

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Kammeramtsdirektor, Ärztekammer für Oberösterreich

Überlegungen zur Anstellung von Ärzten bei Ärzten

1. Einleitung	60
2. Konfliktfelder bei der Ermöglichung der Anstellung von Ärzten bei Ärzten	61
3. Schluss	66

Die Ansprüche an das Berufsleben haben sich im Laufe der Zeit stark verändert, und auch junge Ärzte wünschen sich heute andere Formen der Tätigkeit. Außer Zweifel steht, dass den Bedürfnissen der jungen Generation entgegengekommen werden muss, um dem Ärztemangel entgegenzuwirken und die Versorgung der Bevölkerung zu sichern. Jedoch müssen bei einer Umsetzung auch viele Details berücksichtigt werden, die ungewollten Entwicklungen vorbeugen. Dieser Beitrag gibt Denkanstöße, welche Aspekte das sind und wie sie gelöst werden könnten.

1. Einleitung

In der jüngeren Vergangenheit ist eine zunehmende politische Diskussion über die Ermöglichung der Anstellung von Ärzten bei niedergelassenen Ärzten zu beobachten. Dabei ist festzustellen, dass die Gesundheitspolitik dieser Idee immer positiver gegenübersteht. Das Programm der aktuellen Bundesregierung führt das Ziel der Ermöglichung der Anstellung von Ärzten sogar ausdrücklich an.

Die Haltung der Ärzteschaft zu diesem Thema hat sich über die letzten Jahrzehnte offenbar stark gewandelt. Ursprünglich bestand die Befürchtung, dass sich das kassenärztliche System mit Ermöglichung der Anstellung von Ärzten bei Ärzten in eine ähnliche Struktur umwandelt, wie sie bei Apothekern und Notaren zu beobachten ist. In diesen Berufsgruppen gibt es gesetzlich eng begrenzte Niederlassungsmöglichkeiten, die dazu führen, dass nachkommende Berufsangehörige in der Regel über die eigentliche Ausbildung hinaus mehr oder weniger lang warten müssen, bis sie die Möglichkeit haben, sich selbstständig machen zu können. Auf der anderen Seite stehen etwa die Rechtsanwälte, bei denen ein freies Niederlassungsrecht dazu führt, dass sie, sobald sie eine wirtschaftliche Perspektive sehen, sich jederzeit nach Abschluss der Ausbildung freiberuflich niederlassen können. Bei den Kassenärzten ist die Situation anders als bei den Rechtsanwälten, weil es auch zu Kassenverträgen nur einen begrenzten Zugang gibt, allerdings verglichen mit Notaren und Apothekern in einem weitaus höheren Ausmaß. Über lange Zeit hinweg ging die Stimmung unter den jungen Ärzten wohl in die Richtung, dass sie, wenn sie sich gegen eine Berufslaufbahn im Spital entschieden, möglichst rasch nach Abschluss der Ausbildung selbst eine Kassenpraxis übernehmen.

In den 90er Jahren kam es insofern zu einem Stimmungsumschwung, als vermehrt der Wunsch artikuliert wurde, nicht als Einzelkämpfer tätig zu werden, sondern Ordinationen in Zusammenarbeit mit anderen Kolleginnen und Kollegen zu betreuen. Dies führte zu Forderungen, ähnlich wie bei den Rechtsanwälten Ärztegesellschaften zuzulassen, die gemeinsam eine Ordination, insbesondere auch eine Kassenordination, betreiben können. Dieser Forderung wurde schließlich mit der Ermöglichung der Gruppenpraxis durch die 2. ÄrzteG-Novelle 2001 entsprochen.

In den letzten Jahren kam es offenbar nochmals zu einer Korrektur der Laufbahnwünsche, vor allem jüngerer Ärztegenerationen. War früher primäres Ziel, möglichst rasch selbst eine Ordination eröffnen zu können, können sich offenbar immer mehr Ärztinnen und Ärzte vorstellen, nicht selbst eine Ordination zu betreiben, sondern sich auch auf Dauer in einer Ordination anstellen zu lassen.

Die Gesundheitspolitik stand diesem Wunsch in den letzten Jahren, soweit erkennbar, durchaus aufgeschlossen gegenüber. Als Hindernis erweist sich derzeit vor allem die dadurch schwierige Rechtslage, dass die gesetzliche Ermöglichung der Anstellung von Ärzten bei Ärzten mit einer kompetenzrechtlichen Problematik belastet ist und es daher auch Stimmen gibt, die dafür eine Verfassungsmehrheit erforderlich halten. Im Folgenden soll allerdings nicht auf diese verfassungsrechtliche Problematik eingegangen werden (vgl. dazu die Beiträge von Braza und Çakır). Vielmehr soll darauf eingegangen werden, welche – allerdings wohl alle bewältigbaren – Hürden bei der Umsetzung der Anstellung von Ärzten zu beachten wären.

2. Konfliktfelder bei der Ermöglichung der Anstellung von Ärzten bei Ärzten

2.1. Arbeitsbedingungen

Aus Sicht der für eine Anstellung in Frage kommenden Ärzte erscheint es zunächst einmal wünschenswert, dass die Gestaltung ihrer Arbeitsbedingungen nicht Marktzufälligkeiten überlassen bleibt, sondern dass Mindestbedingungen – so wie für fast alle Dienstnehmer in Österreich – auf kollektiver Ebene geregelt werden. Die Voraussetzungen dafür sind durchaus gegeben. Anerkannt ist, dass die in den Ärztekammern bestehenden Kurien der angestellten und der niedergelassenen Ärzte, insbesondere auch die Bundeskurien, berechtigt sind, miteinander einen Kollektivvertrag auszuverhandeln und abzuschließen. Ein derartiger Kollektivvertrag, dessen Hinterlegung auch vom Sozialministerium akzeptiert wurde, besteht schon für die Beschäftigung von Lehrpraktikanten. Es ist daher durchaus möglich, sowohl Gehalts- als auch sonstige Arbeitsbedingungen auf kollektivvertraglicher Ebene vorzugeben.

2.2. Zahlenmäßige Begrenzung der Anstellungsmöglichkeit

Ein Teil der Literatur hält es schon nach derzeitiger verfassungs- und einfachgesetzlicher Rechtslage für möglich, Ärzte in Einzelordinationen anzustellen (für Gruppenpraxen ist dies ausdrücklich in § 52a Abs. 2 Z 7a ÄrzteG verboten). Allerdings ist auch klar, dass der Organisationsgrad der Ordination durch die Anstellung von Ärzten nicht die Schwelle überschreiten darf, die „Anstaltscharakter“ erreicht, weil dann die Grenze zur Krankenanstalt, konkret zum selbstständigen Ambulatorium, überschritten würde. Es wird daher, selbst wenn sich jenes Schrifttum durchsetzt, das die Zulässigkeit der Anstellung schon derzeit bejaht, nur möglich sein, dass Einzelordinationen höchstens einen vollzeitbeschäftigten Arzt anstellen.

Findet sich hingegen im Nationalrat eine Verfassungsmehrheit, die der Anstellung von Ärzten bei Ärzten zustimmen würde, bestünde diese Einschränkung nicht a priori. Allerdings müsste auch dann überlegt werden, ob die Begrenzung der Zahl der angestellten Ärzte in Ordinationen gesundheits-, sozial- oder standespolitisch sinnvoll ist. Tatsächlich wurde etwa in Vorbereitung des im Jahr 2017 endgültig erlassenen Primärversorgungsgesetzes eine Verfassungsbestimmung diskutiert, die für als Gruppenpraxen konstruierte Primärversorgungseinheiten (die unbestrittenermaßen einer gesetzlichen, wahrscheinlich tatsächlich verfassungsrechtlichen Regelung bedurft hätten) eine Anstellung von Ärzten zugelassen hätte, gleichzeitig aber eine Beschränkung der Anzahl vorsah (die Zulassung der Ärzteinstellung wurde im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens allerdings wieder verworfen).

Für eine Beschränkung der Anzahl der Anstellungsmöglichkeit könnte sprechen, dass gerade der ärztliche Beruf durch die Persönlichkeit des Behandlers geprägt ist und dass daher der Ordinationsinhaber selbst einen wesentlichen Teil der Behandlungsleistungen übernehmen sollte. Dem kann allerdings mit Fug und Recht entgegengehalten werden, dass ärztliche Leistungen gerade typischerweise auch in Krankenanstalten erbracht werden, wo das persönliche Vertrauensverhältnis zum Behandler genauso relevant ist, dort allerdings durchaus auch von angestellten Ärzten gewährleistet werden kann.

2.3. Verknappung von Kassenstellen

Das österreichische Kassenarztsystem ist durch einen begrenzten Zugang zum Kassenvertrag gekennzeichnet. Anzahl und Lage der Kassenstellen sind durch einen Stellenplan vorgegeben, der zwischen der jeweils örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse und der Landesärztekammer vereinbart wird. Die Zulässigkeit der Anstellung von Ärzten bei Kassenärzten würde wahrscheinlich dazu führen, dass der Stellenplan entsprechend adaptiert würde. Wenn Kassenärzte durch die Anstellung weiterer Ärzte eine höhere Versorgungswirksamkeit erreichen, wird dies vermutlich zur Streichung von Kassenplanstellen führen können.

Dieser Prozess ist aus standespolitischer Sicht so lange unproblematisch, solange die nachrückenden Ärzte, die einen Kassenvertrag anstreben, genügend offene Kassenstellen vorfinden. Hierbei haben sich die Voraussetzungen in den letzten Jahren dramatisch verändert. Während es noch vor einigen Jahren einen deutlichen Überhang an Bewerbern um offene Kassenstellen gegeben hat und daher nicht nur versorgungs-, sondern auch standespolitisch eine Reduktion der Kassenstellen völlig unerwünscht war, gibt es durch den sich immer mehr verschärfenden Ärztemangel zunehmend vakante Kassenstellen und deutliche Versorgungslücken, die sich in den nächsten Jahren wahrscheinlich noch dramatisch erweitern werden. Wenn es tatsächlich einen immer größer werdenden Anteil an jungen Ärztinnen und Ärzten gibt, die die Anstellung gegenüber der Übernahme eines eigenen Kassenvertrags bevorzugen, spricht auch standespolitischer Sicht nichts gegen eine entsprechende Adaptierung des Stellenplans und ist die allfällige Reduktion von Kassenstellen dann keine standespolitische Bedrohung mehr.

Diesen standespolitischen Problemen stehen die Ärztekammern allerdings bei Beibehaltung der derzeitigen Rechtslage nicht ohnmächtig gegenüber. Die gleichberechtigte Teilnahme am Stellenplan garantiert, dass es die Ärztekammern selbst in der Hand haben, ob sie einer „Umwandlung“ von Kassenplanstellen in Arztordinationen mit angestellten Ärzten zustimmen. Organisationsrechtlich ist allerdings derzeit problematisch, dass entscheidungsberechtigt für die Ärztekammer ausschließlich die Kurie der niedergelassenen Ärzte ist, die allenfalls sogar ein Interesse daran haben könnte, Kassenstellen durch Anstellungsmöglichkeiten zu ersetzen. Zu diskutieren wäre daher, die Entscheidung über die Reduktion von Kassenstellen zugunsten von Anstellungsmöglichkeiten an den gemeinsamen Vorstand der Ärztekammer zu transferieren, in dem paritätisch Vertreter der niedergelassenen und der angestellten Ärzte mitwirken.

Außerdem wäre aus Gründen der standespolitischen Fairness wohl zu überlegen, den in einer Ordination angestellten Arzt zu privilegieren, wenn es um die Nach-

folge im Kassenvertrag geht. Es müssten daher die Punktelisten für die Reihung der Bewerber um Kassenstellen entsprechend adaptiert werden, um damit sicherzustellen, dass ein angestellter Arzt, der tatsächlich bei Ausscheiden seines Dienstgebers die Ordination übernehmen möchte, bei der Bewerbung auch bevorzugt werden kann.

2.4. Unterlaufen des Stellenplans

Der Stellenplan, also die zwischen Kasse und Kammer vereinbarte Verteilung von Kassenstellen, hat insofern eine versorgungspolitische Funktion, als er sicherstellen soll, dass es zu einer flächendeckenden ärztlichen Versorgung kommt. Würden tatsächlich Stellen reduziert, um andernorts die Anstellung von Ärzten und damit einen größeren Ordinationsbetrieb zu ermöglichen, könnte dies weitere Anfahrtswege für die Patienten zur Folge haben. Allerdings ist auch hier die Entwicklung steuerbar und können daher daraus entstehende Gefahren für die Versorgung bewältigt werden. Einer Änderung des Stellenplans im Sinne einer Konzentration von Stellen muss eben auch die Kasse zustimmen. Sie kann dabei auf derartige versorgungspolitische Aspekte Rücksicht nehmen. Vor allen Dingen aber wäre es durchaus denkbar, auch bei Reduktion der Planstellen und Zulassung von Anstellungen die Standorte beizubehalten, da jeder Arzt die berufsrechtliche Möglichkeit hat, zwei Ordinationen zu führen. Wenn die Anstellung von mehr als einem Arzt in einer Einzelordination zulässig sein sollte, wäre allerdings zu überlegen, genauso wie im Primärversorgungsgesetz (vgl. § 9 Abs 1 PrimVG) so viele Ordinationsstandorte berufsrechtlich zuzulassen, wie tatsächlich Ärzte in der Ordination tätig werden (also einschließlich der angestellten Ärzte).

Der Stellenplan hat aber auch aus Sicht der niedergelassenen Ärzte die Funktion einer gewissen Marktaufteilung und eines Konkurrenzschutzes (der allerdings im städtischen Bereich wegen der kürzeren Wege und damit größeren Auswahlmöglichkeit der Patienten weniger Bedeutung hat).

Diese Problematik hat zuletzt dadurch stark an Schärfe verloren, dass wegen der zunehmenden Stellenbesetzungsprobleme eher Gefahr besteht, dass Patienten keinen Arzt finden, als dass Ordinationen Schwierigkeiten haben, einen wirtschaftlich adäquaten Patientenstock aufzubauen. Dazu kommt, dass diese Themenstellung ebenfalls im Rahmen des gesamtvertraglichen Systems beherrschbar wäre. Sie unterscheidet sich auch nicht von den Anforderungen, die die Einführung der Gruppenpraxen mit sich gebracht hat. Auch dort müssen sich die Gesamtvertragsparteien in gleicher Weise damit auseinandersetzen, inwieweit die Aufnahme von zusätzlichen Gruppenpraxenpartnern den Stellenplan und insbesondere

die Interessen der benachbarten Ordinationen berührt. In den meisten Bundesländern sind für diese Konstellationen bereits Lösungen gefunden worden, die gleichermaßen zur Lösung der mit der Anstellung von Ärzten verbundenen Stellenplanprobleme genutzt werden können.

2.5. Persönliche Mitwirkung

Aus wirtschaftlichen Gründen wohl eher unwahrscheinlich, aber theoretisch möglich wäre eine Entwicklung, bei der zumindest in Einzelfällen Kassenvertragsärzte sich weitgehend oder sogar vollständig aus der Führung der Ordination zurückziehen und die Arbeitslast zur Gänze an den oder die angestellten Ärzte übertragen.

Man könnte dazu die Haltung einnehmen, dass wegen des besonderen persönlichen Charakters der ärztlichen Ordination eine derartige Entwicklung unerwünscht wäre. Auch aus standespolitischer Sicht könnten es Vertreter der Jungärzte als unfair empfinden, wenn es zu derartigen Phänomenen kommt. Zu überlegen wäre daher, ob nicht die Anstellungsmöglichkeit von Ärzten von einer Mindestmitwirkungspflicht des Ordinationsinhabers abhängig gemacht werden sollte. Dies wäre auch systemlogisch, wenn man berücksichtigt, dass § 52a Abs. 3 Z 6 ÄrzteG auch für die Gesellschafter von Gruppenpraxen eine „maßgebliche“ persönliche Mitwirkung verlangt.

2.6. Abgrenzung zum freien Dienstvertrag/Vertretungslösungen

Niedergelassene Ärzte sind in hohem Ausmaß darauf angewiesen, dass sie im Verhinderungsfall auf Vertreter zurückgreifen können, um ihre Patienten weiter ordnungsgemäß zu betreuen. In der Praxis kann es sich dabei um Nachbarkollegen handeln. Es gibt aber auch viele Ordinationen, die Spitals- oder Wohnsitärzte als Vertreter in der eigenen Ordination beschäftigen, was naturgemäß für die Patienten durchaus Vorteile hat. Diese Vertreter werden derzeit mit freiem Dienstvertrag beschäftigt und unterliegen daher nicht den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen des ASVG. Allerdings ist die Abgrenzung zu echten Dienstverträgen schon derzeit schwierig und wird noch schwieriger werden, wenn es tatsächlich zur Anstellung von Ärzten bei Kassenärzten kommt. Die für die Abgrenzung vom freien zum echten Dienstvertrag herangezogenen Kriterien sind nämlich für Arztordinationen typischerweise weitgehend unbrauchbar. Üblicherweise unterscheidet sich der freie vom echten Dienstvertrag dadurch, dass

der freie Dienstnehmer nicht weisungsgebunden ist, mit eigener Infrastruktur arbeitet und hinsichtlich der Arbeitszeit und des Arbeitsortes selbst entscheidet. In der Praxis stellt sich nun das Problem, dass Ärzte, die einen Kassenarzt in dessen Ordination vertreten, natürlich arbeitsortgebunden sind, dessen Ordination und damit Infrastruktur nutzen und auch die mit der Kasse vereinbarten Ordinationszeiten einzuhalten haben, womit sie nicht frei in ihrer Zeiteinteilung sein können. Aber auch das Kriterium der Weisungsgebundenheit ist nicht eindeutig, weil Ärzte nach § 3 Abs. 2 ÄrzteG weisungsungebunden sind, gleichgültig, ob sie freiberuflich (also etwa im Rahmen eines freien Dienstverhältnisses) oder im Rahmen eines echten Dienstverhältnisses tätig werden.

Wünschenswert wäre daher, im Zuge einer Neuregelung der Anstellungsmöglichkeit von Ärzten bei Ärzten auch in eindeutiger Weise gesetzlich klarzustellen, dass Ordinationsvertreter nicht vom Dienstnehmerbegriff des ASVG erfasst sind.

3. Schluss

Gesundheits- und standespolitisch wird wohl darauf reagiert werden müssen, dass eine immer größer werdende Anzahl von ÄrztInnen nicht mehr selbst eine Kassenordination übernehmen möchte, sondern extramurale Medizin im Rahmen einer Anstellung betreiben will. Die damit verbundenen Probleme sind sicherlich lösbar, bedürfen allerdings der Unterstützung durch den Gesetzgeber. Dieser Weg sollte gegangen werden, weil es sowohl aus Sicht der Patienten als auch aus Sicht der Ärzteschaft vernünftiger erscheint, die anstellungswilligen Ärzte bei Ärzten anzustellen als in anonymen Ambulatorien.