

Dr. Thomas Holzgruber

Kammeramtsdirektor der Ärztekammer für Wien

Neue Formen der ärztlichen Zusammenarbeit

Was in Zukunft gelöst werden muss

1. Einleitung	22
2. Gesetzliche Weiterentwicklung bestehender Strukturen	23
3. (Gesamt-)vertragliche Maßnahmen	32
4. Versorgung unbesetzter Kassenstellen	41
5. Zusammenfassung	44

Betrachtet man die Entwicklung der kassenärztlichen Versorgung der letzten Jahrzehnte, so ist festzustellen, dass trotz einer wachsenden Zahl an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten die kassenärztliche Versorgung stagniert bzw. sogar viele Kassenarztstellen nicht besetzt werden können.

1. Einleitung

In der Politik und in Teilen der Ärzteschaft glaubt man diesem Problem durch neue Zusammenarbeitsformen begegnen zu können. Während die Ärzteschaft mit ihren Ideen nach jahrzehntelangem Bemühen wie bei der Anstellung von Ärzten bei Ärzten durchaus Erfolge im Innovationsmanagement hat, versucht sich die Politik in einer „Primärversorgungshysterie“, die zwar gut gemeint ist, aber weder der Schlüssel zur Verbesserung der Zusammenarbeitsformen ist noch eine flächen-deckende Versorgung sicherstellen kann. Wenn, wie der RSG Wien von 800 Kassenplanstellen, man bis 2025 nur 108 Planstellen (gerechnet 36 PVE; 13,5 % aller Planstellen) in PVE umwandeln will, dann zeigt dies, dass nicht einmal die Politik an das Projekt PVE in der Breite der Versorgung glaubt.

Wenn dazu noch eine medizinische Entwicklung kommt, die in der Medizin mehr ambulante Behandlungsmöglichkeiten schafft, in den Spitälern seit Jahren Ressourcen zurückgefahren werden und immer neue Spezialbehandlungsangebote ambulant geschaffen werden müssen, die tatsächlich nur punktuell und ohne großen Plan entstehen, zeigt das auch, warum immer mehr Patientinnen und Patienten in der kassenärztlichen Versorgung kein Behandlungsangebot finden. Die Einführung der Kinder- und Jugendpsychiatrie war ein jahrzehntelanges, keineswegs abgeschlossenes Ringen zwischen Kassen und Kammer, in der Nuklearmedizin sind erstmals Stellen in Wien mit 2022 geschaffen worden und Strahlentherapie extramural ambulant gibt es nur privat und die Kassen verweigern den Kostenrückersatz. Multicolore Gruppenpraxen (Gruppenpraxen mit Gesellschafter unterschiedlicher medizinischer Fachrichtung) verhindert das ASVG, indem man Honorierungsregelungen ins Gesetz aufgenommen hat, was besser in den Händen der Gesamtvertragsparteien läge.

Dass die Finanzierungsregelungen zwischen Ländern und Kassen eine versorgungspolitische Katastrophe sind, weil die Länder Geld gewinnen, wenn Leistungen extramural erbracht werden, und die Kassen, wenn Patienten intramural behandelt werden, ist schon dutzende Male bedauert worden, aber diesen gordischen Knoten der österreichischen Gesundheitspolitik hat noch niemand zerschlagen können.

Unter Beachtung dieser Prämissen und der Unfähigkeit der Zielsteuerungspartner Bund, Länder und Kassen, strukturierte Innovationen zur ambulanten ärztlichen Versorgung auf den Weg zu bringen, hat die niedergelassene Ärzteschaft im Rahmen der Bundeskurie niedergelassene Ärzte der Österreichischen Ärztekammer eine Reformagenda zusammengestellt, die hier auszugsweise, skizzenhaft dargestellt wird.

2. Gesetzliche Weiterentwicklung bestehender Strukturen

2.1. Weiterentwicklung der Gruppenpraxen

Die Gruppenpraxenentwicklung hat genau das Tempo, das Ärztevertreter vorausgesagt haben. Es war immer grob unrealistisch, dass diese Gruppenpraxen sofort die gesamte Versorgung übernehmen. In Wien arbeiten 323 Gesellschafterinnen und Gesellschafter in 121 Gruppenpraxen und haben damit einen Gesamtversorgungsanteil von 20 %, Tendenz steigend.

Die Rechtsform sollte weiter selbstständig berufsberechtigten Ärztinnen und Ärzten vorbehalten bleiben, aber in jeder Rechtsform mit eigener Rechtspersönlichkeit geführt werden, ausgenommen Aktiengesellschaften. Die Geschäftsführungs- und Vertretungsbefugnis in einer Gruppenpraxis sollte den Ärzten oder angestellten nicht ärztlichen Fremdgeschäftsführern, die nicht Gesellschafter sein dürfen und keine Vertretungsbefugnis in allen medizinischen, ärztlichen Belangen haben (z.B. Behandlungsverträge), übertragen werden können.

Zudem sollte man Arbeitsgesellschafter auch offiziell als eine Beteiligungsvariante zulassen und auch auf den Stellenplan anrechnen, allerdings soll jeder Gesellschafter weiterhin maßgeblich an der GP mitarbeiten. Die Anstellung des geschäftsführenden Arztes sollte endlich ermöglicht werden.

Die im Ärztegesetz vorgesehene Verpflichtung zur Aufnahme des Namens eines ärztlichen Gesellschafters in die Firma der Gruppenpraxis ist zu streichen. Diese Bestimmung stammt aus einer Zeit, in der es nur zwei bis drei Gesellschafter in einer Gruppenpraxis gab. Mittlerweile zeigt sich im Zusammenhang mit dem Zusammenschluss von Diagnostikern, aber auch durch die Gründung der PVEs, die Tendenz zu wesentlich größeren Gruppenpraxen, bei denen es schwierig ist, sich entweder auf einzelne Namen zu einigen oder alle Namen anzuführen. Außerdem soll es für ganz Österreich ein Regulativ geben, in dem Vorgaben für die Firma einer Gruppenpraxis, insbesondere hinsichtlich fachlich medizinischer und regionaler Bezeichnungen, festgehalten werden sollen

Transistorische Modelle sollten etabliert werden können, z.B.:

- vorübergehendes Halten von Kapital durch Nicht-Ärzte (siehe § 12 Abs. 2 Z 2 ApoG) bzw. befristeter Verbleib von ausscheidenden Gesellschaftern im Sinne

von Fremdkapital (Earn-Out-Modell). In solchen Fall hätte Junggesellschafter folgende Möglichkeit: Altgesellschafter bleibt für fünf bis zehn Jahre in Gesellschaft – in dieser Zeit erwirbt der Junggesellschafter Anteile.

- Recht des neu einsteigenden Arztes: Anstellung des Neugesellschafter für z.B. fünf Jahre und danach Übergang in die Gesellschafterstellung.

All das wären sinnvolle Weiterentwicklungen, um die Gruppenpraxen noch mehr zu fördern.

2.1.1. Fremdbeteiligung: Sonderregelungen für Gruppenpraxen Radiologie und Labor

Innerhalb der Ärzteschaft gab es schon lange Diskussionen zur Frage der Fremdbeteiligung an Gruppenpraxen. Vor allem in Fächern mit sehr hohen Umsätzen, weil hohem Technisierungsgrad, wird es für junge Ärztinnen und Ärzte immer schwieriger, das Kapital zum Eintritt in die Gruppenpraxis aufzubringen. Gleichzeitig ist aber immer mehr wirtschaftliches Wissen notwendig, um diese Gruppenpraxen zu führen.

Da z.B. Radiologie oder Labormedizin aber de facto nur mehr in Gruppenpraxen ausgeübt werden kann, wird vorgeschlagen, eine Fremdbeteiligung von bis zu x % (< 50 %) auch Nicht-Ärzt*innen eingeschränkt auf diese Fächer zu eröffnen.

Das System kann aber nur ohne ungewollte Beeinflussungen funktionieren, wenn man bestimmte Personen- bzw. Unternehmensgruppen bei der Beteiligung ausschließt; gleiches gilt für Gesellschaften, an denen diese Personen/Unternehmen beteiligt sind:

- Apotheker und andere Gesundheitsberufe mit denen freiberuflich zusammengearbeitet werden kann,
- andere Ärzte, sofern sie nicht mitarbeitende Gesellschafter sind,
- Pharmaindustrie, Pharmagroßhandel, Medizinprodukteindustrie, Arztsoftwarehersteller, Arztbewertungsplattformen, Krankenversicherungen und Eigentümer von bettenführenden Krankenanstalten

Es sollte klar sein, dass Zuweiser, Zulieferer oder sonstige Dritte, die an der Gruppenpraxis eigenes Interesse haben, sich nicht beteiligen können sollten, damit der Fokus der Gruppenpraxis nicht weg vom Patienten zum Gesellschafter gewendet wird.

Zusätzlich muss es ein Verbot von Treuhandverträgen und sonstigen Umsatzbeteiligungen geben, ein Verbot und Nichtigerklärung von Umgehungsgeschäften und dem Verfall der Beteiligung des Dritten.

Weiters wäre eine kartellrechtliche Beteiligungsgrenze von 3 % österreichweit einzuführen, d.h., dass die Beteiligung einer Person/eines Unternehmens bei nicht mehr als 3 % aller Gruppenpraxen im jeweiligen Fachgebiet zulässig ist. Diese kartellrechtliche Schranke ist extrem wichtig, da sonst ein Anbieter den gesamten Markt oder zumindest regionale Märkte beherrschen könnte, was die Ärzteschaft nicht will und auch von der Politik nicht gewollt sein kann. Zur Umsetzung bedarf es der Überprüfung einer Genehmigung der Beteiligung und jeder Änderung der Beteiligungsanteile durch einen Regulator (z.B. Österreichische Ärztekammer), bei Verweigerung wäre ein Rechtszug an das OLG Wien als Kartellgericht vorzusehen.

Selbstverständlich wären Gruppenpraxen mit Beteiligung von Nicht-Ärzt*innen gesamtvertraglich so zu behandeln wie andere Gruppenpraxen, d.h., der ärztliche Gesamtvertrag würde weiter Geltung haben, weil ja nach wie vor Ärzt*innen die Mehrheit haben.

Mit der Fremdbeteiligung von Gruppenpraxen wird der Realität Tribut gezollt. Labormedizinische und radiologische Gruppenpraxen sind heutzutage Großbetriebe, wo für einen guten Erfolg für alle Beteiligten medizinisches Know-how mit wirtschaftlichem zusammengeführt werden muss, aber klar unter dem Primat der Medizin, da schließlich die Gruppenpraxis die Versorgung der Patienten und Patientinnen im Fokus haben muss.

Selbstverständlich kann man das auch für die eine oder andere Gruppenpraxis in einem anderen Fachgebiet behaupten; allerdings ist der Schritt so groß, dass man innerhalb der Ärzteschaft der Meinung war, man solle die Möglichkeit des Fremd(Co-)besitzes vorerst auf Radiologie und Labor einschränken, auch um Erfahrungen zu sammeln.

2.2. Weiterentwicklung der Anstellung von Ärzten bei Ärzten

Die Anstellung von Ärzten bei Ärzten kann man wirklich als ein innovatives Erfolgsmodell bezeichnen. Nachdem erst mit 2020 die gesetzlichen und gesamtvertraglichen Regelungen in Kraft getreten sind, zeigen die Zahlen in Wien (allein in Wien gab es 2021 bereits 50 Anträge um Anstellung), dass diese Form der

Zusammenarbeit in der kassenärztlichen Versorgung trotz Pandemie voll eingeschlagen hat.

Trotzdem zeigen die ersten Jahre auch, dass noch mehr möglich wäre, weshalb man auch in diesem Bereich eine weitere Liberalisierung im Ärztereht vorschlägt.

- Einzelordinationen dürfen bis zu drei (statt einem) Vollzeitäquivalenten (VZÄ) Ärzt*innen anstellen.
- Gruppenpraxen dürfen bis zu sechs (statt zwei) VZÄ Ärzt*innen anstellen.
- Keine Beschränkung der Anzahl der teilzeitbeschäftigten Ärzte gemäß den vorangegangenen Punkten.
- Ärzte, die in den nächsten fünf Jahren in eine Gesellschafterstellung nachrücken, werden im Stellenplan nicht angerechnet.
- Anrechnung von Arbeitsgesellschaftern bei Gruppenpraxen als ein VZÄ im Stellenplan.
- Klarstellung, dass Anstellung von fachfremden Ärzten in Ordinationen und Gruppenpraxen (z.B. Facharzt für Innere Medizin stellt Facharzt für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie für die Durchführung von Endoskopien [Gastroskopie, Koloskopie] an; Arzt für Allgemeinmedizin stellt Facharzt für Innere Medizin für spezifische Untersuchungen [z.B. Ultraschall] an) möglich ist, wenn damit keine Ausweitung der Berufsberechtigung für die Ordinationsstätte verbunden ist. Zusätzlich soll es die Möglichkeit der Anstellung eines fachgebietserweiternden Arztes geben, wenn damit die Erbringung gemeinsamer Leistungen ermöglicht wird (Chirurg stellt Anästhesist an).

Auch wenn es den Puristen der Freiberuflichkeit nicht gefallen mag, viele Ärzt*innen wollen als angestellte Ärzt*innen arbeiten, wobei, so wie in anderen freien Berufen, die Tätigkeit als Angestellter bei einem Freiberufler in sehr vielen Fällen als Einstieg zum Umstieg in die eigene Freiberuflichkeit zu betrachten ist. Als angestellter Spitalsarzt ist es logisch, dass man sich nicht vorstellen kann, so einen Betrieb selbst zu führen. Als angestellter Arzt in einer Ordination ist der Zugang diesbezüglich komplett anders, weshalb die Tätigkeit als angestellter Arzt in einer Ordination in vielen Fällen als Vorstufe für die eigene Selbstständigkeit zu sehen ist.

2.3. Weiterentwicklung des Vertretungsrechts

Die häufigste und damit am meisten unterschätzte Zusammenarbeitsform zwischen Ärzt*innen ist das Instrument der Vertretung. Es funktioniert seit Jahrzehnten friktionsfrei und geht deshalb in der Zusammenarbeitsdiskussion scheinbar unter.

Hier wäre es analog zur Anstellung notwendig, dass Vertretungen in Ordinationen und Gruppenpraxen auch durch fachfremde Ärzte erfolgen können; natürlich nur im Rahmen der Berufsberechtigung des Ordinationsinhabers (z.B. Facharzt für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie lässt sich bei der Durchführung von Endoskopien [Gastroskopie, Koloskopie] durch einen Facharzt für Innere Medizin vertreten).

Auch über eine verbesserte Honorierung von Vertretungen durch die Sozialversicherung wird man reden müssen. Man könnte z.B. an das bestehende Modell in Salzburg anknüpfen, wo es für Behandlungen, die von einem Vertreter durchgeführt werden, ein Zuschlag (z.B. € 10.-) pro Fall und Quartal gebührt. Selbstverständlich sind dazu Regelungen in der jeweiligen regionalen Honorarordnung erforderlich, da es unzweifelhaft Obergrenzen geben muss, aber es ist vollkommen unrealistisch, dass ein niedergelassener Kassenarzt ohne Urlaub, Fortbildung oder Krankheit 25 bis 30 Jahre Tag und Nacht allein seine kassenärztliche Tätigkeit ausübt. Dass man für derartige Tätigkeiten niemanden mehr findet, ist eigentlich logisch. Daher braucht es Vertreter, um die Versorgung aufrecht zu erhalten, und das sollte respektiert und auch honoriert werden, vor allem, wenn man gleichzeitig immer mehr eine ganztägige Öffnung verlangt.

2.4. Weiterentwicklung des Ambulatoriums/ Institutsrechts

Ambulatorien (vulgo Institute) sind Krankenanstalten in der Rechtsform selbstständiger Ambulatorien und unterliegen dem Krankenanstaltenrecht. Hinter dieser rechtlichen Definition verbirgt sich eine der größten Tragödien des österreichischen Gesundheitsrechts, nämlich die Abgrenzung von einer rein ambulanten Krankenanstalt zu einer ärztlichen Gruppenpraxis. Die Judikatur quält sich mit dieser Fragestellung zu Recht seit Jahrzehnten herum und die Ergebnisse sind so, dass im Ergebnis die Rechtsanwender hemmungslos verunsichert sind. Dazu kommt noch, dass vollkommen unsinnigerweise das Krankenanstaltenrecht Art. 12 B-VG Materie ist und Gruppenpraxen Art. 10-B-VG unterliegen, eine Regelung die ihren Ursprung im 19. Jahrhundert hat und schon längst nicht mehr zeitgemäß ist, da teilweise vollkommen idente Leistungen angeboten werden.

Jedenfalls ist eine Abgrenzung von Krankenanstalten in der Rechtsform selbstständiger Ambulatorien zu Gruppenpraxen endlich klar im Krankenanstaltenrecht zu formulieren.

Nachdem Ärzte bis zu drei angestellte VZÄ beschäftigen können sollen (siehe oben), sollen erst Einrichtungen ab vier ärztlichen VZÄ-Angestellten als Ambulatorium gegründet werden können (gilt nicht für bestehende Ambulatorien). Ärztlicher Direktor und Stellvertreter müssen Angestellte des Ambulatoriums sein, was derzeit absurderweise von den Vollzugsbehörden ignoriert wird. Damit wäre endlich eine sinnvolle Grenze eingezogen.

Die Umwandlung einer Kassenplanstelle in ein Ambulatorium sollte nur dann zulässig sein, wenn eine Stelle an diesem Ort als Kassen-(Gruppenpraxis-)Einzelvertrag ausgeschrieben und binnen einer zu definierenden Frist nicht besetzt werden kann. Umwandlungen von Kassenordinationen/Gruppenpraxen in Ambulatorien am selben Standort sollen überhaupt ausgeschlossen werden. Derzeit haben wir die Perversion, dass ein Einzelvertrag ein nicht handelbares Gut ist, aber gleichzeitig erlaubt die Judikatur Ärzten, ihren Einzelvertrag in ein Ambulatorium am selben Standort umzuwandeln, wenn nach der Umwandlung die Kasse dann an das Ambulatorium wieder einen Vertrag gibt, was tatsächlich regelmäßig passiert. Kann man selbiges verkaufen, hat dies auch noch den Vorteil, dass als Käufer de facto jeder Dritte (also in- oder ausländische jur. oder physische Person) auftreten kann oder man, was beim Einzelvertrag auch nicht geht, Anteile vererben kann.

Wie bei Neuregelungen immer sinnvoll, sollte es ein erleichtertes Umgründungsrecht von Ambulatorien in Gruppenpraxen geben; natürlich nur bei Beteiligung von Ärzten bzw. in Radiologie/Labor auch bei der Beteiligung von Nicht-Ärzten. Dabei könnte mit einer weiteren historischen Unsinnigkeit des österreichischen Gesundheitssystems aufgeräumt werden, nämlich CT- und MR-Geräte als Großgeräte anzusehen und man deren Betrieb betreffend der Vergabe von Kassenverträgen ausschließlich in Ambulatorien zulässt.

2.5. Weiterentwicklung der Primärversorgungseinheiten (PVE)

Der Bund, aber vor allem Länder und Sozialversicherung beklagen regelmäßig, wie „böse“ die Ärzteschaft ist, weil ihre tolle Idee der Primärversorgungseinheiten nicht so funktioniert, wie sie das wollen.

Wenn man sieht, wie komplex das Gesamtkunstwerk PVE im Zusammenwirken zwischen regionalem Strukturplan, Stellenplan, Gesellschaftsrecht etc. ist, verwundert es wenig, dass es nicht so leicht ist, drei Allgemeinmediziner*innen zu finden, die sich auf das Abenteuer PVE einlassen.

Auch muss die Politik sich fragen, ob die Teilung in gute PVE, wo man zu jeder Eröffnung läuft, und nicht so gute Einzelordinationen, denen weniger Möglichkeiten eingeräumt werden als den PVE, aber die nach den Intentionen der Zielsteuerung ca. 85 % der Patienten*innen versorgen sollen, wirklich der Weisheit letzter Schluss ist. Ob es nicht sinnvoller wäre, für alle Ärzt*innen den Zugang zu weiteren versorgungsrelevanten Berufsgruppen zu öffnen, den Facharzt für Allgemeinmedizin mit adäquater Lehrpraxis endlich umzusetzen oder überhaupt bei den Landesspitälern darauf zu achten, dass Personen, die eine allgemeinmedizinische geförderte Lehrpraxis haben, nicht zu einer Facharztausbildung motiviert werden.

Als erster Schritt zur Förderung der PVE soll auch eine Einzelordination mit zwei angestellten Allgemeinmedizinern/Kinderärzten eine PVE sein können. Das ist zwar im ÄrzteG vorgesehen, aber absurderweise nicht im PrimVG.

Weiters sollte eine PVE an einem Standort auch in Form von Ordinations- und Apparate-gemeinschaften möglich sein (als Netzwerke). Aktuell bedarf es zwingend der Gründung einer Gruppenpraxis und somit einer Vergesellschaftung. Einige Ärzte stehen einer Vergesellschaftung/Gruppenpraxisbildung kritisch gegenüber bzw. lehnen eine solche ab. Ein PVE-Zentrum soll daher auch in Form einer Ordinations- und Apparategemeinschaft (und somit ohne Gruppenpraxisbildung) möglich sein. Bei PVE in Form von Ordinations- und Apparategemeinschaften können die teilnehmenden freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich der ärztlichen Leistungen mit den Krankenversicherungsträgern jeweils aufeinander abgestimmte Primärversorgungs-Einzelverträge entsprechend dem Inhalt des Primärversorgungs-Gesamtvertrags einschließlich der jeweiligen gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung nach § 342b Abs. 4 ASVG abschließen (= somit könnte jeder PVE-Arzt die von ihm erbrachten ärztlichen Leistungen individuell mit der Sozialversicherung verrechnen, lediglich die nichtärztlichen Leistungen wären „gemeinsam“ mit der Sozialversicherung abzurechnen).

Auch die Ganzjahresöffnung ist insbesondere im Hinblick auf allfällige Ausfälle von Ärzten im PVE (z.B. durch Krankenstände, Schwangerschaften, ...) nicht bzw. oft nur schwer umsetzbar. Insbesondere im Hinblick darauf, dass ohnehin zu wenige Allgemeinmediziner vorhanden sind, gestaltet sich die Suche nach Vertretungsärzten bei Ausfällen oft ergebnislos, hier sollte man unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme durch die Bevölkerung flexiblere Modelle in die Gesamtverträge aufnehmen.

Die Gründung ist oft schwierig, da immer drei ärztliche Vollzeitäquivalente vorhanden sein müssen. Speziell in der Startphase sollten PVE bereits mit 1,5 VZÄ bzw. 2 VZÄ starten können. So könnten dann leichter zusätzliche Ärzte für das PVE gewonnen werden, da diese in eine funktionierende Struktur einsteigen könnten. Dafür wäre „nur“ eine Änderung im PVE-Gesamtvertrag erforderlich.

Im PrimVG fehlt auch die Schaffung von kinder- und jugendfachärztlichen Primärversorgungseinheiten als primäre Anlaufstellen für Kinder- und Jugendliche in Anlehnung an allgemeinmedizinische Primärversorgungseinheiten mit der Möglichkeit, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiater einzubinden. Ob man für diese vor allem im urbanen Gebiet notwendige Ergänzung des PrimVG aber ändern muss, ist unklar. Die Wiener Ärztekammer hat im Oktober 2021 bereits Modelle für Wiener Kinder-PVE in der Wiener Gesundheitsplattform präsentiert, bei denen Änderungen des PrimVG nicht notwendig sind.

Im Ergebnis muss man sich fragen, ob die komplexen Regelungen des PrimVG überhaupt notwendig sind, da es ärztliche Gruppenpraxen oder Ambulatorien mit Kassenverträgen, die spezielle Versorgungsaufträge haben, auch schon vor dem PrimVG gab und es gibt sie auch weiterhin parallel. Ein weiteres Thema der PVE ist die Frage, wie man RSG und Stellenplan harmonisieren kann. Dafür könnte man bei politischem Willen auch andere Lösungen finden, wie z.B. das in Wien erfolgreich praktizierte Modell der RSG Wien, das gemeinsam von Land, Kasse und Ärztekammer umgesetzt wurde.

Schließlich muss man bei der PVE auch die Möglichkeit schaffen, dass neben z.B. zwei Ärzten temporär ein dritter Allgemeinmediziner z.B. von einer Organisationseinheit der Kammer gestellt wird oder auch schon zwei Ärzt*innen für Allgemeinmedizin für ein PVE reichen. Auch das würde den K(r)ampf, drei Allgemeinmediziner*innen zu finden, die gemeinsam ein Unternehmen gründen wollen, erleichtern. Schließlich ist in diesem Sinn überhaupt zu überlegen, ob nicht diese Organisationseinheit der Kammer temporär eine PVE mit Ärzten aufbaut und führt, bis Ärzte diese übernehmen.

2.6. Weiterentwicklung ASVG

Das ASVG hat seit 1955 maßgeblich zu einer flächendeckenden Versorgung mit kassenärztlichen Leistungen beigetragen und erfüllt diese Funktion trotz zunehmender Probleme weiterhin.

Ungeachtet dessen sollte auch das ASVG entrümpelt werden:

- Ein niedergelassener Arzt in einer Gruppenpraxis sollte gleichzeitig Kassen- und Wahlarzt (mit Kostenrückerstattung für erstattungsfähige Leistungen) in der gleichen Fachrichtung an einem anderen Ordinationsstandort sein können. Aktuell schließt die Judikatur des Verfassungsgerichtshofes dies aus (u.a. G24/98; V38/98). Gedacht wird dabei insbesondere an jene Fälle, in denen Vertragsärzte als Wahlärzte bereit dazu sind, in unterversorgten Regionen einen Teil der Versorgung zu übernehmen.
- Für multicolore Gruppenpraxen sollte die Schaffung von Einzelleistungs-Abrechnungsmöglichkeiten mit der Sozialversicherung ermöglicht werden. § 342a Abs. 2, 2. und 3. Satz ASVG, die eine zwingende Pauschalhonorierung vorsehen, sind zu streichen. Aktuell ist diese Bestimmung der Hemmschuh für multicolore Gruppenpraxen, weil damit ein vollkommen leistungsfeindliches System propagiert wird, das Ärzt*innen aus ökonomischen Gründen in Hinblick auf die Risikotragung der Einnahmen versus Patient*innenzahlen nicht interessiert.
- Während es für andere Berufsgruppen Karenzmodelle für Frauen gibt, fehlt dies für Kassenärztinnen, was auch ein Grund dafür ist, warum sich Ärztinnen nicht trauen, eine Kassenordination zu übernehmen. Hier könnte die Sozialversicherung bei Ordinationsschließung wegen Schwangerschaft für einen Zeitraum bis zu maximal einem Jahr die Fixkosten der Ordination (Miete, Gehälter Arzthelferinnen etc.) übernehmen, wobei diese Kostenübernahme allerdings mit einem (noch) zu definierenden Maximalbetrag zu begrenzen wäre.

Obwohl es nicht unbedingt mit den Versorgungsmodellen zu tun hat, aber mit der Attraktivität der kassenärztlichen Tätigkeit, dürfen Entbürokratisierung, ausreichende Finanzierung der Sozialversicherung und eine föderale Organisation bei der Österreichischen Gesundheitskasse als Schlagworte nicht unerwähnt bleiben. Diese in der Ärzteschaft breit diskutierten Kritikpunkte wirken abschreckend.

3. (Gesamt-)vertragliche Maßnahmen

Es ist aber nicht nur der Gesetzgeber, sondern es sind auch die Gesamtvertragsparteien gefordert, die bestehenden Modelle weiter auszubauen. Hierzu gibt es eine ganze Reihe von Überlegungen, die teilweise schon regional umgesetzt wurden und wo die Österreichische Gesundheitskasse dazu aufgerufen ist, mit den Ärztekammern diese Flexibilisierungen zu verhandeln. Im Folgenden wird nur skizzenhaft auf die einzelnen Modelle eingegangen.

3.1. Teil-Kassenverträge, wenn Kassenstellen nicht besetzbar sind (Pilotprojekt in Vorarlberg bereits vorhanden)

Eckpunkte:

- Kammer und Kasse entscheiden in jedem Einzelfall einvernehmlich, ob bei einer unbesetzbaren Kassenstelle die Möglichkeit für eine Teilstelle eröffnet wird oder nicht.
- Minimum sollten 20 %-Teilverträge sein (das wären vier Stunden Ordinationszeit bei Mindestordinationszeiten von 20 Stunden; aktuell sind in Vorarlberg 35 % Minimum).
- Sicherstellung, dass z.B. bei einem Teilvertrag von 20 % auch nur rund 20 % einer ganzen Kassenstelle abgerechnet werden können (Regelung entsprechend in der jeweiligen regionalen Honorarordnung).
- Bei Mehrfachbewerbungen für Teilstellen ist die prozentuelle Höhe des angestrebten Teil-Vertrages maßgeblich. Bei allfälligem Reihungsgleichstand entscheidet die Punktereihung nach den Reihungsrichtlinien.

3.2. Teilung von Kassenverträgen – Job-Sharing (ohne Gründung einer Gruppenpraxis)

3.2.1. Vorübergehende Teilung – Eckpunkte

- Jeder Kassenvertragsinhaber kann seinen Kassenvertrag mit anderen Ärzten teilen.
- Jeder Teil-Vertragsinhaber rechnet seine Leistungen direkt mit der Sozialversicherung ab, d.h., jeder Teilungspartner erhält einen Teil-Einzelvertrag (die Kosten werden zwischen den Teilungspartnern im Innenverhältnis aufgeteilt – unterliegt der freien Vereinbarung).
- Für maximal zwölf Jahre möglich.
- Bis zu vier Teilungspartner gleichzeitig möglich (z.B. 4 x 25 %).
- Teilung ist ohne Angabe von Gründen möglich.
- Freie Wahl des Teilungsprozentsatzes (z.B. 50/50, 80/20, 30/30/40) und jederzeitiger (auch mehrfacher) Wechsel des Teilungsprozentsatzes möglich.
- Wechsel (auch mehrfach) in der Person des Teilungspartners möglich.
- Keine Zustimmung durch Kammer und Sozialversicherung erforderlich.
- Freie Auswahl des Teilungspartners, nur Einspruchsmöglichkeit von Kammer und Kasse gegen den Teilungspartner, wenn Bedenken gegen diesen bestehen (müssen begründet werden, Anfechtung bei Paritätischer Schiedskommission möglich).
- Bestehender Einzelvertrag ruht für die Dauer der Teilung und lebt bei Beendigung der Teilung wieder auf.
- Sicherstellung, dass z.B. bei einem Teilvertrag von 20 % auch nur rund 20 % einer ganzen Kassenstelle abgerechnet werden können (Regelung entsprechend der jeweiligen regionalen Honorarordnung).

3.2.2. Dauerhafte Teilung – Eckpunkte

- Vorherige Zustimmung von Kammer und Sozialversicherung erforderlich.
- Kassenvertragsinhaber kann festlegen, wie viel % seiner Stelle ausgeschrieben werden sollen (z.B. 20 %).
- Sicherstellung, dass z.B. bei einem Teilvertrag von 20 % auch nur rund 20 % einer ganzen Kassenstelle abgerechnet werden können (Regelung entsprechend der jeweiligen regionalen Honorarordnung).
- Öffentliche Ausschreibung der Teilstelle, Reihungsrichtlinien finden Anwendung, allerdings erhält der Ordinationsinhaber eine Auswahlmöglichkeit innerhalb einer Bandbreite (analog der Bandbreite bei Gruppenpraxen). Für die Schaffung einer solchen Auswahlmöglichkeit bedarf es einer Änderung des ASVG (§ 343 Abs. 1a ASVG).
- Jeder Teil-Vertragsinhaber rechnet seine Leistungen direkt mit der Sozialversicherung ab, d.h., jeder Teilungspartner erhält einen Teil-Einzelvertrag (die Kosten werden zwischen den Teilungspartnern im Innenverhältnis aufgeteilt – unterliegt der freien Vereinbarung).
- Bestehender Einzelvertrag ruht für die Dauer der Teilung.
- Bei Beendigung der Teilung nach mehr als einjähriger Zusammenarbeit – ruhender Einzelvertrag lebt für den Teilungspartner auf, der seinen Teil-Vertrag nicht kündigt (somit ist eine Ordinationsübergabe möglich, Übergabepraktisummodell); bei Beendigung der Teilung binnen des ersten Jahres: der ruhende Einzelvertrag lebt für den Ordinationsinhaber wieder auf).

3.3. Gemeinsame Bewerbung um eine Kassenstelle – Eckpunkte

- Zwei Ärzte können sich als Team auf eine ausgeschriebene Kassenstelle bewerben. Die Reihungspunkte werden addiert und durch die Zahl der Ärzte dividiert.
- Jeder Arzt erhält einen Teil-Vertrag.
- Jeder Teil-Vertragsinhaber rechnet seine Leistungen direkt mit der Sozialversicherung ab, d.h., jeder Teilungspartner erhält einen Teil-Einzelvertrag (die Kosten werden zwischen den Teilungspartnern im Innenverhältnis aufgeteilt – unterliegt der freien Vereinbarung).

- Sicherstellung, dass z.B. bei einem Teilvertrag von 50 % auch nur rund 50 % einer ganzen Kassenstelle abgerechnet werden können (Regelung entsprechend der jeweiligen regionalen Honorarordnung).
- Wenn Vertragsteilung ein Jahr gedauert hat und einer der beiden Teil-Vertragsärzte ausscheidet, dann erhält der verbleibende Teil-Vertragsarzt einen normalen Einzelvertrag, wenn er dies wünscht; er kann aber auch als Teil-Vertragsarzt weiterarbeiten und der freie Teil kann neuerlich ausgeschrieben werden.

3.4. Erweiterte Teilung von Kassenverträgen – erweitertes Job-Sharing

Bei der erweiterten Teilung von Kassenverträgen/beim erweiterten Jobsharing soll eine Ausdehnung des Versorgungsauftrages auf bis zu 190 % einer Kassenarztstelle ohne Gründung einer Gruppenpraxis möglich sein.

3.4.1. Vorübergehende erweiterte Teilung – Eckpunkte

- Jeder Teil-Vertragsinhaber rechnet seine Leistungen direkt mit der Sozialversicherung ab, d.h., jeder Teilungspartner erhält einen Teil-Einzelvertrag (die Kosten werden zwischen den Teilungspartnern im Innenverhältnis aufgeteilt – unterliegt der freien Vereinbarung).
- Für maximal zwölf Jahre möglich.
- Nur bei unbesetzten Kassenstellen im Versorgungsgebiet oder bei regionalem Zusatzbedarf, der kleiner als eine ganze Kassenstelle ist, möglich.
- Kammer und Sozialversicherung definieren einvernehmlich den Zusatzbedarf (z.B. 150 %) für die erweiterte Vertragsteilung (Grund: temporäre Erweiterung des Stellenplanes).
- Alle Kassenärzte in der Versorgungsregion können sich binnen vier Wochen um diesen zusätzlichen Versorgungsauftrag bewerben. Bei Mehrfachbewerbungen erhält derjenige Kassenarzt den Zuschlag, der in den letzten drei Jahren die meisten Kassenfälle abgerechnet hat.
- Freie Wahl des Teilungsprozentsatzes (z.B. 100/50, 80/70, 90/60) innerhalb der Vorgabe von Kammer und Sozialversicherung (z.B. 150 %) und jederzeitige (auch mehrfache) Änderung des Aufteilungsprozentsatzes möglich.
- Wechsel (auch mehrfach) in der Person des Teilungspartners möglich.

- Freie Auswahl des Teilungspartners, nur Einspruchsmöglichkeit von Kammer und Kasse gegen den Teilungspartner, wenn Bedenken gegen diesen bestehen (müssen begründet werden, Anfechtung bei Paritätischer Schiedskommission möglich).
- Bis zu vier Teilungspartner gleichzeitig möglich.
- Bestehender Einzelvertrag ruht für die Dauer der Teilung und lebt bei Beendigung der Teilung wieder auf.
- Sicherstellung, dass z.B. bei einem Teilvertrag von 20 % auch nur rund 20 % einer ganzen Kassenstelle abgerechnet werden können (Limitierungen, Degressionen usw. sind entsprechend anzupassen [Regelung entsprechend der jeweiligen regionalen Honorarordnung]).

3.4.2. Dauerhafte erweiterte Teilung – Eckpunkte

- Kammer und Sozialversicherung legen einvernehmlich die Erweiterung fest (z.B. 150 %) – Erweiterung des Stellenplanes.
- Alle Kassenärzte in der Versorgungsregion können sich binnen vier Wochen um diesen zusätzlichen Versorgungsauftrag bewerben. Bei Mehrfachbewerbungen erhält derjenige Kassenarzt den Zuschlag, der in den letzten drei Jahren die meisten Kassenfälle abgerechnet hat.
- Ordinationsinhaber kann festlegen, wie viel % ausgeschrieben werden sollen (z.B. bei Erweiterung auf 150 % sollen 80 % ausgeschrieben werden, da Ordinationsinhaber nur 70 % weiterarbeiten will).
- Öffentliche Ausschreibung der Teilstelle, Reihungsrichtlinien finden zwingend Anwendung, allerdings erhält der Ordinationsinhaber eine Auswahlmöglichkeit innerhalb einer Bandbreite (analog der Bandbreite bei Gruppenpraxen). Zu beachten: Für die Schaffung einer solchen Auswahlmöglichkeit bedarf es einer Änderung des ASVG (§ 343 Abs. 1a ASVG).
- Jeder Teil-Vertragsinhaber rechnet seine Leistungen direkt mit der Sozialversicherung ab, d.h., jeder Teilungspartner erhält einen Teil-Einzelvertrag (die Kosten werden zwischen den Teilungspartnern im Innenverhältnis aufgeteilt – unterliegt der freien Vereinbarung).
- Bestehender Einzelvertrag ruht für die Dauer der Teilung.
- Sicherstellung, dass z.B. bei einem Teilvertrag von 20 % auch nur rund 20 % einer ganzen Kassenstelle abgerechnet werden können (Limitierungen, De-

gressionen usw. sind entsprechend anzupassen [Regelung entsprechend der jeweiligen regionalen Honorarordnung]).

- Bei Beendigung der Teilung nach mehr als einjähriger Zusammenarbeit – ruhender Einzelvertrag lebt für den Teilungspartner auf, der seinen Teil-Vertrag nicht kündigt (somit ist eine Ordinationsübergabe möglich, Übergabepaxismodell); bei Beendigung der Teilung binnen des ersten Jahres: der ruhende Einzelvertrag lebt für den Ordinationsinhaber wieder auf.

3.5. Erweiterte Stellvertretungsregelung (gemeinsame Vertragserfüllung)

- Versorgungsausmaß der Planstelle wird nicht erhöht (= keine Vermehrung der Planstellen).
- Voraussetzung: Vertragsarzt kann/will den Einzelvertrag im vollen Umfang nicht erfüllen; sollte ohne Angabe von Gründen für jeden Vertragsarzt möglich sein.
- Vertragsarzt nimmt einen anderen Arzt seiner Wahl (ohne Ausschreibung) in seine Kassenpraxis und teilt mit diesem die Ordinationszeiten auf.
- Alle Leistungen werden über den Einzelvertrag des Ordinationsinhabers mit der Sozialversicherung abgerechnet; die Honorierung des „Teilungsarztes“ erfolgt im Innenverhältnis.
- Regelungen zur Verhinderung von Leistungsausweitungen sollen regional getroffen werden.
- Entspricht einer „Dauervertretung“.
- Zeitliche Befristung vorsehen (z.B. für max. zwölf Jahre).

3.6. Modell für Übergabepraxen (ohne Bildung einer Gruppenpraxis)

In Anlehnung/Weiterentwicklung des bestehenden Modells in Salzburg könnte ein Modell für Übergabepraxen ohne Bildung einer Gruppenpraxis geschaffen werden.

- Jeder Kassenarzt kann seine Ordination als Übergabepaxis ausschreiben lassen, Übergabephase (= Phase der Zusammenarbeit) sollte grundsätzlich ein bis drei Jahre dauern.
- Verkürzung der Übergabephase bei Einverständnis des Übernehmers/der Übernehmer möglich.
- Ordinationsinhaber muss im Übergabezeitraum (Durchrechnungsmodell) durchschnittlich mind. 20 % als Kassenarzt arbeiten.
- Reihungsrichtlinien finden auf die Bewerber Anwendung, allerdings erhält der Ordinationsinhaber eine Auswahlmöglichkeit innerhalb einer Bandbreite (analog der Bandbreite bei Gruppenpraxen). Zu beachten: Für die Schaffung einer solchen Auswahlmöglichkeit bedarf es einer Änderung des ASVG (§ 343 Abs. 1a ASVG).
- Teambewerbung möglich, Obergrenze für Anzahl der Übernehmer analog der Teilungsmöglichkeiten bei der Teilung von Kassenverträgen.
- Ordinationszeiten werden zwischen Ordinationsinhaber und Übergabepartner(-n) aufgeteilt.
- Abrechnung erfolgt über den Einzelvertrag des Ordinationsinhabers (Honorierung des Übergabepartners/der Partner erfolgt im Innenverhältnis).

3.7. Niedergelassener Arzt kann gleichzeitig Kassen- und Wahlarzt in verschiedenen Fachrichtungen sein

Nach diesem Vorschlag sollte ein Kassenarzt für Innere Medizin auch Wahlarzt für Allgemeinmedizin an einem anderen Standort sein können. Gesamtverträge können dies ermöglichen. Dort, wo diesbezügliche Beschränkungen in den Gesamtverträgen vorliegen, wären diese zu streichen. Gedacht wird dabei insbesondere an jene Fälle, in denen Wahlärzte bereit sind, in unterversorgten Regionen einen Teil der Versorgung zu übernehmen.

3.8. Abschaffung/Aufhebung/Ausdehnung der Beschränkungen von Nebentätigkeiten für Kassenärzte

In allen Gesamtverträgen gibt es vor allem bei der ÖGK Beschränkungen von Nebentätigkeiten von Kassenärzten. So darf z.B. ein Kassenarzt in Vorarlberg aktuell nur eine Nebenbeschäftigung im Ausmaß von maximal 18 Wochenstunden ausüben.

Diese Beschränkungen und Regularien tragen nicht zu Attraktivität der vertragsärztlichen Tätigkeit bei, sondern schrecken viele ab, denen auch noch andere ärztliche Tätigkeiten am Herzen liegen. Dort, wo diesbezügliche Beschränkungen in den Gesamtverträgen vorliegen, wären diese zu streichen.

In gleicher Weise wären allerdings die Nebenbeschäftigungsverbote der Spitalärzte, insbesondere in den Landesdienstrechten, zu hinterfragen bzw. zu streichen. In jeder politischen Sonntagsrede wird von der Vernetzung des intra- und extramuralen Bereiches gesprochen, will aber ein Arzt beides auf Sachleistungsbasis erbringen, wird es ihm verunmöglicht.

3.9. Ordinationszeitenverteilung

Ob man es will oder nicht, man muss zur Kenntnis nehmen, dass Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei jungen Ärzt*innen eine immer wesentlichere Rolle spielen und die fixen Ordinationsvorgaben abschreckend wirken.

Daher sollten Mindestordinationszeiten in Abstimmung mit den Vertragsärzten im gleichen Sprengel/der gleichen Versorgungsregion flexibler über die Woche verteilt werden können (z.B. 20-Stunden-Mindestordinationszeiten, verteilt auf nur vier oder nur drei Tage). Dort, wo diesbezügliche Beschränkungen in den Gesamtverträgen vorliegen, wären diese zu streichen bzw. sollte auch bei jungen Ärzt*innen die Möglichkeit gegeben sein, die Ordinationszeiten an die eigenen z.B. Kinderversorgungsnotwendigkeiten anzupassen.

3.10. Gruppenpraxen – Themen

Grundsätzlich sollten Abschläge bei der Honorierung von ärztlichen Leistungen in Gruppenpraxen abgeschafft werden, wie dies in Wien und NÖ schon der Fall ist. Es ist nachvollziehbar, wenn junge Ärzte diese Versorgungsform nicht wählen, wenn sie trotz erhöhtem Organisationsaufwand weniger Honorar bekommen.

Weiters sollte auch bei Gruppenpraxen (Job-Sharing-Gruppenpraxis) eine Teilung einer Planstelle möglich sein, wobei bis zu vier Ärzte der gleichen Fachrichtung eine solche Gruppenpraxis bilden können sollen – entweder originär möglich (Ausschreibung der gesamten Planstelle) oder durch Ausschreibung eines GP-Anteils (von GP-Anteilen), wobei ein bestehender Vertragsinhaber Antrag stellen bzw. zustimmen muss.

3.11. Anreizschaffung zur Führung einer Zweitordination/dislozierten Gruppenpraxis:

Oft gibt es Ärzt*innen, die bereit sind, in einer unterversorgten Region eine Zweitpraxis zu eröffnen. In Anknüpfung an das Modell in Salzburg sollte es für die Führung einer Zweitordination/dislozierten Gruppenpraxis einen Zweitordinationszuschlag für den entstehenden Mehraufwand geben. Selbstverständlich ist dafür eine Regelung in der jeweiligen regionalen Honorarordnung erforderlich.

3.12. Ausgleich für Wochenenddienste

Ein regionales Hauptkonfliktthema sind Wochenenddienste, für die es immer schwieriger wird, Ärzt*innen zu finden, vor allem in kleinen Sprengeln. Eine Idee zur Attraktivierung könnte darin bestehen, Ärzt*innen, die in kleinen Sprengeln häufig Wochenenddienste leisten, an den darauffolgenden Montagen einen praxisfreien Tag anzubieten, der von der Sozialversicherung pauschal abgegolten wird.

Auch hier ist nachvollziehbar, dass das Durcharbeiten am Wochenende und dann gleich weiter unter der Woche den Kassenarztberuf nicht attraktiv macht, weil genau diese Konstellation im Spitalsbereich verboten und im Wahlarztsektor nicht üblich ist.

4. Versorgung unbesetzter Kassenstellen

Aufgrund der mangelnden Attraktivität von Kassenarztstellen können immer mehr dieser Stellen nicht mehr nachbesetzt werden, vor allem im Bereich Allgemeinmedizin und Kinderheilkunde hat dies teilweise zu dramatischen regionalen Unterversorgungen geführt. Bürgermeister und Landespolitiker sind daher vielfach sehr beunruhigt, doch die Forderung nach mehr PVEs wird das Problem nicht lösen.

Auch wenn die Ärztekammern keine Versorgungsverantwortung haben, sind selbige seit Jahrzehnten der Motor der Stellenplanung in der Kassenarztmedizin, der Motor für neue Leistungen in den Kassenhonorarordnungen und der Motor für neue Fächer in der Kassenarztmedizin. Unter diesen Auspizien haben die Ärztekammern de facto immer schon Versorgungsverantwortung getragen, weshalb es eine logische Fortentwicklung ist, dass die Ärztekammern jetzt auch Modelle entwickelt haben, wie unbesetzte Kassenplanstellen wieder besetzt werden können.

4.1. Modell zur übergangsweisen Abdeckung vakanter Stellen

Auch wenn es in praktisch allen Bundesländern mehr oder weniger viele unbesetzte Stellen gibt, überall mit steigender Tendenz, mangelt es auf der anderen Seite nicht an Ärztinnen und Ärzten, die aus verschiedensten Gründen zwar zu einer Mitarbeit in einer Ordination bereit sind, allerdings keine (eigene) Ordination gründen wollen. Diese ÄrztInnen werden derzeit etwa als VertretungsärztInnen oder für die Aufrechterhaltung der Bereitschaftsdienste (z.B. Ärztefunkdienst Wien) eingesetzt. In Deutschland gibt es bereits Modelle sogenannter „Stiftungspraxen“, die von den kassenärztlichen Vereinigungen mit Unterstützung der jeweiligen Bundesländer betrieben werden und zwei Ziele verfolgen, nämlich die Betreuung unversorgter Regionen sowie die praktische Einarbeitung von noch unentschlossenen JungärztInnen in die Führung einer Ordination.

Zu diesem Zweck könnte (in Anlehnung an die schon bestehenden Überlegungen in Wien und Oberösterreich) folgendes Modell angedacht werden:

Die Ärztekammer errichtet eine Betriebsgesellschaft, die entweder selbst temporär einen Kassenvertrag übernimmt, oder betreibt vakante Stellen unmittelbar durch von ihr vermittelte ÄrztInnen.

Die Gesellschaft der Kammer beschäftigt ÄrztInnen, die – aus welchen Gründen auch immer – derzeit (noch) keine offene Kassenstelle übernehmen wollen (JungärztInnen, SpitalsärztInnen, BetriebsärztInnen, Ärztepensionisten etc.). Diese werden so wie aktuell in entsprechenden Bereitschaftsdiensten als freiberuflich tätige Ärzte gemäß der entsprechenden Sondernorm des § 47a ÄrzteG beschäftigt und stundenweise honoriert.

Die Betriebsgesellschaft kümmert sich so im Auftrag der Kassen und auch der Länder darum, dass vakante Stellen weiterbetrieben werden können. Dieses Modell würde sich aber auch für die temporäre Überbrückung von Mutterschaftskarenzen von Kassenärztinnen, Krankheitsfällen etc. eignen.

Aufgabe dieser Betriebsgesellschaft wäre es, sich um die Infrastruktur zu kümmern (räumliche Ressourcenbereitstellung, technische Betriebsführung etc.), sowie ÄrztInnen beizustellen. Zusätzlich könnte auch das Ordinationsmanagement übernommen werden (z.B. Qualitätsmanagement, Datenschutzagenden, wirtschaftliche Betriebsführung).

Ziel der Gesellschaft wäre es natürlich, den Kassenvertrag so rasch wie möglich an übernahmewillige KassenärztInnen abzugeben. ÄrztInnen, die im Rahmen der Gesellschaft eine vakante Ordination betreuen, müssten daher auch bei einer Kassenstellenbesetzung bevorzugt behandelt werden.

Die Gesellschaft sollte nicht auf Gewinn ausgerichtet sein, sondern gemeinnützig tätig werden. Sie sollte sich finanziell aus den vereinnahmten Kassenhonoraren ökonomisch erhalten oder mit den Kassen Pauschalien aushandeln. Unbedingt notwendig wäre allerdings eine Ausfallhaftung, weil das Ausfallrisiko für die Besetzung vakanter Stellen nicht von der Ärzteschaft selbst übernommen werden kann. Diese Ausfallhaftung könnte etwa vom jeweiligen Land übernommen werden; auch eine Hilfe bei der Immobiliensuche durch Länder und Gemeinden wäre wünschenswert.

Das Modell kann auch für PVEs verwendet werden, wenn man z.B. für ein PVE gar keine Ärzt*innen findet oder nicht genügend. Hier könnte die Kammer mit ihrer Gesellschaft einspringen; notwendig wäre jedoch eine Änderung des PrimVG, da so eine Gesellschaft der Kammer in der Vergabekaskade im PrimVG gar nicht vorkommt.

Bei dieser Bereitschaftsdienstgesellschaft untertags müssten folgende Eckpunkte beachtet werden:

- Subsidiarität: Vorrangig ist die Kassenarztpraxis. Wird eine Stelle nicht besetzt, tritt die Regelung der Betriebsgesellschaft in Kraft.

- Freiberuflichkeit: Die Ärzte werden von der Betriebsgesellschaft primär freiberuflich (also mit freien Dienstvertrag) beschäftigt.

Das Modell wäre auch für Facharztpraxen denkbar und in jede Richtung skalierbar.

Zentral ist, dass die Ärztekammer dadurch nicht der Konkurrent der niedergelassenen Ärzteschaft werden darf, sondern nur als Ergänzung fungiert. Dass dieses Modell funktioniert, hat die Pandemie in Wien eindrucksvoll bestätigt, wo die Ärztekammer für Wien über ein sehr stark vergleichbares Modell die sogenannten Schnupfen-Check-Boxen (bis zu 30 in Wien), die Triage vor den Gemeindespitälern in Wien, die Erstversorgungsambulanzen in den Gemeindespitälern und das temporäre Covid-Spital In Wiener Prater mit ärztlichen Leistungen und teilweise auch mit Infrastruktur versorgt hat.

4.2. Verbesserte Honorierung bei unbesetzten Kassenstellen

Der Ruf nach mehr Geld mag zwar uninspiriert klingen, aber im Ergebnis kann er erfolgversprechend sein. Hier müsste man definieren, was man als unbesetzte Kassenplanstelle ansieht, z.B. das Vorliegen einer unbesetzten, zumindest einmal erfolglos ausgeschriebenen Vertragsarztstelle und das Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse. Liegt eine unbesetzte Stelle vor, könnte man primär an die Allgemeinmediziner oder Fachärzte in der Region herantreten, ob sie diese Stelle nicht mitversorgen können. Findet sich hier niemand, könnte man auch an entferntere Vertragsärzte herantreten, ob sie bereit wären, einer Lösung beitreten, die Kammer und Kasse definieren müssen, damit sie den Aufwand für eine zusätzliche Versorgung übernehmen. Diese Lösung von Kammer und Kasse kann natürlich auch finanzielle Reize vorsehen.

Wenn man will, dass sich Ärzt*innen zusätzlichen Mühen aussetzen, sollte man auch finanzielle Anreize setzen. Im Ergebnis ist das volkswirtschaftlich wahrscheinlich günstiger als eine unversorgte Region mit allen Krankheitsfolgen und der Abwanderung der Bevölkerung, die das (mit-)auslösen kann.

5. Zusammenfassung

In der kassenärztlichen Versorgung ist in den letzten Jahren ein massiver Reformstau entstanden. Da Zielsteuerungspartner keine Innovationen im Kassenarztrecht vorantreiben, hat die niedergelassene Ärzteschaft zahlreiche, teilweise sehr detaillierte Vorschläge für Reformen erarbeitet. Diese beschäftigen sich überwiegend mit der Verbesserung und Flexibilisierung von ärztlichen Zusammenarbeitsformen.

Der Bogen reicht von Gruppenpraxen, wo erstmals auch in den Fächern Radiologie und Labormedizin unter kartellrechtlichen Grenzen Fremdbeteiligungen zugelassen werden sollen, über die Ausweitung von Anstellungsmöglichkeiten von Ärzten bei Ärzten und Gruppenpraxen bis zur Lösung der Ambulatoriumsfrage, damit endgültig einmal die Rechtsform Gruppenpraxis von Ambulatorien besser unterscheidbar ist. Dem politischen Wunsch folgend wurden zahlreiche Verbesserungsvorschläge für PVEs vorgelegt, die die Gründung um Umsetzung von PVEs durch Allgemeinmediziner erleichtern. Weiters wurden zahlreiche Vorschläge zur Flexibilisierung des ASVG und der Gesamtverträge erarbeitet, damit es im Sinne von Vereinbarkeit von Familie und Beruf wieder attraktiver wird, kassenärztlich tätig zu sein.

Die wohl bedeutendste Innovation ist dem Schwenk der Ärztekammer zu verdanken, auch direkt Versorgungsverantwortung zu übernehmen, wenn es nicht gelingt, Kassenarztstellen mit freiberuflichen Ärzt*innen zu besetzen. Die Übernahme der Versorgung durch eine Gesellschaft der Kammer als Bereitschaftsdienst untertags hat in der pandemischen Versorgung schon regional, vor allem in Wien, sehr gut funktioniert und könnte als Regelversorgungsmodell auch die temporäre allgemeinmedizinische und fachärztliche Versorgung ohne Mehrkosten für die Zahler sicherstellen, bis sich Ärzt*innen finden, die die Stellen übernehmen.

Insgesamt sollen alle Innovationsprojekte Anstoß sein, sich rasch mit der Ärztekammer zusammenzusetzen, um die kassenärztliche Versorgung im ambulanten Bereich auch für die Zukunft zu sichern und auch in den ärztlichen Versorgungs- und Zusammenarbeitsstrukturen im 21. Jahrhundert anzukommen.