rektorenkonferenz eine gesamtösterreichische Betriebsvereinbarung verhandelt. Ein ewiges Spiel – wie der Kollektivvertrag.

Auch das LKI bzw. die TILAK besitzt Daten, zuletzt bekannt geworden die Videoaufzeichnungen. Eine Genehmigung der Datenschutzkommission steht meines Wissens nach noch immer aus. Aber die Datenschutzkommission weiß, dass hier Daten über MitarbeiterInnen der Medizinischen Universität Innsbruck aufgezeichnet werden, für die es keinerlei Vereinbarung mit der TILAK oder der Medizinischen Universität Innsbruck gibt.

Datenschutz geht uns selbst an. Wir wollen unsere Daten gut geschützt wissen – schützen wir auch die Daten, die wir über andere verarbeiten, nicht nur im Computer.

## W I G M U

### Das Netzwerk der Betriebsräte für das wissenschaftliche Personal an den Medizinischen Universitäten Wien, Graz und Innsbruck.

Von Thomas J. Luger.

Schon in der ersten Sitzung der neu gewählten Mitglieder des Betriebsrats für das wissenschaftliche Personal war es ein klarer Wille, eine Gesprächs-, Informations- und Diskussionskultur mit den anderen Betriebsräten Österreichs aufzubauen. Ein Netzwerk für die BeamtInnen an den Unis existiert per Gesetz durch den Zentralausschuss, doch für alle neu eintretenden, angestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den klinischen und nicht-klinischen Fächern ist dieses Gremium nicht zuständig. Dies führte zum allgemeinen Wunsch nach einem Netzwerk, das letztendlich den Namen **WIGMU** erhielt - Netzwerk der Betriebsräte der **Wiener-Innsbrucker-Grazer-Medizinischen-Universitäten**.

Dieses wurde zum ersten Mal in Bad Aussee 2005 abgehalten. Die Wahl des Ortes geht

auf Werner Streif zurück, der die Idee hatte, den symbolischen „Mittelpunkt Österreichs“ auszuwählen.



Abb. 1: Erste WIGMU Tagung Bad Aussee 2005

Die Tagungen in Bad Aussee wurden vom Betriebsrat für das wissenschaftliche Personal an der Medizinischen Universität Innsbruck unter dem Vorsitzenden Martin Tiefenthaler und dem „Lokalmatador“ Werner Streif organisiert, die Herbsttagungen von den jeweiligen lokalen Betriebsräten.

Nach zögerlichem Beginn entwickelte sich daraus eine Veranstaltung, auf der gemeinsam verbindende Probleme argumentativ aufbereitet, aber auch divergierende Standpunkte diskutiert wurden.



**Abb. 2:** M. Tiefenthaler und W. Streif auf der ersten WIGMU Tagung Bad Aussee 2005

WIGMU, die im Frühjahr in Bad Aussee und im Herbst abwechselnd an den drei Standorten stattfindet, entwickelte sich zu einem Netzwerk der Betriebsräte der Medizinischen Universitäten Österreichs, dem vor allem Information und Diskussion zu aktuellen Themen ein Anliegen ist. Gemeinsame Standpunkte werden direkt an die Adressanten versendet und/oder den Medien kundgetan.

**Diese bislang fünf WIGMU Tagungen** (3x Bad Aussee, 1x Innsbruck, 1x Graz) wurden zu einem Treffen und Gedankenaustausch zwischen den Mitgliedern der Betriebsräte der Medizinischen Universitäten Österreichs und Vertretern aus vielen Bereichen der Wissenschafts- und Gesundheitslandschaft Österreichs:

Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung (Sektionschef Dr. Faulhammer), Gewerkschaft Öffentlicher Dienst GÖD (Dr. Richard Kdolsky, Dr. Richard Koller, Mag. Martin Holzinger, Stefan Jöchtl), ARGE Ärzte im Österreichischen Gewerkschaftsbund ÖGB (Dr. Sabine Oberhauser), Gesundheitsfonds Steiermark (Dr. Harald Gaugg), Steiermärkischen Krankenanstalten-GmbH KAGes, (Ing. Franz Kokoth), Tiroler Gebietskrankenkasse TGKK (Dr. Arno Melitopoulos) und Österreichischen Ärztekammer (Kurienobmann Dr. Harald Mayer und KAD-Stv. Dr. Lukas Stärker).

Höhepunkt in den Jahren 2006 und 2007 war jeweils die Podiumsdiskussion mit den anwesenden Wissenschaftssprechern und -sprecherinnen der im Österreichischen Parlament vertretenen Parteien, NR. Dr.<sup>in</sup> Gertrude Brinek (ÖVP), NR Josef Broukal (SPÖ), NRin Dr.<sup>in</sup> Magda Bleckmann (BZÖ), NR Dr. Martin Graf (FPÖ) und NR Univ. Prof. Dr. Kurt Grünewald (Grüne).



**Abb. 3:** Richard Koller (Unabhängige Gewerkschafter) und Richard Kdolsky (GÖD) auf der WIGMU Tagung Bad Aussee 2005

Auf diesen Sitzungen wurden mehrere Arbeitsthemen diskutiert, Gemeinsamkeiten gesucht, aber auch informative Vorträge abgehalten.



**Abb. 4:** WIGMU Tagung Bad Aussee 2007

Es sei mir erlaubt, über eine Auswahl von Themen der letzten Jahre in einer Zusammenfassung zu berichten:

### **Podiumsdiskussion mit den Wissenschaftssprecherinnen und -sprechern der im Parlament vertretenen Parteien:**

Im Statement der Parlamentarierinnen und Parlamentarier zum Thema „Stand der Medizinischen Universitäten – Sehen sie einen Reformbedarf?“ und „Vorstellungen der Parteien zur Wissenschafts- und Hochschulpolitik“ kam die unterschiedliche Position der Parteien zu Tage. Fragen des Hochschulzugangs, Arbeitsbelastung und Gehalt von Ärztinnen und Ärzten (besonders jene in Ausbildung), Ärzte-

ausbildung, Reform des UG 02, Leistungsvereinbarungen, Aufwertung der Betriebsräte durch Stimmrecht im Universitätsrat, Mitbestimmung der UniversitätslehrerInnen Kollektivvertrag, Einführung einer Personalkommission zur Überprüfung der Qualifikationsvereinbarung und/ oder Konfliktbewältigung/Mobbing wurde aus unterschiedlicher Sichtweise – Regierung, Opposition – beleuchtet. Es war von großer Bedeutung, dass in den nachfolgend gestellten Fragen und in der Diskussion den Wissenschaftssprecherinnen und -sprechern klar und deutlich aufgezeigt wurde, wie es tatsächlich an den österreichischen Universitäten (Arbeitszeitüberlastung, hoher Prozentsatz klinischer Arbeit, nicht ausbezahlte Zeitausgleich und Überstunden, Zielvereinbarungen, usw.) aussieht.



**Abb. 5:** Die Gesundheitssprecher der im Parlament vertretenen Parteien (SPÖ, Grüne, ÖVP, FPÖ) auf der WIGMU Tagung in Bad Aussee 2007.

### **KA-AZG:**

#### **Budgetäre Bedeckung der Bezahlung des nicht konsumierten Zeitausgleichs für nicht bezahlte Journaldienststunden.**

Es konnte auf der Bad Aussee Tagung 2006 erfolgreich erreicht werden, dass die budgetäre Deckung für die Bezahlung des nicht konsumierten Zeitausgleichs für nicht bezahlte Journaldienststunden vom Ministerium zugesagt wurde. Dieses Versprechen von SC Dr. Faulhammer wurde im Zuge der Leistungsvereinbarung mit den Medizin Universitäten auch eingehalten und bedeutet, dass die Altlasten aus nicht konsumiertem Zeitausgleich aus den Jahren 2002-2004 bezahlt werden.

#### **Arbeitszeitmodelle an den Kliniken und flexible Arbeitszeiten.**

Trotz langjährigen Bestehens des KA-AZG wird dieses immer wieder übertreten, und es erfolgt kaum eine Sanktion. Ein Vortrag mit dem Titel „Freizeitforscherparadies Uni Klinik Innsbruck“ (Werner Streif) verdeutlicht dies am eindrucksvollsten. Erste Erfahrungen mit dem ROBOTREC (Innsbruck) und dem EBM (Wien)

liegen vor und sprechen eindeutige Zahlen. Das positive Ergebnis der Arbeitszeitverhandlung in Salzburg löste allgemein großes Interesse aus.

Kritischer wurde das Zwischenergebnis der Arbeitszeitverhandlungen in der Steiermark zwischen der Ärztekammer und der KAGes beurteilt. Nach der Vorstellung einer Arbeitszeitflexibilisierung an der TILAK 2005 (Martin Tiefenthaler & Thomas J. Luger) wird in einer Diskussion die Notwendigkeit der gegenseitigen Information hervorgehoben, um für ÄrztInnen nachteilige Vereinbarungen zu verhindern.

Bei allem Verständnis für flexible Arbeitszeiten muss im Mittelpunkt unserer Überlegungen der Erhalt der Arbeits- und Lebensqualität der Ärztinnen und Ärzte stehen.



**Abb. 6:** WIGMU Tagung Gramartboden bei Innsbruck, 2005

### **Kollektivvertrag.**

Seit Beginn der WIGMU Tagungen wurde von Seiten der GÖD immer wieder über den Stand der KV Verhandlungen berichtet und als „breaking points“ wurden von der GÖD das Karrieremodell, die Gehaltsvorstellungen und der erweiterte Kündigungsschutz angesehen. Nachdem die Position der medizinischen Universitäten mit den Sonderbestimmungen Medizin vorgestellt und diskutiert wurde, kamen die Betriebsräte zu dem Schluss, dass „KO Kriterien“ unbedingt definiert werden müssen, da diese für Erfolg und Zustimmung vor Ort notwendig sind (u. a. 5-Tagewoche, klar definierte Regel- und Rahmendienstzeiten, keine geteilten Normalarbeitszeiten, Wochenendarbeit nur als Journaldienste, erweiterter Kündigungsschutz, durchgängiges Karrieremodell).

Nachdem der KV im April 07 vom Dachverband und dem GÖD Verhandlungsteam

ausgehandelt wurde, ist das Papier eingehend diskutiert worden. Dabei wurde von den anwesenden VertreterInnen festgestellt, dass zwar gewisse Punkte berücksichtigt wurden, jedoch wesentliche Nachbesserungen notwendig sind. Es gibt daher ein eindeutiges Votum hinsichtlich einer Zustimmung nur unter der Bedingung einer Nachbesserung im Bereich der Überstundenregelung, gleichwertiger Teilzeit-Journaldienst-Bezahlung und einer post-doc Stufe gemäß FWF Ansätzen.



**Abb. 7:** TeilnehmerInnen aus Wien, Graz und Innsbruck auf der WIGMU Tagung in Bad Aussee 2007

### Pensionsversicherung.

ÖAK-Kammeramtsdirektor-Stv. Dr. Lukas Stärker, stellt das neue Lebensarbeitszeitmodell der Österreichischen Ärztekammer vor und berichtet, dass dieses gerechte Pensionsberechnungsmodell derzeit politisch nicht die Mehrheit findet, was von beiden Großparteien auch sofort bestätigt wird. Auch der Vorschlag einer Einrechnung der Normalstudienzeit in die Pensionszeiten, wie von den Betriebsräten vorgeschlagen, dürfte kaum politisch realisierbar sein, wie dies aus dem Munde der Wissenschaftssprecher zu hören war.



**Abb. 8:** KAD –Stv. Dr. Lukas Stärker, ÖÄK, Referent auf der Tagung in Graz 2006

### Leistungs-(Ziel-)vereinbarung 2007-2009.

Sektionschef Dr. Faulhammer, BmWF, berichtet über den vom Ministerium erstellten Arbeitsbehelf „Leistungsvereinbarungen“. In der folgenden ausführlichen Diskussion wird deut-

lich, dass es sich dabei um einen Vertrag zwischen zwei Partnern handeln soll. Die anwesenden Betriebsräte heben in der Diskussion hervor, dass bei dieser „Top-Down“ Strategie die Gesamtlast zur Erfüllung dieser Leistungen bei den „Kleinsten“ liegen wird.



**Abb. 9:** Sektionschef Dr. Faulhammer, bmwf, in Bad Aussee 2007

Es muss der Wert der Arbeit als Ganzes gesehen werden; d.h.: als Leistung muss neben Forschung, Lehre und Verwaltung auch die Klinik gesehen werden. Zur Erreichung des Zieles müssen die Ressourcen Zeit, Personal und Budget in ausreichendem Masse bereitgestellt werden.



**Abb. 10:** Traditionelle Würstlparty bei Familie Streif am Vorabend der WIGMU in Bad Aussee 2005 -2007.

### Wege und Zeitplan zur Umsetzung des Regierungsübereinkommens an den Med. Universitäten (SC Dr. Faulhammer, BMWK).

Aus dem großen Kapitel „Forschung und Gesundheitswesen“ wird über die UG Novelle, deren Vorstellungen im Regierungsübereinkommen festgelegt sind, jedoch in einer offenen Sammlung von Themen, Anregungen und Schilderungen bearbeitet werden sollen, und über den Hochschulzugang Medizin (Quoten-

regelung, nicht EU konform, Gutachten des Ministeriums) berichtet.



**Abb. 12:** Vortragender Dr. Arno Melitopoulos, TGKK, in Bad Aussee 2007

### Weitere Highlights.

Interessant waren auf den bisherigen fünf Tagungen die Ausführungen zu Themen der Österreichischen Ärztekammer (KAD-Stv. Dr. Lukas Stärker), wie das EU-GH Urteil (Anwesenheitszeiten im Krankenhaus sind Arbeitszeit), Änderung der Journaldienst-Bezahlung für Teilzeitbeschäftigte unter der Maxime „gleiches Geld für gleiche Arbeit“, die Schwerarbeiterregelung, Patientenaufklärung und das Mobbing. Auch wurde eingehend über das Robotec an der Medizinischen Universität Innsbruck (Martin Tiefenthaler, Werner Streif, Thomas J. Luger), die elektronische Zeiterfassung und den elektronischen Dienstplan der Medizinischen Universität Graz „SAP-Time-Med“ (Ing. Franz Kokoth) und die Position der Gewerkschaft zum Stellenwert der Medizinischen Universitäten in der Gesundheitslandschaft Österreich (Dr. Sabine Oberhauser) berichtet.



**Abb. 11:** Ing. Franz Kokoth berichtet über „SAP-Time-Med“ der Med. Uni Graz während der WIGMU Sitzung in Graz 2006

Juristische Themen und solche zur Gesundheitsreform, wie Spezialambulanzen-spitzenmedizinisches Fiasko? (Martin Tiefenthaler), die Gesundheitsplattform: integrierte Versorgung und neue Versorgungsformen aus Sicht der Sozialversicherung (Dr. Arno Melitopoulos) und aus Ländersicht (Dr. Harald Gaugg), das Verbandsverantwortlichkeitsge-

setz, das auch strafrechtlich den Krankenanstaltenträger in die Pflicht nimmt (Kad-Stv: Dr. Lukas Stärker) und der Datenschutz (Erich Brenner) vervollständigten das Programm.



**Abb. 13:** TeilnehmerInnen mit dem Protokollführer TJ. Luger während der WIGMU Tagung in Bad Aussee 2007

Am Ende dieser Tagungen wurden ein Arbeitspapier, ein Forderungskatalog an die neue Regierung und/oder eine Presseausendung (siehe Seite 30) formuliert und verschickt, um an allen drei Standorten gemeinsam weiter an konkreten Zielen, wie Kollektivvertrag, Betriebsvereinbarungen, Arbeitszeitrichtlinie EU, KA-AZG, Teilzeitbeschäftigte, familiengerechter Arbeitsplatz usw., arbeiten zu können

Insgesamt waren diese Tagungen der Betriebsräte der Medizinischen Universitäten Österreichs wichtige, arbeitsintensive, informative und konstruktive Sitzungen, die viele vergleichbare Probleme an den jeweiligen Universitätsstandpunkten aufzeigten und viele Gemeinsamkeiten erkennen ließen. Nur durch ein Miteinander können wir letztendlich erfolgreich sein. Wenn wir es erreichen, dass wir von der Politik beachtet werden, können wir als Gegenstück zur Rektorenkonferenz angesehen werden; die Anfänge sind gemacht, jetzt heißt es mit Elan weiterarbeiten.



**Abb. 14:** Die TeilnehmerInnen mit den Referenten der WIGMU Tagung in Bad Aussee 2007 (alle Fotos dieses Artikels von TJ. Luger, 2006 und 2007)

*Notiz: bei allen BR-1 Mitgliedern wurden die Titel weggelassen*

# Studienplatzbeschränkungen, Quotenregelungen und prognostizierter Ärztmangel

Grundsätzliche Überlegungen.  
Von Erich Brenner.

**B**M Hahn argumentiert vor der EU-Kommission, dass 81 Prozent der in Österreich studierenden Deutschen Medizin-StudentInnen ihre berufliche Zukunft nicht in Österreich sähen [Warum dies so ist, sagt er der Öffentlichkeit aber nicht]. Diese Zahl aus einer in den vergangenen zwei Monaten erstellten Studie dient dem Minister als Beweis, dass bei einer völligen Öffnung der Medizin-Unis für Deutsche StaatsbürgerInnen in Österreich ein eklatanter Ärztemangel droht. Nicht in den nächsten zwei, drei Jahren, aber schon ab Mitte des nächsten Jahrzehnts. Dieses Szenario würde drohen, sollte Österreich die bestehende Medizinerquote – 75 Prozent der Studienplätze für ÖsterreicherInnen, 20 Prozent für EU-BürgerInnen, fünf Prozent für andere AusländerInnen – aufheben müssen.<sup>1</sup>

**Hier werden zwei leider unabhängige Punkte miteinander vermischt:**

1.) Sollte die Quotenregelung fallen, so werden deutsche Studierende sicherlich die Mehrzahl der Medizinstudierenden stellen. Dieser Verdrängungseffekt von StudienwerberInnen aus Österreich durch deutsche StaatsbürgerInnen ergibt sich aus den Zahlen: Jährlich 30.000 abgelehnten BewerberInnen um einen Medizin-Studienplatz in Deutschland stehen in Österreich 1500 Studienplätze gegenüber.<sup>1</sup>

2.) Ob jemand nach Abschluss seines Studiums auch tatsächlich im Land seines Studienabschlusses tätig wird, hängt aber von zahlreichen anderen Faktoren ab:

- Private bzw. persönliche Bindungen werden AbsolventInnen eher anregen, an ihren ursprünglichen Wohnort – vor Studienbeginn – zurückzukehren. Dieses „Rück-Wanderungsverhalten“ war und ist bereits bei Studierenden aus Bundesländern zu sehen, die keine eigene Medizinische Universität (früher Fakultät) hatten bzw. haben. Oberösterreichische Studierende tendieren häufiger dazu, nach Ober-

österreich zurückzukehren. Allerdings wird das „Rück-Wanderungsverhalten“ durch einen wesentlichen weiteren Punkt beeinflusst.

- Das Angebot einer interessanten oder gar lukrativen Stelle: Von wirklich lukrativen Stellen kann aber in Österreich im ärztlichen Bereich – zumindest für StudienabsolventInnen – nicht gesprochen werden. Viele Studierende sind dennoch bereits bisher ihrer Alma mater treu geblieben – so auch der Autor dieser Zeilen – wenn sie ein interessantes Stellenangebot erhalten haben. Somit steuert auch hier das Stellenangebot die „Wanderungstendenzen“.

- Es ist illusorisch anzunehmen, junge StudienabsolventInnen würden immobil sein. Angebot und Nachfrage wirken auch hier. Es ist vielmehr so, dass zahlreiche StudienabsolventInnen sogar weiterwandern; für österreichische JungmedizinerInnen ist zum Beispiel die Schweiz ein „Gelobtes Land“: aus österreichischer Sicht unvorstellbar hohe Anfangsgehälter bei Arbeitszeiten, die auch Zeit zum Leben bieten, locken. Zahlreiche – meist private – Krankenanstaltenträger in Deutschland haben bereits heute Stellenangebote auf Lager, die einen österreichischen AbsolventInnen das Abwandern schmackhaft machen. Dennoch: auch deutsche Migrationsforscher und Arbeitsmarktexperten warnen vor allem schon seit längerem vor einem „Brain Drain“ - dem hohen Anteil an AkademikerInnen unter den Auswanderern. Junge ÄrztInnen nehmen lieber eine Stelle in Ländern wie der Schweiz an als in Deutschland - sie werden dort um einiges besser bezahlt und müssen obendrein meist weniger Überstunden machen. Doktoranden finden die Forschungsbedingungen an US-Universitäten häufig sehr viel verlockender als an bürokratisch und verschlafenen geltenden deutschen Hochschulen.<sup>2</sup>

- Dieser „Braindrain“ von ÄrztInnen ist kein Österreichisch-Deutsch-Schweizerisches, sondern vielmehr ein globales Phänomen. Es gibt z.B. mehr beninische ÄrztInnen in Frankreich als in Benin selbst. In Washington D.C. gibt es mehr äthiopische ÄrztInnen als in Äthio-

---

<sup>1</sup> "Die Presse", Print-Ausgabe, 24.05.2007, Leitartikel Seite 37

(<http://www.diepresse.com/home/politik/innenpolitik/oehwahl/306071/index.do>)

---

<sup>2</sup> <http://www.karriere.at/karriere-center-arbeitsmarkt/news/1600/>

pien; zwischen 1988 und 2001 sind ein Drittel der äthiopischen ÄrztInnen ausgewandert.

Die Ursache ist relativ klar und einfach: Wenn jemand die Möglichkeit hat, in Großbritannien das 30fache zu verdienen, dann kann ihn niemand davon abhalten, die Familie auf diese Weise zu ernähren.<sup>3</sup> Bereits 2003 hieß es, dass 60 Prozent der litauischen MedizinstudentInnen weg wollten: „Viele unserer Ärzte werden ins benachbarte Skandinavien, nach England oder Deutschland auswandern“, zeigte sich Litauens Gesundheitsminister, Juozas Olekas, beim European Health Forum in Gast-ein (EFHG) besorgt.<sup>4</sup>

Solange die Bezahlung und Karrieremöglichkeiten für ÄrztInnen in den neuen Beitrittsländern sehr viel geringer sind als im restlichen Europa, wird wohl für manche der Zug nach Westen interessant erscheinen. Noch dazu, wo sich in vielen europäischen Ländern ein eklatanter Ärztemangel breit macht.

Auch für österreichische ÄrztInnen bieten sich dadurch neue Chancen in einem erweiterten Europa. Derzeit sind gerade deutsche Kliniken auf Medizinersuche in unserer Heimat unterwegs.<sup>4</sup> Im Rahmen dieser Konferenz stellte Dr. Reiner Brettenhaler – in seiner Funktion als Präsident des Dachverbandes der Europäischen Ärzte – fest, dass Wanderungsbewegungen in größerem Ausmaß nur zwischen sprachgleichen Ländern stattfinden. Die Sprache ist vor allem für medizinische Berufe eine große Barriere. Nur rund zwei bis drei Prozent der europäischen ÄrztInnen arbeiten nicht in ihrem eigenen Land. Die Zahl ist aber steigend.

### Einige weitere Beispiele <sup>5</sup>:

i) Im Dezember 2001 stellte die britische Regierung fest, dass das staatliche Gesundheitswesen für sein weiteres Funktionieren bis zum Jahr 2004 auf 8 000 bis 10 000 zusätzliche praktische ÄrztInnen angewiesen sein würde. Daraufhin begann eine Kampagne zur Anwerbung ausländischer Mediziner. Fast 20 Prozent der praktischen ÄrztInnen in Großbritannien stammen aus Asien.

<sup>3</sup> <http://www.oneworld.at/root/start.asp?ID=8088>

<sup>4</sup> Ärzte Woche, 17. Jahrgang Nr. 35, 2003

(<http://www.aerztewoche.at/viewArticleDetails.do?sessionid=B2744AED58EDED221CE8221AA2848D32?articleId=5145>)

<sup>5</sup> Dominique Frommel. Brain-Drain auf dem Gesundheitsmarkt - Fachkräfte verlassen die Entwicklungsländer. LE MONDE diplomatique 06.06.2002 (<http://www.eurozine.com/articles/2002-06-06-frommel-de.html>)

ii) Im Oktober 2000 stellte Irland 55 AnästhesistInnen aus Indien und Pakistan ein.

iii) Schweden, das Musterland der sozialen Fürsorge, hat vor kurzem mit dem Wildern auf fremdem Territorium begonnen und unter anderem 30 polnische ÄrztInnen eingestellt.

iv) 23 Prozent der MedizinerInnen in den Vereinigten Staaten haben ihre Ausbildung im Ausland absolviert.

v) In Frankreich arbeiten ungefähr 8 000 ÄrztInnen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben. 4.400 von ihnen haben außerhalb Europas studiert.

vi) In den arabischen Golfstaaten arbeiten etwas mehr als 20.000 Ärzte, die meisten stammen vom indischen Subkontinent.

vii) Simbabwe in den Neunzigerjahren 1.200 ÄrztInnen ausgebildet, von denen dann im Jahr 2000 nur noch 360 im Lande tätig waren.

viii) Die Hälfte aller in Äthiopien, Ghana und Sambia ausgebildeten ÄrztInnen sind ausgewandert.

- Die Abwanderung von ÄrztInnen hat nicht nur mit der Armut in ihren Herkunftsländern, mit Überlebensstrategien oder auch mit veränderten Verhaltensweisen zu tun:

Ausschlaggebend ist für viele MigrantInnen vor allem der Eindruck, dass andere Länder qualifizierten ÄrztInnen eine Lebensweise und berufliche Chancen eröffnen, die ihrem Wissen und ihren Fähigkeiten entsprechen. Hinzu kommt, neben anderen Faktoren, eine zunehmende Frustration im Beruf aufgrund schwerfälliger Bürokratien, verspäteter und niedriger Gehaltszahlung, Elitenklüngel oder beruflicher Isolation.

Die Gründe, die dazu führen, dass praktizierende ÄrztInnen die Lust verlieren, ihren Beruf im eigenen Land auszuüben, sind in der Tat vielschichtig. Einer davon wird oft verdrängt und betrifft den Norden ebenso wie den Süden: Er liegt in der anhaltenden Krise des medizinischen Denkens. Bewusst oder unbewusst begreifen ÄrztInnen sich nach wie vor als diejenigen, die „den Triumph der Medizin“ verkörpern und somit ebenso selbstverständlich wie zuverlässig Heilungserfolge vorweisen können. In vielen Fällen hat diese Vorstellung die Berufswahl geprägt.

Wenn es dann aber an den materiellen Voraussetzungen fehlt, um diesen Beruf auch angemessen ausüben zu können, wird das Ideal zur Illusion. Enttäuschung und Wut sind die Folge.<sup>5</sup>

- Ein Diskussionsteilnehmer zu einem rezenten Pressebericht, in dem die Ärzter-

treter der Medizinischen Universitäten Innsbruck, Wien und Graz den Personalmangel an den jeweiligen Uni-Kliniken beklagen, berichtet: *„die Univ. Kliniken haben die niedrigsten Gehälter aller Spitäler in Österreich. Also wer wundert sich, dass die Kollegen in andere Krankenhäuser gehen, wo sie besser verdienen. Als „Wissenschaftlicher Mitarbeiter“ der Med. Universität Innsbruck habe ich ein Netto-Grundgehalt von 1.400,00 Euro gehabt, obwohl abgeschlossener Turnus, bereits zwei Jahre Facharztausbildung im Hauptfach – das zählt alles NICHTS, man wird bezahlt wie ein Frischpromovierter! Nach Erlangen des Facharzt diplomes bin ich sofort in ein anderes Bundesland gegangen, wo ich als Oberarzt deutlich besser als an der Univ.Klinik verdiene. Jetzt muss ich Patienten betreuen, in Innsbruck noch zusätzlich Forschung und fallweise Lehre betreiben – für weniger Geld?!?!“<sup>6</sup>*

Ein anderer Diskussionsteilnehmer stellt fest: *„Anzumerken wäre noch der jedes Jahr dramatisch steigende Brain-Drain in die USA, nach Kanada, Australien und Neuseeland. Österreich ignoriert das logischerweise, aber in Deutschland belegen Studien, dass mittlerweile fast jeder 3. neue Akademiker (27%), der um teures Geld ausgebildet wurde, das Land verlässt. Die Gastländer freut es, in Neuseeland beschäftigt sich ein eigenes Ressort mit den ex-deutschen Neubürgern. Top ausgebildet, fleißig und verlässlich, Pensionssicherer wie man sie sich nur wünschen kann ...“*

Die „Brain-Drain“-Liste ließe sich noch beliebig fortsetzen, die Konsequenz ist aber klar:

AbsolventInnen österreichischer Medizinischer Universitäten werden Österreich verlassen, wenn sie woanders bessere Bedingungen vorfinden. Dies gilt nicht nur für deutsche StaatsbürgerInnen, sondern auch – in zunehmendem Maß – für die ÖsterreicherInnen selbst.

### Die Schlussfolgerungen sind ebenfalls klar:

1. Eine Quotierung zugunsten österreichischer Studierender kann das der Misere zugrunde liegende Problem auf Dauer nicht lösen.
2. Die Rahmenbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in Österreich müssen – drastisch – verbessert werden:

i) **Personal-Aufstockungen**, um dem Missstand, dass mehr als zehn Jahre nach Inkrafttreten des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes ÄrztInnen nach wie vor 70 bis 80 Wochenstunden arbeiten müssen.

ii) An Universitätskliniken – aber auch an anderen Krankenanstalten – **mehr Zeit um tatsächlich Forschung und Lehre betreiben zu können.**

iii) **Verbesserung der materiellen Voraussetzungen**, um den Beruf auch angemessen ausüben zu können.

---

<sup>6</sup> <http://oesterreich.orf.at/tirol/stories/192988/>

# Kollektivvertrag

## und Sonderbestimmungen für Medizinische Universitäten.

Von Martin Tiefenthaler.

Im Kollektivvertrag werden Mindeststandards festgelegt (siehe Block), nachdem das Übergangsdienstrecht (4-Säulenmodell) die denkbar schlechtesten Bedingungen versammelt hat und allgemein anerkannt wird, dass unter diesem sich die staatlichen Universitäten nicht weiter entwickeln können, weshalb als neue – alte Übergangsbasis das Vertragsbedienstetengesetz (VGB 1948) im UG 2002 als Basis festgelegt wurde.

Eine vom Zentrallausschuss der HochschullehrerInnen eingebrachte Klage wurde vom Obersten Gerichtshof dahingehend entschieden, dass das VBG im kompletten Rechtsbestand für die Verträge grundlegend war und nicht nur das Einstiegsgehalt regelte. Das Urteil legte aber auch fest, dass Vorrückungen und Karriereschemen aus dem VBG nicht abgeleitet werden können. Damit sind andere vertragliche Regelungen unverzichtbar. Es besteht der gesetzliche Auftrag, das bundeseinheitlich in einem Kollektivvertrag für alle 22 staatlichen Universitäten festzulegen.

Im Juni 2004 trat der Universitätslehrerverband in Linz zusammen und fasste Beschlüsse zum Kollektivvertrag (KV). Ein Modell mit Ein-, Zwei- und Dreisterne-ProfessorInnen für die Mittelbaukarriere wurde diskutiert. Am 01.04.2005 war ein Verhandlungsergebnis zum KV vorgelegen, das stark von diesen Zielen abwich. Im Zuge einer Solidarisierung der Medizinischen Universitäten haben wir Innsbrucker uns mit den Grazer und Wiener Betriebsräten getroffen und versucht, standortübergreifende gemeinsame Ziele zu formulieren und in der ersten Klausurtagung der Betriebsräte mit VertreterInnen des Verhandlungsteams, in dem Fall dem Vorsitzenden der Sektion HochschullehrerInnen der GÖD, Dr. Richard Kdolsky, diskutiert und unsere größten Bedenken betreffend des Karrieremodells angemeldet.

Kollektivvertrags Elemente, deren Vereinbarung nicht in Betriebsvereinbarungen erzwungen werden kann

- Gehaltsschema mit Vorrückungen
- Karrieremodelle
- Einstufungskriterien
- Kündigungsschutz
- Pensionskassenregelung über die gesetzliche betriebliche Pensionsversorgung (0,75%) hinaus.

Nachdem zum Zeitpunkt des 2. Betriebsrätetreffens der WIGMU (Wiener, Innsbrucker, Grazer Med. Unis) nach Rücksprache mit dem Verhandler Dr. Herbert Sassik diese im November 2005 noch nicht zu unserer Zufriedenheit ausgeräumt waren, wurden unsere Wünsche nochmals mit 01.12.2005 an das Verhandlungsteam der Gewerkschaft übermittelt.



Dr. Richard Kdolsky präsentiert den Stand der KV-Verhandlungen (WIGMU Mai 2005)

### Eckpunkte waren darin bereits:

ÄrztInnen und WissenschaftlerInnen in Ausbildung sollen in der Facharztausbildung Anrecht auf wissenschaftliche Tätigkeit haben,

- aliquote Vertragsverlängerung bei Teilzeitbeschäftigung,
- Mitsprache des Betriebsrats bei Besetzung der Laufbahnstellen,
- Gleiches Entgelt für Journaldienst von Teilzeitärzten/innen wie Vollzeitbeschäftigten, Übernahme der Arbeitnehmerschutzbestimmungen aus dem Arbeitsruhegesetz und Krankenanstaltenarbeitszeitgesetz und insbesondere
- eine 5-Tagewoche für Lehr- und klinische Tätigkeit,
- die Zulagen als prozentueller Anteil eines Grundbezugs.

Im Zuge dieser Solidarisierung war es dann auch von Herrn Dr. Kdolsky ein Anliegen, die Vorsitzenden der Betriebsräte der Medizinischen Universitäten bei den Einzelverhandlungen der Sonderbestimmungen der Medizinischen Universitäten beizuziehen, wo wir

persönlich oder in Vertretung an allen Teilverhandlungen teilnehmen.

Nicht verhandelbar war die Verankerung der Kinderbetreuung im KV als Gegenleistung für die Flexibilisierung der Arbeitszeit. Es wurde zwar kein Prozentsatz auf durchgehende Karrierestellen zuerkannt, aufgrund ärztegesetzlicher Vorgaben ist aber von einem Verhältnis 1:1 vom Facharzt zum Ausbildungsarzt in jedem Fall auszugehen und aufgrund des Kettenvertragsverbots eine durchgehende Anstellung für FachärztInnen an Universitäten vorzusehen. Im Zuge des Gleichheitsprinzips sind analoge Regelungen für die nicht-ärztlichen Bereiche der Medizin-Universitäten lokal einzufordern.

Zur Transparenz bei der Stellenvergabe und zum Leistungsansporn wurde - abgehend von der Ausschreibung als Laufbahnstelle - im KV für die Medizin-Universitäten ein Call-System eingeführt, in dem alles verfügbare Personal einer Organisationseinheit sich auf eine Karrierestelle bewerben kann und damit nach objektiven Leistungskriterien diese Karrierestelle vergeben werden soll. Das ist zuletzt ein Erfolg der gemeinsamen Verhandlungen mit Rektor Schütz.

In Diskussionen über den allgemeinen Teil des KV mit der Gewerkschaftsspitze wurde unmissverständlich ein Abgehen von einer 5-Tagewoche (Regelarbeitszeit) als unverhandelbare Grundbedingung formuliert und von den Anwesenden des Verhandlungsteams auch letztendlich dahingehend übernommen.

Noch in der vorliegenden Version vom April 2006 zum KV wurde die Post Doc-Laufbahn und eine 40-Stunden-Woche im Jahresschnitt mit darüber hinausgehender Abgeltung von darüber hinausgehender Lehre und klinischer Belastung als Überstunden mit Herrn Rektor

Prof. Dr. Rudolf G. Ardelt, dem Vorsitzenden des Dachverbands (verhandelt für die Rektorenkonferenz den Kollektivvertrag), zumindest mündlich vereinbart.

In der Diskussion über die Fixierung des jeweiligen Journaldienstentgeltes an das persönliche Grundentgelt war zu befürchten, dass die unterschiedliche Dienstbezahlung dann auch unterschiedliche Diensthäufigkeiten (zunehmende Mehrbelastung mit Journaldiensten für die kostengünstigste Gruppe) nach sich ziehen und damit den Betriebsfrieden stören würde. Deshalb haben wir uns letztendlich zur Gleichstellung von allen MitarbeiterInnen auf die Beibehaltung der Bezahlung der Journaldienste gemäß den bisherigen Regelungen für BeamtInnen und Vertragsbedienstete entschlossen. Ein wesentlicher Erfolg gelang bei Rufbereitschaften, die nun mit einem Fünftel der Journaldienste bezahlt werden sollen, wobei die Anwesenheit als Überstunden abzugelten ist. Damit sind die Rufbereitschaftsdienste von ihrer Bezahlung zu analogen Regelungen für Landesbedienstete in Niederösterreich oder Tirol vergleichbar.

Insgesamt haben wir somit wesentliche Ziele aus Innsbruck verwirklichen können, insbesondere deshalb, weil wir vorzeitig Kontakt auf interuniversitärer Ebene mit den Betriebsräten der Medizinischen Universitäten Graz und Wien aufgenommen haben und hier durch viel persönliches Engagement der Betriebsräte aus Innsbruck eine ausgezeichnete Vernetzung erreichten, die ein gutes Pendant zur Vernetzung der Rektoren und VizerektorInnen innerhalb der österreichischen Universitäten darstellen.

Leider gelang es nicht, diese Betriebsräte-Konferenzen analog zur Rektorenkonferenz durch das Ministerium finanzieren zu lassen.

## **Sonderklassehonorare – Gewinner und Verlierer**

### **Rechtssicherheit, Transparenz und Verteilungsgerechtigkeit blieben bei Verdoppelung der Hausanteile auf der Strecke.**

**Von Werner Streif.**

Die Ausgangssituation hat sich seit Jahren kaum verändert: Periphere öffentliche Krankenhäuser fahren millionenschwere Defizite ein. Ein Teil dieser Defizite wird durch die so genannten Sonderklassepatienten am LKI abgefangen, die eine Zusatzkrankenversicherung besitzen und zur ärztlichen Behand-

lung das LKI aufsuchen. Diese Beiträge tragen in Österreich zwischen 10 und 20% zur gesamten Krankenhausfinanzierung bei und unterstützen dadurch ganz wesentlich das teure Spitalswesen. Die Einhebung der Sonderklassegebühren erfolgt unabhängig voneinander für die „Hotelkomponente“ durch die TILAK

und für die ärztliche Leistung durch den/die honorarberechtigte/n Arzt/Ärztin. Die „Hotelkomponente“ wird durch die bessere Unterbringung und Verpflegung begründet.

Die Rechtsgrundlage für Honorarlegung ist der §41 des Tir KAG i. d. g. F.. Zur Honorarberechtigung ist ein Privatvertrag mit der TILAK notwendig, der einzelnen ÄrztInnen, zu meist LeiterInnen, zugestanden wird. Außer einer Berechtigung zur selbstständigen Berufsausübung (Facharzt) sind jedoch rechtlich keinerlei besondere Voraussetzungen für einen solchen Vertrag notwendig. Die Höhe der ärztlichen Honorare wird von jeweiligen Fachvertretern und der Österreichischen Ärztekammer mit den Versicherungsanbietern einmal jährlich ausverhandelt. Im Bereich des LKI fallen laut Rechnungshofbericht geschätzte 30 Millionen Euro pro Jahr ärztliche Honorare an. Die honorarberechtigten ÄrztInnen sind in einem Verein der Klinmed organisiert. Das Inkasso der Gelder erfolgt über eine private Firma in Wien.

Das bedeutet, dass jede/r im klinischen Bereich am LKI tätige Arzt/Ärztin durchschnittlich etwa 30.000,- € pro Jahr Zusatzeinkommen hat. Durchschnittlich geht es den ÄrztInnen am LKI damit überdurchschnittlich gut, erhalten sie doch durch die Honorare einen Geldwert von etwa 20 statt 14 Monatsgehältern pro Jahr.

**Falls Sie weniger als 30.000,- € pro Jahr „Poolgeld“ lukrieren, sind Sie Systemverlierer. Sie gehören zur Mehrheit. Willkommen im Club.**

In der Realität haben wir aber ein System, das einzelne Tätigkeiten und Fächer ganz unterschiedlich honoriert. Dadurch entstehen Systemgewinner und -verlierer.

### **Leistungsgerechte Honorarabschlüsse der einzelnen Fächer ?**

Ob klinisch tätige ÄrztInnen im Gesundheitssystem überhaupt noch ernst genommen werden, halte ich für fraglich. Die Ursache besteht meiner Meinung nach in der Auffassung, dass es sich bei der Behandlung von PatientInnen um eine rein technische, administrative respektive systemische Angelegenheit handle, und dass es ausreiche, ausgeklügelte Strukturen und Institutionen einzurichten und Normen, häufig in Form von Patientenpfaden und Leitlinien, auszuarbeiten.

Es ist also kein Wunder, dass im aktuellen Krankenhausbetrieb hochtechnische Leistun-

gen, wo der Patient nur eine Minute still liegen muss wie das Röntgen und indirekte Leistungen wie u .a. chemische, mikrobiologische und serologische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten, bei der häufig der Patient weder notwendig noch erwünscht ist, am besten honoriert sind. Die patientenzentrierte Grundidee der Sondergebührenklasse, die Wahl eines Vertrauensarztes, geht so in der Diskussion über die administrative und institutionelle Umsetzung unter, und was nur Mittel zum Zweck sein sollte, wird allmählich zum zentralen Thema aller Debatten.

Wenn sich die Ärzteschaft geschlossen auf die einfache Grundlage einigen würde, dass es sich um einen Vertrag zwischen Arzt und Patient handelt, der in erster Linie die unmittelbare Betreuung des Patienten umfasst, dann wäre es selbstverständlich, dass eine grundlegende Änderung herbeigeführt werden müsste. Diese Änderung bedürfte des Engagements aller ÄrztInnen.

### **Verteilungsgerechtigkeit?**

Viele honorarberechtigte ÄrztInnen haben über die Jahre diese einfache Vertragsbeziehung zwischen Arzt und Patient ganz unauffällig und oft aus freiem Willen aufgegeben oder vernachlässigt, einfach aufgrund der schier Größe von Einheiten und dem daraus resultierenden Verwaltungsaufwand und zu Gunsten höherer Einkünfte.

Die Einkommensschere zwischen angestellten ÄrztInnen unterschiedlicher hierarchischer Position ist in den letzten Jahren dramatisch aufgegangen: Geringe Entlohnung (1350,- € / Monat), kurze grundsätzlich befristete Verträge mit ausgeprägten Abhängigkeitsverhältnissen, Einschränkung der Nebenbeschäftigung, wirtschaftlicher Neoliberalismus am LKI und an der MUI haben ganz wesentlich dazu beigetragen.

Dadurch verzichten nachgeordnete Ärzte/innen resignierend gefangen in einem Gewirr aus Arbeitsüberlastung, Abhängigkeiten, Intransparenz und Versprechungen auf die Geltendmachung ihrer Rechte.

Wahrscheinlich fehlt der Wille, dieses Gewirr aufzulösen, solange der Betriebsfriede stabil scheint, ÄrztInnen bereit sind, nachgeordneten ÄrztInnen grenzenlose Selbstausbeutung zu „verordnen“ und Menschen steigende Versicherungsprämien für Krankenzusatzversicherungen in Kauf nehmen, die nur dazu verwendet werden, irgendwelche

finanzielle Löcher, beispielsweise über Hausanteile zu stopfen.

Um dieser erschreckenden Entwicklung, die zu einer unzureichenden Honorierung der kollektiven Mitarbeit der ÄrztInnen und missbräuchlichen Verwendung von ärztlichen Honoraren geführt hat, entgegenzuwirken, haben sich die Betriebsräte der MUI und TILAK mit Vertretern der Ärztekammern Anfang 2006 zusammengesetzt und ein gemeinsames Papier erarbeitet, das einerseits dem dringenden Regelbedarf genügen und andererseits den Rechtsanspruch der poolberechtigten ÄrztInnen durchzusetzen erlauben sollte:

Kernstücke sind verpflichtend gewählte Poolräte und eine transparente Abrechnung der Honorare sowie die Berücksichtigung der Anzahl der MitarbeiterInnen (<http://www.i-med.ac.at/betriebsrat1/news/2006051602.html>)

Dieses Papier beschränkt sich nicht darauf, Missstände anzuprangern, sondern zeigt konkrete Lösungsvorschläge einschließlich eines neuen Verteilungsvorschlages auf.

Ein Jahr später ist trotz des breiten Konsenses außer einigen leeren Verhandlungen praktisch nichts geschehen. Das nützt denen, die Systemgewinner sind, aber auch den Verwaltungen und Politiker, die dadurch leichtes Spiel mit uns ÄrztInnen haben.

Der Verfassungsgerichtshof hat das Wiener Gesetz zur Regelung der Honorare (Sonderklassegebühren) im März d. J. voll-ständig ausgehebelt, d.h. auch jene Verordnungen die bisher die Weitergabe von Poolgeldern an nachgeordnete ÄrztInnen betraf (<http://www.i-med.ac.at/betriebsrat1/info/vgh-urteil-sonderklassegebuehren-wien-3-07.pdf>).

Auch die Möglichkeit von bundesbediensteten ÄrztInnen Hausanteile zu verlangen, wird aus kompetenzrechtlichen Gründen als unrechtmäßig festgestellt. Dadurch ist wieder etwas Schwung in die Diskussion in Tirol gekommen, da in beiden Bundesländern vergleichbare Regelungen gelten resp. gegolten haben.

### Vorschläge liegen am Tisch

- Es muss anerkannt werden, dass Spitzenmedizin immer eine Teamleistung des LKI ist. Das bedeutet, dass ambulante und stationäre Honorare in den Pool eingebracht werden müssen, und dass alle ÄrztInnen leistungsabhängig beteiligt werden müssen.
- Die Anzahl der nachgeordneten ÄrztInnen muss in die Anteilsberechnungen eingehen.
- Die Festlegung von Leistungskriterien soll an allen Kliniken vergleichbar erfolgen.
- Nebenbeschäftigungen werden nicht einzeln genehmigt, sondern unterliegen klar nachvollziehbaren Vereinbarungen.
- Die Einrichtung und Anerkennung des Poolrates mit eigener Geschäftsordnung ist verpflichtend.
- Der Anspruch des Patienten auf freie Arztwahl wird anerkannt.

Noch ist Zeit, eine Lösung von ÄrztInnen für ÄrztInnen zu erarbeiten. Aber jedes weitere Zögern der „lucky winners“, Systemgewinner und Oligarchen macht eine durch die Politik verordnete Lösung wahrscheinlicher. Bodenlose Selbstüberschätzung und Egoismus Einzelner schaden dem ganzen ärztlichen Stand.

## Global- und Reisekostenbudget

### Mittelvergabe pro Habilitiertem gerechter, als pro berufenem Professor!

Von Reinhard Würzner.

Der Vorschlag des Rektors zur Mittelvergabe an die einzelnen Organisationseinheiten (in der Regel Sektionen) sieht einerseits ein Globalbudget vor, welches sich aus der Anzahl der berufenen Professoren errechnet, sowie leistungsbezogene LOM Anteile, wobei die Reisekosten zur Teilnahme der Mitarbeiter/innen an Fort- (z.B. Kongresse) und Weiterbildungsveranstaltungen (Kurse etc) laut diesem Vorschlag aus ersterem zu finanzieren sind. Dies hat folgende Auswirkungen:

Schon eine kleine bis mittlere Organisationseinheit mit z.B. einem berufenen Professor und vier (zum Teil habilitierten) AkademikerInnen, die alle jeweils nur eine nationale Fortbildung oder einen Kongress und nur einen internationalen Kongress pro Jahr besuchen, käme auf Zusatzkosten im fünfstelligen Bereich (5 x ((€ 200,- Reise, € 300,- Hotel, € 250,- Kongressgebühr) + (€ 500,- Reise, € 350,- Hotel, € 450,- Kongressgebühr))). Über diesen Betrag fallen auch Kosten für die FA-Ausbildung und Weiterbildung an, wo DFP-Punkte gesammelt

werden müssen. Größere Organisationseinheiten mit ebenfalls nur einem berufenen Professor, aber deutlich mehr Akademikern, bekommen exakt dasselbe Globalbudget bei jedoch fünfstelligen Mehrkosten. Dies benachteiligt größere Abteilungen eklatant und führt dazu, dass, selbst wenn man als Vortragender oder Chairperson zu einem Kongress geladen wird, man diese Einladung gegebenenfalls ausschlagen muss, weil die zuständige Organisationseinheit einer Finanzierung nicht zustimmt (besser: nicht zustimmen kann, weil einfach nicht genug Geld da ist).

Die vom Rektor vorgeschlagene Regelung kommt daher einer Amputation erstens der Fortbildung, zweitens der Weiterbildung und drittens der Auslandskontakte der MUI gleich! Einen stärkeren Rückwärtsgang auf dem Weg zu einer „Weltklasse-Universität“ kann man sich gar nicht vorstellen!

Die Globalbudget-Mittelvergabe pro berufenem Professor ist jedoch nicht nur wegen der Reisekosten problematisch, denn jede/r Mitarbeiter/in, nicht nur der akademische, verursacht zusätzlich „Overhead“-Kosten im Bereich Telefonie, Büromaterial, Kopierer, Literatur, Computer, Monitor, Drucker, Räume, Strom, Wasser etc. Hier macht es nun einen großen Unterschied, ob sich der/die berufene/n Professor/en mit vielen Mitarbeitern/innen aus diesem Topf bedienen muss/müssen, oder mit nur einigen wenigen.

Der Vorschlag des Rektors zielt sicher auch darauf ab, dass er leicht handhabbar und übersichtlich ist, da die Anzahl der berufenen Professoren/innen schnell erfasst werden kann. Obwohl es am gerechtesten wäre alle Mitarbeiter/innen, oder wenigstens alle akademischen Mitarbeiter/innen, in die Berechnungsformel einfließen zu lassen, sieht auch der BR1 die Notwendigkeit einer relativ übersichtlichen Administration und schlägt daher vor, die Anzahl der Habilitierten pro Organisationseinheit als Maß zu nehmen.

Zum einen wird der Großteil der Kosten (Reisekosten!) von dieser Gruppe generiert und zum anderen korreliert diese Zahl ja auch sehr viel besser mit der Gesamtanzahl der Mitarbeiter/innen, als die Anzahl der berufenen Professor/innen. Vom betriebswirtschaftlichen Standpunkt her ist eine Sektion mit nur einem/r berufenen Professor/in und vielen Habilitierten

sogar günstiger, als eine mit zwei oder drei berufenen Professor/innen und dementsprechend weniger nicht berufenen Habilitierten und müsste eigentlich belohnt werden.

Schließlich wurde, und wird sicher auch in der Zukunft, die eine oder andere Berufung einer/s Professorin/ Professors mit dem Hinweis auf die Qualität und Quantität der in der Organisationseinheit bereits vorhandenen nicht berufenen Habilitierten zurückgestellt. Eine solche Einheit käme, selbst wenn sie hervorragend publiziert und sehr gute Lehre macht, auf weniger Budget, als eine vergleichbare Einheit, wo die Professuren großzügiger besetzt wurden, weil die LOM-Zuwendungen dies in der Regel nicht auffangen können.

### **Die Vorschläge des BR:**

#### **1. Beibehaltung der Reisekostenkostenvergabe nach bisherigem Muster noch für heuer:**

Der BR hat bei einer turnusmäßigen Besprechung dem Rektor diese Punkte vorgebracht, und vorgeschlagen, das bisherige bewährte Verfahren der Reisekostenerstattung beizubehalten, nämlich mit Einreichung eines Abstracts oder Arbeitsprogramms. Magnifizienz konnte einer Beibehaltung der bisherigen Gepflogenheiten durchaus Positives abgewinnen, auch deshalb, weil ja über die Beilagen eine Evaluierung möglich ist. In dem Gespräch wurde daher in Aussicht gestellt, die separate Abwicklung des Reisebudgets außerhalb des Globalbudgets beizubehalten und zu versuchen ein Reisebudget beim Trialcenter einzurichten, um das von jeder/ jedem angesucht werden kann und welches dann kommissionell vergeben wird.

#### **2. Berechnung des Globalbudgets pro Habilitierter/m:**

Würde man die Anzahl der Habilitierten als Maß nehmen und das bisher über den Reisekostentopf ausgeschüttete Geld mit in dieses Globalbudget einfließen lassen, wäre ggf. eine separate Reisemittelvergabe (siehe Punkt 1) nicht unbedingt notwendig.

# Budget – LOM

Eine Groteske?

Von Ernst Werner.



Nach mehreren Evaluationen und Erhebungen bibliometrischer Daten in den vergangenen Jahren früher durch das Dekanat und nun durch das Rektorat ist nun erstmals eine Belohnung von Leistung in Form der leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM) implementiert worden. Leistungsorientierte Mittel gibt es für Publikationsleistungen, Drittmittelwerbung und Lehrleistungen.

Ich finde diese Entwicklung sehr begrüßenswert, es schlägt sich nun in der Mittelverteilung nieder, wie viel wo geleistet wird. Die Berechnung der LOM Drittmittel finde ich gut (siehe dazu <http://fld.i-med.ac.at/fld-prod/public/list.cgi?w=lomall&y=2007>).

An der LOM Lehre wird noch gebastelt und der erste zirkulierte Vorschlag wird sicher noch verbessert werden. Leider ist jedoch in der Berechnung der LOM Publikationen ein System entwickelt worden, das dem Anspruch, Leistung zu belohnen, nicht entspricht.

Man mag über viele Details debattieren, ob es richtig sei, Impactfaktoren zu korrigieren oder Impactfaktoren mit Zitationen zu multiplizieren, usw.. Ein Element in der jetzigen Qualitätsberechnung ist aber meiner Ansicht nach klar systemwidrig und ungerecht, die Beurteilung der Qualität der Publikationsleistung einer Organisationseinheit nach dem Durchschnitt bibliometrischer Daten. Diese Schwäche führt zu der grotesken Situation, dass je mehr eine Einheit zusätzlich zu Spitzenleistungen publiziert, umso schwächer wird ihre Publikationsqualität und damit ihre publikatorische Leistung insgesamt bewertet.

Sie wird also de facto für die weiteren Publikationen bestraft, da der Zugewinn an Quantität den Verlust an der in der jetzt praktizierten Form berechneten "Qualität" bei weitem nicht wettmachen kann. In der von der Abteilung für Evaluation und Qualitätsmanagement im Intranet veröffentlichten Liste LOM Publikationen 2007 (<http://fld.i-med.ac.at/fld-prod/public/list.cgi?w=lomall&y=2007>) sieht man, dass z.B. eine Einheit mit 5 Publikationen und 83 Zitationen um die Hälfte mehr LOM Publikations-

punkte bekommt als eine andere Einheit mit 1585 Zitationen im gleichen Zeitraum, die mit einer einzigen der 151 Publikationen schon 130 Zitationen erreicht. Pro Zitation wird an die eine Einheit also immerhin achtundzwanzig (!) mal mehr LOM Geld als an die andere ausgeschüttet.

Selbst beim Vergleich von Sektionen innerhalb eines Departments besteht nach der Anwendung des jetzt praktizierten Berechnungsschlüssels keinerlei (!) Korrelation der berechneten LOM Publikationszahl mit den bibliometrischen Ausgangsdaten (kumulative Zitationen oder Impactfaktorpunkte) der Sektionen. Durch die erwähnte Durchschnittsberechnung ergibt sich auch eine andere Groteske, nämlich dass bei Teilung einer Organisationseinheit die Publikationsleistung der Teile in Summe sogar unverhältnismäßig höher sein könnten als die der ungeteilten gemeinsamen Einheit, obwohl der Teil natürlich weniger Publikationen aufweist. Zusammenlegungen könnten paradoxerweise unter Umständen sogar zu einem Verlust an LOM Publikationswertung führen, da der höhere Durchschnittswert der "besseren" Einheit von der anderen gedrückt werden könnte, obwohl natürlich zusammen mehr publiziert wurde als von den Einheiten einzeln.

Eine Beibehaltung des jetzigen Systems würde daher ein starkes Motiv für die Aufsplitterung größerer Einheiten in möglichst kleine Grüppchen abgeben, was nicht beabsichtigt sein kann.

Eine Änderung der Berechnung der LOM Publikationen ist also dringendst nötig. Das System muss kumulativ sein und darf keine Durchschnittsberechnung enthalten.

Bei allem Verständnis für die durch die Zeitknappheit erforderliche Beibehaltung des alten LOM Publikationsberechnungsschlüssels für 2007 erwarte ich nun die Umsetzung eines gerechteren, kumulativen Systems spätestens im Herbst 2007, sodass mit 2008 tatsächlich Leistungsanreize auch durch LOM Publikationen möglich sind.

Richtig fände ich auch, wie vom Rektor in seinem Schreiben an die Leiter der Organisationseinheiten angekündigt, wenn derart kumu-

lativ berechnete Leistungen mit den von der Universität der entsprechenden Einheit zur Verfügung gestellten Ressourcen in Beziehung gesetzt würden und die Mittelvergabe dann nach dem Ergebnis dieses Vergleiches erfolgte.

### **Zusatz von Reinhard Würzner:**

Außerdem ist das jetzige Modell nachwuchsförderungsfeindlich. Es wird zum Teil leider jetzt schon den jungen Nachwuchswissenschaftlern mitgeteilt, dass sie mit den Daten z.B. ihrer Doktorarbeit keine eigene Publikation in einem Mittelklasse-Journal einreichen dürfen, weil diese Daten für eine Publikation in

einem höherklassigen Journal mit einer größeren Anzahl von Autoren benötigt werden, weil nur so ein hoher Impactfaktor-Durchschnittswert resultiert.

Zudem ist es ein Anachronismus, wenn man der Aufforderung nachkommt, z.B. einen Bericht über die Epidemiologie von Meningokokken in Österreich für die Wiener Medizinische Wochenschrift zu schreiben, einer wichtigen gesundheitspolitischen Aufgabe, zu der wir ja auch verpflichtet sind, und man für diese Publikation dann bestraft wird, da diese den Impactfaktor-Durchschnitt natürlich erheblich senkt.

## BR1 – Büro

### **Infrastruktur.**

**Von Karin Sattler.**

Das Büro des Betriebsrats des wissenschaftlichen Personals (BR1) ist nicht nur die „Zentrale“ für den internen Informationsfluss der 13 BR-Hauptmitglieder, 11 Ersatzmitglieder und eines kooptierten BR-Mitglieds, sondern auch die erste Anlaufstelle für alle Anfragen von Seiten der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Medizinischen Universität Innsbruck.

Der Erstkontakt der MitarbeiterInnen zum Betriebsrat für Auskünfte oder arbeitsrechtliche Anliegen erfolgt großteils per Telefon (an die 20 Telefonate pro Tag). Im Schnitt erreichen uns pro Monat zusätzlich zu den telefonischen Kontaktaufnahmen ebensoviele e-mail-Anfragen bzw. Ansuchen um Rechtsvertretung. Insgesamt umfasst die nun zweijährige Administration des BR1-Büros an die 1300 Posteingänge, 1600 Postausgänge (sprich Beantwortungen per e-mail oder Post) und viele volle Aktenordner mit Unterlagen zu Personalvertretungsangelegenheiten, Besprechungsprotokollen, Vereinbarungen, Sitzungen, etc.

Bei diesem Umfang an Dokumentations- und Verwaltungsmaterial in nur 2 Jahren BR-Tätigkeit verwundert es mitunter, dass der BR1 bislang über nur einen einzigen Raum verfügt hat, der gleichzeitig als Geschäftsstelle, Büro des BR-Vorsitzenden, Schreibzimmer, Servicestelle und Besprechungsraum dient/diente. Die tägliche Arbeit des Sekretariats und der BR-Mitglieder ist dadurch immer wieder erschwert worden, gerade, wenn persönliche Beratungsgespräche durchgeführt wurden und im gleichen Raum zeitgleich die Ausgabe von Gut-

scheinen, ÖBB-Karten etc. erfolgen sollte. Im Juli 2007 wurde Raum 2-U1-123 im Keller des Gebäudes Alte Innere Medizin seitens der TILAK (als Bittleihe) zur Verfügung gestellt. Wir hoffen, dass damit zukünftig eine adäquate Betreuung und Gespräche auch in der nötigen Diskretion stattfinden können, v. a. auch im Interesse unserer „KundInnen“.

Betreffend der MitarbeiterInnen-Aktionen (ÖBB-Businesscard, Sauna-Bäder-Wertkarten, Leokinokarten, div. Impfkationen-Förderungen) entsteht dem BR1 im Schnitt ein monatlicher Finanzaufwand von ca. 2000,- Euro, wobei regelmäßig ein Teil dieser Summe über Abbuchungsaufträge bzw. Bareinzahlungen zurückfließt, was in etwa 30 durchzuführenden Banktransaktionen pro Monat entspricht.

Seit Bestehen des BR1 im Mai 2005 haben 30 reguläre (monatliche) BR-Sitzungen und 4 außerordentliche Sitzungen stattgefunden. Die dazu geführten Protokolle sind im BR-Büro archiviert.

Weitere rein administrative Aufgaben des Betriebsrats sind die eingehende Prüfung der Dienstzeitregelungen, die Gewährung der Strahlengefährdungs- bzw. Infektionszulagen und die Kontrolle bei Kündigung durch den Arbeitgeber oder bei Entlassungen.

Jede Menge Vorarbeit steckt auch hinter der Organisation von Großveranstaltungen (wie WIGMU, Fortbildungen zum KA-AZG, OM-Schulungen, Robotrec-Schulungen, § 34 - Ärztevertreterwahlen), nicht nur für uns Mitarbeiterinnen des BR-Büros, sondern auch für

die BR-Mitglieder, die diese Aufgaben NEBEN ihrer beruflichen Tätigkeit als Arzt/ Ärztin ehrenamtlich erledigen.

Der Betriebsrat setzt sich jedoch nicht nur für die Interessen der bereits angestellten MitarbeiterInnen ein, sondern versucht mit Betriebsvereinbarungen und dergleichen auch, die Arbeitsplätze für zukünftige MitarbeiterInnen der Medizinischen Universität attraktiv zu gestalten. Insbesondere ist hier auch das Mitspracherecht des Betriebsrats bei der Ausschreibung von Stellen zu erwähnen: Vor der offiziellen Stellenausschreibung macht der Betriebsrat von seinem Einspruchsrecht Gebrauch und kann so, welcher Art auch immer, diskriminierenden bzw. möglicherweise unkorrekten Ausschreibungen einen Riegel vorschieben. So wurden vom BR 1 in den letzten 2 Jahren von hunderten von Ausschreibungen 20 erfolgreich beeinsprucht und von der MUI in adaptierter Form veröffentlicht.

Mit dem aktuellen Exemplar ist nun die 10. Ausgabe der BR1-Zeitung erschienen, im Schnitt gibt es jeweils 1x pro Quartal eine BR1-Zeitung, in der die wichtigsten Themen zusammengefasst nachgelesen werden können (<http://www.i-med.ac.at/betriebsrat1/zeitung/>).

Bei aktuellen Anlässen erfolgt die Information der wissenschaftlichen MitarbeiterInnen auch zukünftig rasch und für jedermann/frau abrufbar über e-mail-Newsletter. Außerdem stellt der BR1 auf seiner Homepage alle bereits publizierten Informationen zur Verfügung.

Über Wünsche und Anregungen zu weiteren MitarbeiterInnen-Aktionen freuen wir uns, ebenso über konstruktive Kritik, die uns hilft, noch mehr bzw. adäquate Serviceleistungen für Sie anzubieten.

Kontaktieren Sie uns unter [betriebsrat-1-med@i-med.ac.at](mailto:betriebsrat-1-med@i-med.ac.at) oder 504-25858!

Ihr BR1-Sekretariat.



Doris Sommeregger

Karin Sattler

## Anhang Artikel WIGMU:

### **RESOLUTION DER UNIVERSITÄTSÄRZTINNEN UND -ÄRZTE Betriebsrätekonzferenz der Medizinischen Universitäten Wien, Innsbruck und Graz**

Die PersonalvertreterInnen von 5.000 WissenschaftlerInnen trafen sich am 10. und 11. Mai 2007, um die Zukunft der Unis mit ExpertInnen des Gesundheitssystems und des Wissenschaftsbereichs sowie mit den Nationalratsabgeordneten Sabine Oberhauser (SPÖ), Gertrude Brinek (ÖVP), Kurt Grünwald (Grüne) und Martin Graf (F) zu erörtern.

#### **Die Betriebsräte stellen fest:**

- Mehr als 10 Jahre nach Inkrafttreten des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes arbeiten ÄrztInnen in Universitätskliniken noch immer 70-80 Wochenstunden. Dies wird durch Arbeitszeitaufzeichnungen der Medizinischen Universitäten Österreichs umfangreich belegt. Nach wie vor werden diese Übertretungen an Kliniken nicht bestraft. Auch ein unbedingt notwendiger Kollektivvertrag für Hochschul-lehrerInnen fehlt seit 2004.
- Die Kosten des Kollektivvertrages sind bis Ende 2008 nicht budgetiert.
- Es ist bereits heute schwierig, in vielen Fächern genug qualifizierte Ärztinnen und Ärzte

sowie WissenschaftlerInnen zu finden und diese auch in Österreich zu halten.

- International kompetitive Gehälter sind eine Illusion.
- Für SpitzenmedizinerInnen gibt es ohne Kollektivvertrag keine sicheren Karrierechancen.

#### **Wir fordern daher:**

- Gesetzeskonforme Arbeitszeiten zum Schutz der PatientInnen und MitarbeiterInnen.
- Einen Kollektivvertrag mit leistungsgerechter, international vergleichbarer, fairer Bezahlung.
- Österreichweit ein durchgängiges und attraktives Karrieremodell.

#### Die Vorsitzenden der Betriebsräte:

Thomas Szekeres, Medizinische Universität Wien  
Martin Tiefenthaler, Medizinische Universität Innsbruck  
Gerhard Schuhmann, Medizinische Universität Graz

(APA Presseausendung v. 11.05.2007)



**BTV Pro Med**

## **BTV I-MED ZERO. KEINE KOSTEN, VIEL LEISTUNG.**

Leidet Ihre aktuelle Kontoverbindung unter einer Kostenbelastung? Dann empfehlen wir den Behandlungspfad von BTV Pro Med. Diese Methode eignet sich für alle MitarbeiterInnen der MUI, ist absolut schmerzfrei und amputiert sämtliche Kontoführungskosten. Positive Nebenwirkungen dank gebührenfreier Kreditkarte(n) und gratis ONLINE-Banking inklusive Security Card sind evident. MedizinerInnen kommen noch in den Genuss der Absicherung variabler Gehaltsbestandteile.

Infos unter [http://www.i-med.ac.at/betriebsrat1/service/sonderkonditionen\\_rabatte.html](http://www.i-med.ac.at/betriebsrat1/service/sonderkonditionen_rabatte.html)

Wir freuen uns auf Sie! BTV Pro Med 05 05 333-1184, ProMed@btv.at

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

**BTV**  
3Banken Gruppe

## Der Betriebsrat des wiss. Personals an der Medizinischen Universität Innsbruck:

### Vorsitzender:

Martin Tiefenthaler

### 1. Stellvertreter:

Werner Streif

### 2. Stellvertreter:

Andreas Neher

### Betriebsräte/innen (Stand: 10.07.2007)

Erich Brenner

Barbara Friesenecker

Michael Joannidis

Ursula Kiechl-Kohlendorfer

Robert Koch

Thomas Luger

Arne-Wulf Scholtz

Eveline Schretter-Irschick

Reinhard Stauder

Thomas Rettenbacher

### In Funktion getretene Ersatzmitglieder:

Anna Maria Derler

Florian Deisenhammer

Lilly Speicher

Tonja Sauper

Manfred Herold

Reinhold Würzner

Elisabeth Steichen-Gersdorf

Josef Margreiter

### Ehemalige Betriebsräte/innen:

Alexander De Vries

Gottfried Gruber

Margarethe Hochleitner

Thaddäus Gotwald

Cornelia Lass-Flörl

Angelika Lercher

Siegfried Wanner

Robert Zimmermann

### Kooptiertes Betriebsratsmitglied:

Jörg Ingolf Stein

### Sekretariat:

Doris Sommeregger, Karin Sattler

### So finden Sie uns:

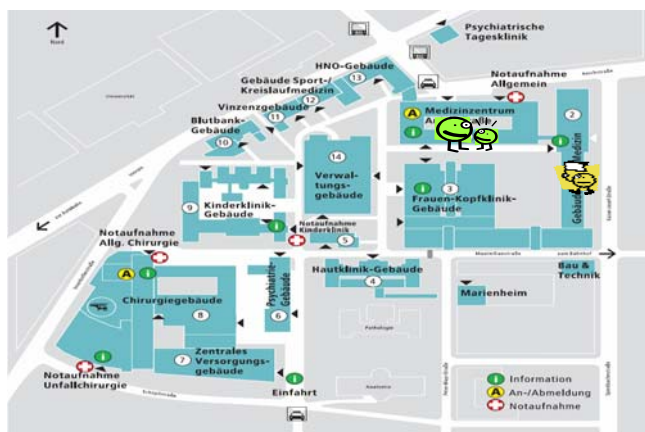
BR 1 - Sekretariat im Gebäude Alte Innere Medizin, 1. Stock

Adresse: Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck

Telefon: 0512-504-25858

e-mail: [Betriebsrat-1-med@i-med.ac.at](mailto:Betriebsrat-1-med@i-med.ac.at)

Homepage: <http://www.i-med.ac.at/betriebsrat1/>



Parteienverkehr: MO – DO: 9:00 – 16:00 Uhr  
FR: 9:00 – 12:30 Uhr



BR1 Versammlungsraum im MZA  
C105/ 4. Stock



BR Sekretariat im Gebäude  
Alte Innere Medizin, 1. Stock

### Impressum:

### Redaktionskommittee:

Martin Tiefenthaler, Barbara Friesenecker, Thomas J. Luger, Werner Streif,  
Karin Sattler (Layout), Doris Sommeregger (Layout)

Für den Inhalt verantwortlich: A. Univ.-Prof. Dr. Martin Tiefenthaler, Vorsitzender des BR 1  
Betriebsrat für das wissenschaftliche Personal der Medizinischen Universität Innsbruck  
Anichstraße 35, 6020 Innsbruck, Austria