

A u f d e n

S t a n d P u n k t

g e b r a c h t

Die Rubrik „Auf den StandPunkt gebracht“ beinhaltet Positionen und ExpertInnenwissen aus der Standesvertretung der Ärzte und Ärztinnen in Österreich zum jeweiligen Schwerpunktthema der Ausgabe.

MR Dr. Edgar Wutscher

2. Kurienobmann-Stellvertreter der niedergelassenen Ärzte in Tirol

„Es gibt zunehmend Probleme mit der Besetzung von Vertragsarztstellen am Land, und die Politik erkennt das Problem noch immer nicht!“

Stellen Sie sich vor: Ein Allgemeinmediziner geht in Pension und versucht einen Nachfolger zu finden. Die Gremien der Ärztekammer sind ebenfalls bemüht, die Stelle ohne Unterbrechung wieder zu besetzen. Es handelt sich um eine eingeführte Kassenstelle am Land mit hervorragenden Patientenzahlen und zusätzlich einer ausgezeichnet florierenden Hausapotheke. Die nächste Bezirksstadt ist 30 km entfernt und die Fahrzeit dorthin beträgt mit dem Auto etwa 25 Minuten. Die schulische Ausbildung der Kinder ist also kein Problem. Trotzdem findet sich auch nach einem Jahr der Suche kein junger Arzt, welcher sich für die Stelle bewirbt. Wo liegen also die Ursachen?

Dieses Beispiel ist leider kein Fantasieszenario, sondern wird immer mehr zur traurigen Realität. Es ist bereits jetzt so, dass in mehreren Regionen in Österreich die Stellen nicht mehr nachbesetzt werden können, und es ist damit zu rechnen, dass sich die Situation weiter verschärfen wird. Das gilt sowohl im Bereich der Allgemeinmedizin als auch für Fachärzte, denn in den nächsten zehn Jahren geht mehr als die Hälfte der Landärzte in Pension.

Einer der Gründe, warum Landarztstellen für junge Ärzte und Ärztinnen unattraktiv erscheinen, ist die hohe Belastung durch Bereitschaftsdienste, denn Landärzte und Landärztinnen haben durchschnittlich jede zweite oder dritte Woche einen 48-stündigen Bereitschaftsdienst abzuleisten. Hinzu kommen dann noch zahlreiche Nachtdienste unter der Woche, das kann jede zweite Nacht oder sogar bis zu fünf Mal die Woche vorkommen. Gemeinsam mit den gewöhnlichen Ordinationszeiten kommen Landärzte und Landärztinnen daher auf Arbeitszeiten um die 100 Stunden in der Woche.

Diesen unattraktiven Arbeitszeiten steht außerdem noch schlechte Bezahlung gegenüber. Über die Vergütung der Bereitschaftsdienste kann sogar so manche Putzfrau nur den Kopf schütteln. Darüber hinaus sind die Kassenverträge degressiv gestaltet: Je mehr Patienten ich behandle, desto weniger bekomme ich dafür. Das bedeutet, dass Ärzte und Ärztinnen, die wegen hoher Patientenfrequenzen viel arbeiten müssen, finanziell dafür auch noch bestraft werden.

Ein Blick über die Grenze nach Deutschland zeigt, dass es auch dort massive Probleme gibt, die wir so auch in Österreich haben. Bei unseren Nachbarn fehlen bereits jetzt erschütternde 4.600 Landarztpraxen! Ganze 2.600 davon sind Praxen für Allgemeinmedizin und 2.000 sind Facharztpraxen.

Daher wäre die Politik gut beraten endlich die zunehmend dramatische Situation zur Kenntnis zu nehmen und Lösungsvorschläge zu akzeptieren und auch umzusetzen. Ein wichtiger Punkt dabei ist sicher der Abbau von unnötigen bürokratischen Hürden. Das würde den Ärzten und Ärztinnen vieles erleichtern. Vor allem bei Gruppenpraxen bedarf es einer Entflechtung der Bürokratie, denn mit Hilfe flexiblerer Modelle wäre es auch für weibliche Kolleginnen leichter vorstellbar, den schwierigen Spagat zwischen Landarztpraxis und eigener Familie bewältigen zu können. Aber auch bei Übernahmepraxen ist es von großer Bedeutung, Flexibilisierungen vorzunehmen.

Ein weiterer essentieller Punkt ist eine dringend notwendige Verbesserung der Lebensqualität bei einer zufriedenstellenden Einkommenssituation der Landärzte und Landärztinnen. Einerseits bedarf es dafür einer globalen Verbesserung der Honorarordnung der Kassen, vor allem aber müssen die degressiven Staffeln aufgehoben werden. Darüber hinaus bedarf es auch einer Stärkung der Hausapotheken, um die Wirtschaftlichkeit der Landarztpraxen zu verbessern.

Die Politik muss endlich zur Kenntnis nehmen, dass wir Ärzte nicht die bestverdienenden Götter in Weiß sind, sondern dass wir gerne zum Wohle unserer Patienten arbeiten. Gleichzeitig muss es aber möglich sein, ein Mindestmaß an Lebensqualität für uns und unsere Familien zu erhalten.

Dr. Doris Müller

Turnusärztervertreterin in der Ärztekammer für Oberösterreich

„Die Ausbildung der jungen MedizinerInnen muss aufgewertet werden, damit sie sich den Herausforderungen des Landarztberufes gewachsen fühlen und ein größeres Interesse dafür geweckt wird.“

Junge ÄrztInnen wollen heutzutage eher selten eine Praxis am Land führen. Ursachen gibt es dafür mehrere. Einerseits hat man in der Stadt viel mehr Rahmenprogramm. Man hat hier vielleicht den Turnus absolviert und dementsprechend einen Freundeskreis bzw. ein familiäres Umfeld aufgebaut. Oder vielleicht hat die Partnerin oder der Partner einen guten Job in der Stadt und möchte nicht aufs Land ziehen. Außerdem ist in ländlichen Gegenden die Belastung durch Nacht- und Wochenenddienste viel größer. In der Peripherie führt man ein Kleinunternehmen und ist auf sich alleine gestellt. Wenn man nicht genau weiß, was auf einen zukommt, ist es sicher schwierig, diesen Schritt in die Selbständigkeit zu gehen.

Das sind jedoch nur einige mögliche Gründe, warum sich junge Ärztinnen und Ärzte gegen eine Landarztpraxis entscheiden, denn es ist auch so, dass sich eine moderne Lebensführung, wie junge Menschen sie heute gerne pflegen, mit dem Landarztberuf schlecht vereinbaren lässt. Die Generation von heute lebt anders. Der Arzt ist nicht mehr der „Großverdiener“ in der Familie bzw. wird die Praxis nicht mehr als „Familienunternehmen“ geführt. Die Partnerinnen und Partner sind selbst meist Akademiker und verdienen gut. Die Medizin wird darüber hinaus zunehmend weiblich, und das wirkt sich natürlich auch auf den Bereich der Niederlassungen aus. Kleine Kinder zu Hause zu haben und ständig erreichbar sein zu müssen bzw. Nachtdienste zu machen, ist für viele nicht möglich oder auch nicht gewollt. Haus- bzw. Landarzt ist man aber rund um die Uhr und hat so kaum mehr Zeit für die Familie, Freunde oder Hobbys. Die Generation von heute möchte aber nicht nur für den Beruf leben, sondern die Zeit mit der Familie verbringen und vor allem die Freizeit selbst gestalten können.

Darüber hinaus bietet die Ausbildung zur Allgemeinmedizinerin/zum Allgemeinmediziner, wie sie bisher in Österreich stattfindet, leider nicht ausreichend Vorbereitung auf den Landarztberuf. Wenn man den Turnus nur in einem oder mehreren Krankenhäusern absolviert, wird man nicht auf die An-

forderungen einer Niederlassung vorbereitet. Zu arbeiten, ohne den ganzen Apparat einer Radiologie, eines Labors etc. hinter sich zu haben, lernt man dort definitiv nicht. Außerdem bereitet einen auch niemand auf das Führen eines Kleinunternehmens vor.

Das Absolvieren einer Lehrpraxis könnte sicher hilfreich sein, um diese Lücken in der Ausbildung zu schließen, leider gibt es aber damit einige Probleme. Bisher wird die Lehrpraxis jedenfalls nur von wenigen Kolleginnen und Kollegen genutzt. Grund dafür ist unter anderem die teilweise schlechte Bezahlung. Andererseits muss man in der Lehrpraxis auch mehr Monate absolvieren, um die Ausbildungszeit dementsprechend angerechnet zu bekommen. In der Lehrpraxis wird man 1:1 ausgebildet, das heißt, der ausbildende Arzt hat nur einen auszubildenden Turnusarzt/ärztin zu betreuen. Die Ausbildung ist folglich besser und man lernt, was man selbst behandeln kann und wo die Grenzen sind, also ab wann man einen Patienten zum Facharzt oder ins Krankenhaus schicken muss. Ich habe oft erlebt, dass im Krankenhaus zu schnell ein Konsil ausgeschrieben wird. So gesehen müssten die Monate in der Lehrpraxis jedenfalls gleichwertig angerechnet werden wie jene im Krankenhaus – wenn man dieses Modell nicht sogar umdrehen sollte. Sprich: Im Vergleich zur Ausbildung in einer Lehrpraxis sollte die Ausbildung im Spital sogar länger dauern und zusätzlich einen verpflichtenden Monat in der Ambulanz beinhalten.

Meiner Meinung nach kann mit Hilfe von Lehrpraxen das Interesse junger Medizinerinnen und Mediziner am Landarztberuf wieder vermehrt geweckt werden. Denn nur wenn man selbst sieht, welche Vor- und Nachteile auf einen zukommen, kann man sich auch trauen, den Schritt in eine selbstständige Praxis zu setzen. Das Führen einer Landarztpraxis kann sehr bereichernd, aber auch fordernd sein. Wenn man den jungen Kolleginnen und Kollegen die Landarztpraxis schmackhaft machen möchte, dann muss man sie einerseits dementsprechend ausbilden, andererseits ist es aber auch ganz essentiell, dass diese Ausbildungszeit adäquat bezahlt wird.

Eine Praxis zu führen bedeutet, weit mehr als im Angestelltenverhältnis im Krankenhaus zu arbeiten. Man führt ein Kleinunternehmen und hat nicht den ganzen Apparat hinter sich, den einem ein Spital bietet. Man hat nicht sofort einen Radiologen, der ein Röntgen oder einen Ultraschall machen kann, zur Hand. Oder ein Labor, das in 30 Minuten ein Blutbild, Gerinnung, Nieren- oder Leberwerte und Herzenzyme etc. liefert. Auf das wird man wie gesagt während der Turnusausbildung, wie sie bisher abläuft, nicht vorbereitet. Zudem

kommt noch die wirtschaftliche Komponente von Praxisräumlichkeiten über Ordinationsassistenten, Reinigungskräfte bis hin zu Hygienevorschriften etc., die man beachten muss. Der vermehrte Wegfall einer wichtigen Einnahmequelle – nämlich der Hausapotheke – macht die Eröffnung bzw. die Übernahme einer Landarztpraxis dann noch unattraktiver!

Dr. Reinhold Glehr

Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM)

„Immer häufiger sind Landarztpraxen kaum mehr wirtschaftlich zu führen.“

Die Problematik der Landarztpraxen ist in Zusammenhang mit der zunehmenden Abwanderung aus dem ländlichen Raum zu sehen. Viele Industriegebiete, z.B. im steirischen Oberland, haben an Bedeutung verloren, die Landwirtschaft ist für immer weniger Familien Existenzgrundlage, der Tourismus ist in manchen Gegenden, die früher viel Wirtschaftskraft daraus bezogen haben, fast zusammengebrochen. Vor allem die Jüngeren, besser Gebildeten ziehen weg und suchen einen adäquaten Arbeitsplatz bzw. eine familienfreundlichere Infrastruktur in den Städten. Die Alten bleiben zurück.

Der ärztlichen Versorgung kommt hier besondere Bedeutung als Maßnahme zum Erhalt der Attraktivität des ländlichen Raums zu. Einerseits gilt dies besonders für junge Familien, damit sie ihn weiterhin als Lebensort wählen, andererseits hat dies aber auch für ältere Menschen große Bedeutung, die entweder immer dort gelebt haben oder im Alter dem Trubel der Großstädte entfliehen wollen. Eine angemessene, rechtzeitige Stützung der Landarztpraxen hat in diesem Sinn nicht zu unterschätzende regionalpolitische Bedeutung und mit dem häufig unterstellten Eigeninteresse der Ärzteschaft wenig zu tun.

Bei der Frage, ob es heute noch möglich ist, eine Landarztpraxis wirtschaftlich zu führen, kommt es vor allem auf die Definition des Begriffes an. Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Situationen von Arztpraxen im ländlichen Raum. Ihre wirtschaftliche Problematik ist dabei von zahlreichen Faktoren abhängig: dem Einzugsgebiet, der geografischen Situation, der Verkehrssituation zu verschiedenen Jahreszeiten, der Variabilität der Patientendichte in Tourismusgebieten, der Abwanderungsproblematik, der Situation der Industriegebiete

im Einzugsgebiet der Schulstandorte etc. Durch die gestiegenen Ansprüche an qualitätsvolle Mitarbeiter, zeitgemäße Räumlichkeiten und Gerätschaften auf der einen Seite und die negative Entwicklung bei den Kassenhonoraren, die in den letzten zehn Jahren meist unter der Teuerungsrate erfolgte, auf der anderen Seite ist die wirtschaftliche Attraktivität von Landarztpraxen aber sicherlich gesunken. Insbesondere trifft dies jene Landarztpraxen, denen die Hausapotheke entzogen wurde.

Zur Stützung und Aufrechterhaltung von Landarztpraxen bedarf es daher einer ganzen Reihe von Maßnahmen. Eine besondere Bedeutung kommt dabei der monetären Sonderstellung der Landärzte durch die Kassen zu. Die sogenannte Abstufung oder Mengenbegrenzung als Maßnahme der Steuerung soll verhindern, dass Ärzte ihre Tätigkeit über ihren Versorgungsauftrag zu sehr ausdehnen. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz in Deutschland wurde diese Mengenbeschränkung im ländlichen Raum aufgehoben. Das ist sicher eine der möglichen Maßnahmen, um die Attraktivität von Landpraxen zu erhöhen, es sollte aber nicht die einzige bleiben. Sockelbeträge, wie in Dänemark, die der Besonderheit der Situation Rechnung tragen, sind meiner Meinung nach eher anzudenken als Ausnahmen bei der Mengenbegrenzung, da es sich bei den finanziell stützungsnotwendigen Praxen zum größten Teil um kleine Praxen handelt.

Die finanzielle Seite ist jedoch nur ein Aspekt der Problematik, und es müssen daher grundsätzlich auch andere Überlegungen diskutiert werden. Etwa könnten Ärztinnen und Ärzte, die in unterversorgten Gebieten für einen bestimmten Zeitraum tätig sind, bei einer eventuellen späteren Bewerbung in städtischen Räumen eine bevorzugte Berücksichtigung finden.

Darüber hinaus wird zukünftig auch anderen vertraglichen Gegebenheiten ebenso große Dringlichkeit zukommen, deren finanzieller Hintergrund vertragliche Lösungen finden sollte. Ich möchte beispielhaft die Teilung von Verträgen nennen, die eine Entlastung von der Vorhalteleistung „zeitliche Verfügbarkeit“ bringen könnte. Des Weiteren wäre die Ermöglichung der Anstellung von Ärzten bei Ärzten essentiell, weil dadurch jenen, die noch nicht zur Übernahme unternehmerischer Verantwortung bereit sind, der Einstieg zur Tätigkeit im ländlichen Raum erleichtert wird. Als Beispiel könnten regelmäßige Konsiliardienste von Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Sonderfächer in den Landpraxen stattfinden, was auch ein wichtiges Service für die Patienten darstellen würde. Aber auch die Einrichtung von Gruppenpraxen und Ärztenetzwerken sollte gestützt statt behindert werden.

Trotz nach wie vor steigender Ärztezahlen haben Ärzte in strukturschwachen Regionen zunehmend Schwierigkeiten, einen Nachfolger für ihre Praxis zu finden. Dies betrifft insbesondere Hausärzte. Schlechtere Infrastruktur auf dem Land, erschwerte Arbeitsbedingungen, lange Anfahrtswege bei Hausbesuchen und häufige Bereitschaftsdienste sind die Belastungen, die bei der Honorarverteilung in Deutschland, aber auch in Österreich bisher wenig berücksichtigt wurden.

Seit dem Jahr 2000 mussten zahlreiche Hausapotheken, vor allem bei der Übernahme von Ordinationen im ländlichen Raum, schließen. Zusammen mit der unbefriedigenden Entwicklung bei den Kassenhonoraren und den erhöhten Ausgaben durch Steigerung der Qualität des organisatorischen und medizinischen Angebotes der Praxen, ergab der Verlust der ärztlichen Apotheken eine schwere Einschränkung der Wirtschaftlichkeit von Landarztpraxen. Hier kompensatorische Maßnahmen zu setzen, ist sicher ein Gebot der Stunde. Das Beispiel Deutschland zeigt, dass zu späte Reaktionen die Tendenz zur Unterversorgung nicht mehr stoppen können und eine Qualitätsverschlechterung der medizinischen Versorgung am Land die Folge ist.

MR Dr. Wolfgang Ziegler

Kurienobmann-Stellvertreter der niedergelassenen Ärzte in Oberösterreich

„Die häufigen Notdienste machen den Beruf des Landarztes unattraktiv, denn in der Stadt müssen viel weniger oder keine Dienste abgeleistet werden.“

Die Belastung durch Bereitschaftsdienste in der Nacht und an den Wochenenden ist enorm. Derzeit verrichten in Oberösterreich etwa 600 Ärztinnen und Ärzte Notdienst in rund 100 Dienstsprengeln. Im Schnitt entspricht dies 61 Diensten pro Jahr oder fünf Diensten im Monat, unter der Woche jeweils von 14 Uhr bis 7 Uhr, an Wochenenden und Feiertagen von 7 Uhr bis 7 Uhr. In ländlichen Regionen sind für einen Sprengel oft nur zwei bis drei KollegInnen zuständig, in anderen oft bis zu 30 KollegInnen. Die Belastung durch die Bereitschaftsdienste variiert daher sehr stark. Die Häufigkeit der Nachtdienste ist in ländlichen Regionen naturgemäß aber viel höher. Hier müssen Ärzte

und Ärztinnen oft jeden dritten Tag Nachtdienst leisten und am nächsten Tag wieder ihre Ordination betreuen. Die Patienten erwarten sich aber zu Recht eine/n hoffentlich ausgeschlafene/n Hausarzt oder Hausärztin in der Praxis.

Mit zunehmendem Alter wird es schwieriger, diese Herausforderung zu meistern, das kann ich nach 26 Dienstjahren aus eigener Erfahrung bestätigen. Während ich zu Beginn meiner Tätigkeit oft nachts eine Visite gefahren bin, mich dann wieder hingelegt habe und sofort einschlafen konnte, funktioniert das heute nicht mehr so klaglos. Oft liege ich nach einer nächtlichen Ausfahrt ein oder zwei Stunden wach. Dieser Schlaf fehlt mir dann am nächsten Morgen. Da viele Hausärztinnen und Hausärzte heute bereits der älteren Generation angehören, glaube ich, dass die häufigen Nachtdienste für viele eine große Belastung sind.

Ich denke aber, dass es auch für Ärztinnen oft schwer ist, Nachtdienste zu leisten, zumindest wenn sie der Doppelbelastung von Familie und Beruf ausgesetzt sind. Viele Frauen lassen ihre Kinder, zumindest solange sie klein sind, in der Nacht ungern alleine zu Hause. Engagierte Väter können das nicht immer wettmachen, denn heute sind meist beide Elternteile berufstätig und auch in anderen Berufen gibt es Nachtarbeit oder Außendienst. Nachtdienste und Familie vertragen sich daher eher schlecht miteinander. Manche Ärztinnen haben verständlicherweise in der Nacht allerdings auch einfach Angst, alleine in oftmals entlegene Gegenden zu fahren.

Letztendlich schränken häufige Notdienste aber auch die Freizeitgestaltung ganz erheblich ein. Viele Wochenenden sind zumindest an einem Tag durch einen Dienst „angepatzt“. Im Dienst gibt es kein Kino, kein Theater, keine aufwändigere Gartenarbeit, keinen Sportabend, keine Freundesrunde und dergleichen. Das läuft einer modernen Work-Life-Balance zuwider und wird von der jüngeren Generation entsprechend negativ bewertet. Man kann sagen, dass durch das zunehmende Alter der Ärzte und Ärztinnen, die steigende Frauenquote innerhalb der Ärzteschaft und dem nachvollziehbaren Wunsch nach einer modernen Lebensführung insgesamt die Bereitschaft für Notdienste zurückgeht.

Um dem entgegenzuwirken, haben wir in der Ärztekammer für Oberösterreich schon vor einigen Jahren begonnen, die Voraussetzungen für eine Vergrößerung der Dienstsprengel zu schaffen. Denn größere Sprengel bedeuten mehr ÄrztInnen pro Sprengel und damit weniger Dienste für den Einzelnen. Natürlich sind uns damit da und dort Grenzen gesetzt, insbesondere aus geografischen Gründen. In vielen Teilen Oberösterreichs ist es aber durch-

aus möglich und wurde teilweise auch schon umgesetzt. Sprengelvergrößerungen sind auch deshalb machbar, weil die Menschen im Gegensatz zu früher viel mobiler sind, es mehr und bessere Straßen gibt, ein vollständig ausgebautes Rettungs- und Notarztsystem zur Verfügung steht und es etwa Navigationsgeräte gibt. Eine so engmaschige Sprengelstruktur wie früher ist heute daher nicht mehr notwendig. Unsere bisherigen Sprengelzusammenlegungen haben auch gezeigt, dass der Mehraufwand bei den Diensten in keinem Verhältnis zur gewonnenen Lebensqualität steht. Der Mehrverdienst, der durch die Mehrarbeit bei den Diensten und die höhere Pauschale entsteht, ermöglicht es außerdem, leichter junge VertretungskollegInnen zu finden, die den einen oder anderen Dienst übernehmen. Das macht gleichzeitig auch ein bisschen Werbung für den an sich ja schönen Beruf des Landarztes.

Aber auch andere Modelle des Bereitschaftsdienstes werden überlegt, initiiert, pilotiert und eingeführt. So besteht etwa im Bezirk Perg eine enge Zusammenarbeit mit dem Roten Kreuz, das ein Fahrzeug und einen Fahrer zur Verfügung stellt. Damit fällt für die KollegInnen auch die Angst weg, nachts alleine unterwegs zu sein. Finanziert wird das durch die eingesparten Notdienste im größeren betreuten Gebiet. Es bleibt zu hoffen, dass unsere Nachwuchssorgen in der Landmedizin den Gewinn an Lebensqualität nicht wieder rasch zunichtemachen!

Darüber hinaus kann ich noch sagen, dass es für mich als Landarzt erschreckend ist, wie stark in den letzten 26 Jahren die laienmedizinische Kompetenz der Bevölkerung abgenommen hat. In der jüngeren Generation weiß kaum noch jemand, wie man Topfenwickel oder Essigpatscherl macht. Oft wird wegen kleinsten Unannehmlichkeiten sofort der Notdienst angefordert, nicht selten in einem rüden, fordernden Ton, ganz nach dem Motto: „Wozu gibt es denn schließlich einen Notdienst.“ Auch wenn Kinder immer ein Grund sind, eine Visite zu fahren, so ist es doch eine emotionale Herausforderung, wenn man ein fünfjähriges Kind, das erbrochen hat, bei der Visite um vier Uhr morgens Chips essend vor dem Computer findet. Da ist ein echter Notfall, bei dem man wirklich helfen konnte, weniger belastend.