

Zeitschrift für Gesundheitspolitik

ZGP

Ausgabe 01/2013

Schwerpunktthema

Neue Versorgungs- formen im nieder- gelassenen Bereich



Schwerpunktthema:

Neue Versorgungsformen im niedergelassenen Bereich

Z
GP

Schwerpunktthema

Neue Versorgungsformen im niedergelassenen Bereich

Ausgabe 1/2013



Impressum:

Die in der ZGP veröffentlichten Beiträge sind nicht unbedingt mit der Auffassung des LIG oder seines Trägers ident.

LIG – Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Obmann: Präs. Dr. Peter Niedermoser

Geschäftsführer: Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

ZGP – Zeitschrift für Gesundheitspolitik

Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion: Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung, Dinghoferstraße 4, 4010 Linz

Redaktion: Mag. Katharina Riedler

Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien

Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

Liebe Leserin, lieber Leser,

mit der vorliegenden Ausgabe startet die ZGP-Zeitschrift für Gesundheitspolitik und damit die erste regelmäßige Publikationsreihe des LIG, des Linzer Institutes für Gesundheitssystemforschung.

Beim LIG handelt es sich um kein universitäres Institut, sondern um eine Gründung der Ärztekammer für OÖ. Damit wollen wir unterstreichen, dass die Ärztekammern nicht – wie uns häufig vorgeworfen wird – nur defensive Positionen einnehmen. So wie auch die anderen Kammern in Österreich aktiv an der Fortentwicklung unseres politischen Systems mitgestalten wollen, sehen wir es als unsere Aufgabe, an der ständigen Verbesserung des österreichischen Gesundheitssystems mitzuwirken.

Es geht dabei nicht um Forschung in einem internationalen Rahmen. Es geht vielmehr darum, dass Experten aus Wissenschaft und Praxis im Rahmen dieser Zeitschrift zu den aktuellen Problemen des österreichischen Gesundheitswesens Beiträge einbringen sollen. Sie sollen damit Denkanstöße liefern. Hier sollen keine theoretischen Modelle publiziert werden, sondern Ideen und Konzepte, die praktisch umsetzbar erscheinen.

Diese Ausgabe soll das Thema „Neue Versorgungsformen im niedergelassenen Bereich“ beleuchten. Es entspricht dem Zeitgeist, in neuen Versorgungsformen ein Allheilmittel für alles zu sehen. Mit neuen Versorgungsformen soll unser Gesundheitssystem billiger und gleichzeitig patientenfreundlicher werden. Und es soll damit endlich zur seit Jahren eingeforderten Entlastung der Spitalsambulanzen kommen. Umso erstaunlicher ist, dass sich in der Realität oder zumindest in der Wahrnehmung der Realität trotz der intensiven Diskussion über neue Versorgungsformen wenig geändert hat.

Das hat mehrere Gründe: Zum einen sind die traditionellen Versorgungsformen keineswegs so schlecht, wie immer behauptet wird und verdienen in einem effizienten und flächendeckend ausgerollten ambulanten Versorgungssystem weiterhin ihren Platz. Zum anderen gibt es tatsächlich eine Reihe von

innovativen Modellen, die – vielleicht weil sie nicht am Reißbrett entstanden sind und daher keinen Idealtypus verkörpern – vielfach unbeachtet sind. Ziel dieser Publikation ist es daher auch, einige dieser in der Versorgungsrealität tatsächlich umgesetzten Modelle vorzustellen. Schließlich und vor allen Dingen scheitern aber jene, die neue Versorgungsformen im ambulanten Sektor etablieren wollen, immer wieder an Systemgrenzen. Wo diese Systemgrenzen liegen, wo sie verändert werden, aber auch wo sie weiterhin ihren Sinn haben und aufrecht bleiben sollen, auch darüber soll in diesem Band diskutiert werden.

Dr. Felix Wallner
Geschäftsführer des LIG

Dr. Peter Niedermoser
Obmann des LIG

Inhaltsverzeichnis

Bedeutung, Stellenwert und Herausforderungen einer hausarztorientierten Primärversorgung – Betrachtungen auf basisinternationaler Evidenz <i>Mag. PhDr. Heinz Neumann</i>	9
Aktuelle Herausforderungen der ambulanten Versorgung in Österreich <i>Mag. Katharina Riedler</i>	33
Gruppenpraxen in Wien – ein Erfolgsmodell mit Ausbaupotential <i>Dr. Thomas Holzgruber</i>	59
Gruppenpraxis mit besonderem Blick auf OÖ <i>Mag. Katharina Riedler</i>	69
Ärzte OG oder Ärzte GmbH <i>Dr. Christian Huber</i>	93
Rahmenbedingungen und Vorschläge für neue Versorgungsformen im niedergelassenen Bereich <i>Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner</i>	113
Neues Versorgungsmodell für die ambulante pädiatrische Versorgung im Raum Kirchdorf <i>Mag. Nikolaus Herdega, MSc</i>	135
Finanzierungssystem und ambulanter Sektor Das Modell einer homogenen Finanzierung von spitalsambulantem und niedergelassenem Bereich <i>Mag. Katharina Riedler</i>	157

Mag. PhDr. Heinz Neumann

Fakultät für Management, FH Oberösterreich, Campus Steyr

Bedeutung, Stellenwert und Herausforderungen einer hausarztorientierten Primärversorgung

Betrachtungen auf basisinternationaler Evidenz

1. Einleitung	10
2. Verständnis von Primärversorgung	11
3. Zuordenbare Effekte – die internationale Evidenzlage	14
4. Herausforderungen aus einer Systemperspektive	22
5. Implikationen für die Primärversorgung in Österreich	25
6. Fazit	28

Zusammenfassung: Im Rahmen dieses Artikels soll die Bedeutung einer gut ausgebauten Primärversorgung beleuchtet werden. Dabei wird die international vorliegende Evidenz zu Effekten einer hausarztorientierten Primärversorgung auf die Gesundheit einer Bevölkerung sowie die vorliegende Evidenz zu Effekten einer mit der Primärversorgung verbundenen Steuerungsfunktion (Gatekeeping) anhand von Ergebnissen aus aktuellen Meta Reviews dargestellt. Abschließend werden punktuell Herausforderungen an eine Primärversorgung aufgrund demografischer Entwicklungen, auch unter Bezugnahme auf den österreichischen Systemkontext, andiskutiert.

1. Einleitung

Ein Großteil aller Erstkontakte mit einem Gesundheitssystem findet unbestritten im Primärbereich statt. Schon lange gilt die Erkenntnis, dass 70–80% der Kosten im Gesundheitsbereich direkt oder indirekt durch Entscheidungen in diesem Bereich verursacht werden.¹ International spricht man dem Primärbereich einen maßgeblichen Einfluss auf die Ergebnisse einer Gesundheitsversorgung zu. So senkt bspw. nach Studien aus Großbritannien jeder zusätzliche Allgemeinmediziner² auf 10.000 Einwohner die Sterberate um sechs Prozent.³

Chronische Erkrankungen und Multimorbidität bestimmen zunehmend den Versorgungsalltag. Nicht zuletzt angesichts dieser Situation stellt in der Gesundheitspolitik international nahezu unstrittig die Stärkung der Primärversorgung in der Ausrichtung eines zentralen Steuerungsinstruments einen entscheidenden Faktor dar, um in Zukunft den Gesundheitszustand der Bevölkerung erhalten zu können.⁴

Schon 1998 war im 13. Gesundheitsziel des WHO Programms „*Gesundheit 21: Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert*“ die Verwirklichung eines integrierten Gesundheitssektors angeführt, innerhalb dessen die Primärversorgung ein stärkeres Gewicht erhalten sollte.⁵ 2004 wurde an der EU-Konferenz „*Shaping the EU Health Community*“ in Den Haag das EU-Konzept zur Primärversorgung vorgestellt.⁶ Ausgehend von einem Vergleich der Gesundheitssysteme innerhalb der EU und von wissenschaftlicher Evidenz gab es die Empfehlung, die Rolle der Primärversorgung zu stärken und als wünschenswertes Grundprinzip die Versorgung um einen Hausarzt zu zentrieren. Patienten sollten sich in einer Hausarztpraxis registrieren⁷, um die Patientenbindung an eine Praxis zu erhöhen.

Im Oktober 2008 kritisierte die WHO im World Health Report 2008 unter dem Titel: „*Primary Health Care, now more than ever*“, dass selbst in entwickelten Ländern in den letzten 30 Jahren zu wenig Fortschritt hin zu einer umfassenden primären Gesundheitsversorgung stattgefunden habe und dass weiterhin ein überwiegender Fokus auf medizinischer Spezialisierung liegen würde. Weiters betonte die WHO abermals, dass eine hausarztbasierte primärmedizinische Versorgung in allen Ländern zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der

1 vgl. NERA (1993)

2 general practitioner

3 vgl. Starfield et al. (2005), 462

4 vgl. Schlette et al. (2009), 11ff.

5 vgl. WHO (1998), 29

6 vgl. Health Council of the Netherlands (2004)

7 Dies wird jedoch nicht zwingend mit Gatekeeping verknüpft

Bevölkerung führen könnte. Die WHO forderte Staaten deshalb auf, ihren Gesundheitssystemen eine stärkere Primary (Health) Care-Orientierung zu geben.⁸ In diesem Zusammenhang wird angemerkt: „*It is remarkable that an industry that currently mobilizes 8,6% of the World's GDP invests so little in research on two of its most effective and cost-effective strategies: primary care and the public policies that underpin and complement it*“.⁹ 2009 fand sich in der WHO Resolution „Primary health care, including health system strengthening“¹⁰, die von allen WHO Mitgliedsstaaten angenommen wurde, eine nochmalige Bekräftigung dieses Ansatzes.

Autoren argumentieren in einer Reihe von Fachpublikationen ebenfalls seit längerem für eine Stärkung der Primärversorgung.¹¹ In einem Gutachten des deutschen Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2009 stellt ebenfalls eine starke Primärversorgung den Schlüssel für ein modernes Gesundheitssystem dar, um eine qualitativ hoch stehende, kosteneffektive und (verteilungs-)gerechte Versorgung bereitstellen zu können.¹²

2. Verständnis von Primärversorgung

Der Ansatz einer (hausarztzentrierten) Primärversorgung stellt ursprünglich ein in Großbritannien in den 1920er Jahren entwickeltes Konzept dar.¹³ In der internationalen Betrachtung zeigt sich inzwischen eine große Variationsbreite in der Bedeutung der Inhalte, die mit dem Begriff der Primärversorgung als Versorgungskonzept verbunden werden. Es ergibt sich eine paradoxe Situation. Wenn auch die Stärkung der Primärversorgung in Theorie und Praxis pauschal als Schlüsselement postuliert und mit positiven Effekten assoziiert wird, existiert bislang nicht einmal eine verbindliche kontext- und professionsunabhängige und damit international unumstrittene Definition von Primärversorgung. Viel eher ent-

8 vgl. Van Lerberghe (2008)

9 ebd., 57

10 vgl. WHO (2009)

11 vgl. bspw. Macinko et al. (2003), Starfield et al. (2005), Schlette et al. (2009), Sottas, Brügger (2012)

12 vgl. SVR-G (2009), 540

13 vgl. Starfield et al. (2005), 457

standen und entstehen situativ Konzepte, während theoretische Begründungen, wie diese konkret auszugestalten sind, weitgehend fehlen. Zu wenig reflektiert scheint auch, wie sich Rollenverständnis und Ausbildung von Health Professionals im Rahmen dieser Konzepte verändern müssen. Während in Westeuropa und insbesondere im deutschsprachigen Raum Primärversorgung stark mit hausärztlicher Versorgung und Ärztezentrung assoziiert wird, sind im angelsächsischen wie auch im skandinavischen Raum Allgemeinärzte in ein breites Spektrum von unterschiedlichen Leistungserbringern einzuordnen. Damit wird viel stärker ein multidisziplinärer und interprofessioneller Ansatz verfolgt und betont.¹⁴

Die Bandbreite der unter Primärversorgung international verfolgten und umgesetzten Konzepte umfasst unterschiedlichste mehr oder weniger weit reichende, bereits etablierte bis neuartige Zugänge, Modelle, Organisationsformen, Instrumente sowie Kombinationen daraus. Damit ergibt sich eine umfangreiche Vielfalt in der theoretischen Befassung wie auch in der Praxis mit einer Vielzahl landesspezifischer (Detail-)Varianten, was eine repräsentative Aufarbeitung schwierig macht. Nach Schlette et al. stellt damit die Primärversorgung eine „*sehr dynamische Reformbaustelle (dar), die fortwährend weiterentwickelt, verknüpft und ausgestaltet wird*“.¹⁵ Primärversorgung geht jedenfalls über allgemeinmedizinische Versorgung hinaus und greift je nach Versorgungsaufgabe, jeweiliger Profession und länder- und ressourcenspezifischer Ausprägung unterschiedlich weit.¹⁶

Zu unterscheiden wäre in diesem Zusammenhang auch noch zwischen den international gebräuchlichen Begriffen Primary Health Care und Primary Care, wenngleich auch diese Begriffe in Theorie und Praxis nicht immer trennscharf und definitorisch eindeutig Verwendung finden. Schon 1978 wurde von der WHO in dem als sogenannten „Alma-Ata-Deklaration“¹⁷ vertretenen Konzeptansatz von Primary Health Care die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen sowie die Beteiligung der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen und nicht zuletzt der Bevölkerung selbst betont. Die primärärztliche Versorgung (Primary Care) stellt dabei einen zentralen, aber eben nur einen von mehreren Bestandteilen dar, die zusammen Primary Health Care ausmachen.

Muldoon et al. bringen diesen Sachverhalt auf den Punkt: *“Primary Care and Primary Health Care are very similar terms which are often employed interchangeably, but which are also used to denote quite different concepts. Much time and energy is spent discussing which term is the appropriate one for a particular application. (...) Primary Care, the shorter term, describes a narrower concept of*

14 vgl. Sottas, Brügger (2012), 13

15 Schlette et al. (2009), 8

16 vgl. SVR-G (2009), 539

17 vgl. WHO (1978)

“family doctor-type” services delivered to individuals. Primary Health Care is a broader term which derives from core principles articulated by the World Health Organization and which describes an approach to health policy and service provision that includes both services delivered to individuals (Primary Care services) and population-level “public health-type” functions.”¹⁸

Primäre Gesundheitsversorgung im Verständnis von Primary Health Care wird somit dem WHO-Ansatz folgend als umfassende gesellschaftliche Aufgabe aufgefasst und geht damit weit über ein Gesundheitssystem im engeren Sinn hinaus.¹⁹

In Bezug auf primäre Gesundheitsversorgung im Verständnis von Primary Care wurde 2002 von der World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA) eine umfassende Definition der Allgemeinmedizin / Hausarztmedizin für Europa vorgelegt, die als zentrale Wesensmerkmale einer hausarztbasierten Versorgung Zugänglichkeit, Kontinuität, längere bzw. intensivere Arzt-Patientenbeziehung, Koordinierung und umfassende Versorgung festhält. Gemäß WONCA Europe stellt die Hausarztmedizin den ersten Kontaktpunkt im Gesundheitssystem dar und gewährleistet den Zugang bei allen Gesundheitsprobleme für alle Nutzer unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen Merkmalen.²⁰

Geht man von einem pragmatischen Ansatz aus, dann ist Primärversorgung jedenfalls unstrittig zunächst die erste Anlaufstelle für Patienten und umfasst Diagnose, Therapie, Rehabilitation, Palliativmedizin sowie Angebote zur Prävention. Der Patient soll dabei in seinem gesamten persönlichen und sozialen Kontext betrachtet und Kontinuität in der Versorgung auch unter Einbezug von lokalen sozialen Angeboten sichergestellt werden.²¹ Die Gewährleistung einer wohnortnahen kontinuierlichen Versorgung dient letztlich auch dem Erhalt der Autonomie älterer Menschen und hat eine gesellschaftlich integrierende Funktion. In dem bereits angeführten Gutachten des deutschen Sachverständigenrates (2009) wird Primärversorgung – gewissermaßen in Zusammenführung der Schlüsselbegriffe – wie folgt definiert: *„Bereich medizinischer Grundversorgung, in dem die primäre (auch durch ungefilterte Erstinanspruchnahme), umfassende und individuelle Versorgung aller Gesundheitsanliegen erfolgt. Die Primärversorgung umfasst die niedrigschwellige Betreuung auch durch andere Gesundheitsberufe und auch innerhalb von Familien sowie kommunalen Strukturen. International: primary (health) care.“*²²

18 Muldoon et al. (2006), 409

19 vgl. Sottas, Brügger (2012), 12

20 vgl. WONCA EUROPE (2002), 37

21 vgl. Wienke, Boerma (2006), 14

22 SVR-G (2009), 536

3. Zuordenbare Effekte – die internationale Evidenzlage

Dem theoretischen Ansatz, Effektivität und Effizienz von Gesundheitssystemen durch verstärkten Fokus auf Konzepte im Rahmen der Primärversorgung zu verbessern, steht einerseits das Erfordernis einer entsprechenden Belegbarkeit tatsächlich damit verbundener positiver Effekte gegenüber. Andererseits scheint praktische Evidenz vorzuliegen, dass Versorgungsketten und Rahmenbedingungen eines Gesundheitssystems insgesamt – mehr oder weniger – neu zu ordnen sind, damit Primärversorgung eine angenommene positive Wirkung im Gesamtsystem überhaupt erreichen kann.²³ So geht aus Erhebungsdaten in Deutschland hervor, dass Patienten, die im Rahmen eines sogenannten hausarztzentrierten Versorgungsmodells einen Hausarzt als reguläre Erstinstanz bei gesundheitlichen Beschwerden nutzen und deren Arzt ihre Krankengeschichte gut kennt, u.a.:

- deutlich zufriedener sind mit der Arzt-Patienten-Kommunikation,
- Umfang und Verständlichkeit von Erläuterungen zu Krankheiten und Beschwerden sowie die Möglichkeiten zu Verständnisfragen und Nachfragen besser bewerten,
- in höherem Maß ihre Ansprüche auf Früherkennungsuntersuchungen kennen und diese entsprechend auch öfter in Anspruch nehmen,
- häufiger mit der Gesundheitsversorgung insgesamt zufrieden sind.²⁴

Insgesamt betrachtet liegen jedoch aus Deutschland nach Einführung des Hausarztmodells sowohl in Bezug auf Versorgungsqualität als auch Kosteneinsparungen keine empirisch überzeugenden Belege vor.²⁵

Im Folgenden werden die Ergebnisse von aktuellen systematischen Reviews zur Evidenzlage des Beitrags hausarztorientierter Versorgung zur Gesundheit der Bevölkerung und zu nachweislichen Effekten einer hausarztzentrierten Steuerung (Gatekeeping) dargestellt. Diese belegen einerseits klar tendenziell positive Effekte, verdeutlichen andererseits aber auch die Problematik derzeit weitgehend fehlender valider Studien.

23 vgl. Schlete et al. (2009), 13

24 vgl. Böcken (2008), 109ff.

25 vgl. Marstedt (2008), 1

3.1. Beitrag der hausarztorientierten Versorgung zur Gesundheit der Bevölkerung

Über die Evidenzlage zu Effekten einer hausarztorientierten Versorgung auf den Gesundheitszustand einer Bevölkerung gibt ein im Auftrag des deutschen Sachverständigenrates durch Haller et al.²⁶ durchgeführter umfassender Meta-Review Aufschluss. In diesem Evidenzreport wird der Frage nachgegangen, in welcher Form eine hausarztorientierte Versorgung tatsächlich Einfluss auf bestimmte Gesundheitsindikatoren, auf die Zufriedenheit der Patienten (bzw. der Bevölkerung) und/oder auf die Kosten der Versorgung nimmt. Insgesamt wurden die Ergebnisse von 22 Übersichtsarbeiten, die mehr als 1.000 Studien umfassen, berücksichtigt. Aus den in den Übersichten zusammengefassten internationalen und interregionalen Vergleichen von Gesundheitssystemen ergibt sich insgesamt betrachtet eine klare Tendenz insofern, dass Länder mit einer starken Orientierung an den Merkmalen einer hausarztorientierten Versorgung hinsichtlich verschiedener Indikatoren des Gesundheitszustands der Bevölkerung im Vorteil sind. In diesem Report wurden die Ergebnisse in Anlehnung an die von WONCA (2002) definierten Merkmale einer hausarztorientierten Versorgung gegliedert, im Einzelnen in Zugang, Kontinuität, Arzt-Patienten-Beziehung, Koordinierung, hochwertige und umfassende Versorgung (Qualität) sowie Kosteneffektivität. In den Übersichtsarbeiten finden sich Belege für die Bedeutung aller dieser Kernelemente allgemeinmedizinischer Versorgung. Nachstehend werden wesentliche Aussagen aus der Übersichtstudie zu diesen Kernelementen angeführt und die entsprechenden Definitionen laut WONCA (2002) jeweils vorangestellt.

Zugang: Die Allgemeinmedizin stellt „normalerweise den ersten medizinischen Kontaktpunkt im Gesundheitssystem dar und gewährleistet einen offenen und unbegrenzten Zugang für alle Nutzer und für alle Gesundheitsprobleme, unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen Merkmalen der betroffenen Person“.²⁷

Es zeigt sich, dass sich nur wenige Studien mit dem Zugang in das medizinische Versorgungssystem auseinandersetzen. Nach den vorliegenden Studien liegt Evidenz vor, dass eine hausarztorientierte Versorgung

- Zugangsbarrieren (einschließlich Wartezeiten) verringern kann,
- mit geringen Zugangsbeschränkungen mit einer Verbesserung von Gesundheitsindikatoren sowie mit einer verminderten Inanspruchnahme von Notfallambulanzen und einer niedrigeren Hospitalisierungsrate einhergeht sowie auch einer höheren Zufriedenheit verbunden ist.

26 vgl. Haller et al. (2009)

27 WONCA EUROPE (2002), 37

Kontinuität: Eine hausarztorientierte Versorgung ist „für eine durch die Bedürfnisse des Patienten bestimmte Langzeitbetreuung verantwortlich“.²⁸

Positive Effekte einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung sind laut Evidenz-Report in zahlreichen Studien belegt. Eine hohe Kontinuität in der Versorgung führt demnach zu

- besseren gesundheitlichen Outcomes,
- höherer Patientenzufriedenheit,
- niedrigeren Hospitalisierungsraten,
- verringerter Inanspruchnahme von Notfallambulanzen,
- weniger Laboruntersuchungen,
- häufigerer Nutzung von präventiven Maßnahmen und besserer Compliance
- sowie geringeren Kosten.

Die generelle Aussagekraft einschränkend muss allerdings angemerkt werden, dass in den Studien durchaus unterschiedliche Konzepte von Kontinuität zu Grunde gelegt wurden.

Arzt-Patienten-Beziehung: Diese erfolgt „mit einem personenbezogenen Ansatz, der auf das Individuum sowie auf dessen Familie und Lebensumfeld ausgerichtet ist.“ Die Allgemeinmedizin „bedient sich eines besonderen Konsultationsprozesses, der durch effektive Kommunikation zwischen Arzt und Patient den Aufbau einer Langzeitbeziehung ermöglicht“.²⁹

Der Einfluss der Arzt-Patienten-Beziehung auf patientenrelevante Outcomes ist in mehreren Studien untersucht, wobei auch hier unterschiedliche Aspekte berücksichtigt wurden. Eine gute Arzt-Patienten-Beziehung, gekennzeichnet durch längere Konsultationszeiten,

- führt zu einer schnelleren Genesung und Verbesserung des Gesundheitszustandes bei niedrigeren Gesundheitsausgaben durch Verringerung medizinischer Tests und seltener Überweisungen,
- führt zu weniger Medikamentenverschreibungen und ist verknüpft mit mehr Empfehlungen zu Lebensstil und präventiven Maßnahmen,
- unterstützt die Etablierung einer „gesundheitsfördernden“ Arzt-Patienten-Beziehung.

28 ebd., 37

29 ebd., 37

Koordinierung: Die Allgemeinmedizin nutzt „die Ressourcen des Gesundheitssystems auf effiziente Weise durch Koordinierung der Betreuung, Zusammenarbeit mit anderen im Bereich der Primärversorgung tätigen Berufen, und durch das Management der Schnittstelle zu anderen Spezialgebieten, wobei sie nötigenfalls die Rolle als Interessenvertreterin von Patienten Anliegen übernimmt“.³⁰

Auch eine Untersuchung der Koordinierung der Versorgung in Verbindung mit Kontinuität liegt in mehreren Studien vor. Eine durch Primary-Care-Teams koordinierte Versorgung

- zeigt demnach positive Wirkungen auf ambulanter Ebene für Parameter der Prozessqualität, wie bspw. Angemessenheit, Kommunikation und Informationsfluss zwischen Leistungserbringern oder Zugang,
- ist hingegen für Gesundheitsparameter in der Evidenzlage uneinheitlich und lässt damit keine klaren Schlussfolgerungen zu.

Hervorzuheben ist, dass der Wert einer koordinierten Gesundheitsversorgung Messprobleme aufwirft, da Koordinierung immer mit anderen Versorgungsaufgaben eng verbunden bleibt. Auf die Evidenzlage zu Auswirkungen des Gatekeepings als einem zentralen Instrument zur Förderung der Koordinierung und der Kontinuität der Versorgung wird noch gesondert in Pkt. 3.2 eingegangen.³¹

Qualität: Die Allgemeinmedizin fördert „Gesundheit und Wohlbefinden durch angemessene und wirksame Intervention“.³²

Eine einheitliche Studienlage zu Vorteilen einer ausgeprägten allgemeinmedizinischen gegenüber einer spezialisierten Versorgung insgesamt ist laut Studienreport nicht gegeben. Tendenziell zeigt sich, dass

- eine allgemeinmedizinische Versorgung insbesondere bei chronischen Erkrankungen vorteilhaft ist,
- hingegen bei seltenen Erkrankungen und bei einigen Akuterkrankungen ein Versorgungsvorteil durch Spezialisten zu bestehen scheint.

30 ebd., 37

31 Gatekeeping wurde in den von Haller et al. in diesem Metareview erfassten Übersichtsarbeiten nicht ausreichend berücksichtigt

32 ebd., 37

Kosteneffektivität: Leistungen, die im Rahmen einer hausarztorientierten Versorgung erbracht werden, sollen nach WONCA nicht nur qualitativ hochstehend erbracht werden, sondern auch in Form einer kosteneffektiven Patientenbetreuung. „Interventionen müssen angemessen, wirksam und, soweit wie möglich, nachweisbezogen sein.“³³

Insgesamt zeigt sich im Evidenzreport einerseits in mehreren Studien sehr deutlich, dass sich durch eine hausarztorientierte Versorgung Gesundheitsausgaben reduzieren lassen. Andererseits zeigt die Evidenzlage für kompliziertere Verläufe bestimmter Erkrankungen wie bspw. Asthma tendenzielle Vorteile der Versorgung durch Experten in Form von besseren klinischen Outcomes als auch niedrigeren Gesundheitsausgaben.

Kritisch anzumerken bleibt zu diesen Ergebnissen, dass laut Haller et al. die Studienlage derzeit sehr heterogen ausfällt. So wird angeführt, dass Definitionen in den Studien uneinheitlich verwendet wurden, die Qualität der Primärstudien nahezu durchgängig als mangelhaft zu bewerten ist und die Objektivität einiger Übersichtsarbeiten infolge unvollständiger methodischer Angaben zu hinterfragen ist. Hinzu kommt, dass qualitativ hochstehende gesundheitsökonomische Evaluationen zu Vergleichen zwischen hausarztorientierter und spezialistenbasierter Versorgung nicht vorlagen. Eine im Einzelnen eindeutige Interpretation erscheint damit letztlich aufgrund der Unzulänglichkeiten der gegebenen Studienlage nicht möglich.

In ähnlicher Weise, wenn auch nach einem anderen Ansatz strukturiert, wurden auch in einem systematischen Review von Kringos et al.³⁴ positive Zusammenhänge zwischen Kernaspekten von hausarztorientierter Versorgung und Outcomeparametern ausgewiesen. Aber auch hier wird kritisch angemerkt: *“The main difficulty in interpreting the included studies is the lack of proven causalities between primary care dimensions and outcome measures. The evidence is limited to associations and key findings.”*³⁵

33 vgl. WONCA EUROPE (2002), 15

34 vgl. Kringos et al. (2010)

35 ebd., 10

3.2. Effekte des Gatekeepings durch Hausärzte

Einer expliziten Koordinierungsrolle der Primärversorgung wird besondere Bedeutung zugemessen. Als sogenannter Gatekeeper soll vornehmlich der Hausarzt für einen einheitlichen und abgestimmten Behandlungsprozess sorgen, den Informationsfluss zwischen allen an der Versorgung Beteiligten koordinieren und damit Schnittstellenprobleme lösen. Gatekeeping bedeutet so im Grundsatz, dass jeder Behandlungsfall mit einem Besuch bei einem dafür festgelegten Gatekeeper beginnt. Ausgenommen sind Notfälle und vorab definierte Leistungsbereiche. Sämtliche Leistungen werden somit vom Gatekeeper erbracht oder – idealtypisch in Abstimmung und Übereinstimmung mit dem Patienten – koordiniert und damit veranlasst.³⁶

Das Gatekeeping-Konzept weist in der Theorie bestechende Stärken auf. So soll eine kontinuierliche Betreuung – idealtypisch über den gesamten Lebenszyklus – sichergestellt werden. Durch die langfristige Beziehung können präventive Maßnahmen gestärkt und eine unnötige spezialisierte Versorgung vermieden werden. Infolgedessen werden mit diesem System auch niedrigere Gesundheitsausgaben assoziiert.³⁷ Gatekeeping-Modelle werden speziell beim Zugang für vulnerable Gruppen (Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand, Schicht, Ethnien), also Gruppen, die üblicherweise insbesondere mit Koordinationsproblemen konfrontiert sind, als überlegen angesehen.³⁸ Diese Koordinationsfunktion wird v.a. angesichts multimorbider und chronisch kranker Patienten als besonders wesentlich erachtet.

Auch die Effekte des Gatekeepings durch Hausärzte³⁹ wurden in Form eines systematischen Reviews im Auftrag des deutschen Sachverständigenrates durch Zentner et al.⁴⁰ aufgrund der vorliegenden Studienlage analysiert. Der einbezogene Studienpool, in dem Effekte von Gatekeeping durch Hausärzte im Vergleich zu Modellen des freien Zugangs zu spezialisierter gesundheitlicher Versorgung untersucht wurden, bestand aus 24 Studien. In diesem Report wurden Studiergebnisse zu als relevant erachteten klinischen Ergebnisparametern, Zufriedenheitsparametern und ökonomischen Ergebnisparametern ausgewertet. Nachstehend werden wesentliche Aussagen zu diesen Parametern in komprimierter Form angeführt.

36 vgl. Amelung, Schumacher (2004), 151ff.

37 ebd., 158

38 vgl. Shi et al. (2003), 142f.

39 Studien, in denen die gatekeeping Funktion durch nichtärztliches Personal ausgeübt wurde, wurden explizit nicht berücksichtigt

40 vgl. Zentner et al. (2008)

Klinische Ergebnisparameter, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Zufriedenheit: Aufgrund der vorliegenden Evidenz

- sind Hinweise gegeben, dass keine Unterschiede in den Gesundheitsergebnissen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten zwischen Versorgungssystemen mit Gatekeeping und freiem Zugang bestehen,
- sind Auswirkungen von Gatekeeping auf die Zufriedenheit der Patienten und die Prozessqualität der Versorgung aufgrund uneinheitlicher Ergebnisse nicht abschließend qualifizierbar,
- gehen tendenziell eine strikte Registrierungspflicht und/oder zusätzliche finanzielle Steuerungskomponenten für Hausärzte mit einer geringeren Patientenzufriedenheit einher,
- kann zur Zufriedenheit der Leistungserbringer mit Gatekeepingsystemen keine Aussage gemacht werden, da in keiner der eingeschlossenen Studien dieser Parameter untersucht wurde.

Ökonomische Parameter: Laut Review

- sind Hinweise gegeben, dass Gatekeeping die Inanspruchnahme der ambulanten fachspezialisierten Versorgung sowie die Gesamtgesundheitsausgaben pro Kopf und die Ausgaben für die ambulante spezialisierte Versorgung senkt, wobei die Einsparpotenziale aber einer großen Streuung unterliegen. Insgesamt betrug die Größenordnung an potenziellen Einsparungen durch Gatekeeping je nach Studie zwischen 5% und 65% der Gesamtgesundheitsausgaben pro Kopf, bei Studien mit Daten aus europäischen Ländern zwischen mindestens 25% in der Schweiz und 40% in Dänemark,
- sind hingegen Effekte zu anderen Parametern der Nutzung spezialisierter Leistungen, wie Krankenhaus, Notaufnahme, Arzneimittel, diagnostische Leistungen in den Studien uneinheitlich oder unterschiedslos.

Die einzige eingeschlossene internationale Vergleichstudie zeigte für die Niederlande als einem Land mit expliziter Gatekeeping-Regelung, dass signifikant weniger Patienten mehrfach Fachärzte konsultierten. In der betreffenden Studie wurde dies als höhere Kontinuität und bessere Versorgungskoordination durch ein hausarztzentriertes System gegenüber freiem Zugang interpretiert. Andere mögliche wesentliche Einflussfaktoren wie unterschiedliche Vergütungssysteme, Facharztdichte etc. wurden jedoch nicht berücksichtigt.

Die Ergebnisse der Auswertung fallen damit ernüchternd aus. Nach Zentner et al. ist es auch bei keiner der eingeschlossenen Studien mit Sicherheit möglich, Effekte des Gatekeepings von anderen Systemfaktoren zu isolieren und spezifische Mechanismen und Strukturen des Gatekeepings, die Effekte im Einzelnen auslösen, zu differenzieren. Allerdings waren die Effekte von Gatekeeping verbunden mit Registrierungspflicht und finanziellen Steuerungskomponenten in ihrer Wirkungsrichtung eindeutiger. Erschwerend für eine schlüssige Interpretation kommt hinzu, dass

- sich ein Großteil der Studien (rund 70%) auf Gatekeeping-Umsetzungen in den USA bezieht,
- nur rund 10% der Studien eine gute Durchführungs- und Publikationsqualität aufwiesen und damit letztlich nur eine qualitativ wie auch quantitativ schwache Studiengrundlage (derzeit) vorliegt.

Hinzuzufügen ist, dass ein Gatekeeping-Konzept ohne entsprechende Qualifikationen für die Koordinations- und Management-Funktion eines Gatekeepers nicht sinnvoll durchgeführt werden kann. Weiters können Rollenkonflikte auftreten, da sich die Rolle des Allgemeinmediziners von einer ausschließlichen und untergeordneten Kollegenfunktion zu einem Auftraggeber des Facharztes verändert. Zu hinterfragen ist, inwieweit die mit Gatekeeping einhergehende Einschränkung der freien Arztwahl in Widerspruch zu der Vorstellung eines kompetenten autonom entscheidenden Patienten steht.⁴¹

Für eine Wirksamkeit in der Versorgungspraxis sind damit eine entsprechende Einbindung in den Systemkontext und auch mehr oder weniger umfangreiche Veränderungen im gesamten Versorgungssystem notwendig. Voraussetzung ist letztlich die grundsätzliche Akzeptanz eines Gatekeepings durch die Bevölkerung.

41 vgl. Amelung, Schumacher (2004), 159ff.

4. Herausforderungen aus einer Systemperspektive

Sieht man die Versorgungsaufgabe im Vordergrund, stellt sich insbesondere die Frage, wie in einer älter werdenden Bevölkerung eine adäquate Versorgung von chronisch erkrankten Patienten, häufig verbunden mit Multimorbidität, Polypharmazie und Pflegebedürftigkeit, sicherzustellen ist. Bemühungen, die Versorgungssituation chronisch Kranker zu verbessern, müssen in der Primärversorgung ansetzen, da ein Großteil dieser Patienten zugleich auch einen Großteil der Versorgung in Hausarztpraxen bekommt. Auch nach der klinischen Epidemiologie chronischer Erkrankungen kommt der Primärversorgung eine zentrale Rolle zu.⁴² So bestimmen chronische Erkrankungen und Multimorbidität zunehmend den Versorgungsalltag in der Primärversorgung.⁴³ Bereits heute sind über 80% aller Beratungen in der Hausarztpraxis durch chronische Krankheiten ausgelöst.⁴⁴ Weiters dominieren Multimorbiditäten. Laut Ergebnissen des Projekts MultiCare in Deutschland waren insgesamt 62,1 % der Personen in der Untersuchungspopulation, die als repräsentativ für das ältere multimorbide (hausärztliche) Patientenkollektiv angesehen wird, multimorbid mit durchschnittlich 5,7 chronischen Erkrankungen.⁴⁵ Die Erhöhung der Inanspruchnahmen in der primären Versorgung durch chronische Krankheiten und Multimorbidität wird in vielen Studien bestätigt.⁴⁶

Trotz international unterschiedlicher Systeme und Zugänge zur Primärversorgung lassen sich Übereinstimmungen hinsichtlich wesentlicher zu berücksichtigender Faktoren in der Ausrichtung und Ausgestaltung von hausarztorientierter Primärversorgung ableiten – dies nicht zuletzt unter dem Aspekt der Dominanz chronischer Erkrankungen. Die Übereinstimmungen können als Empfehlungen im Sinn von Good Practice von Primärversorgung dienen, um zugeschriebene positive Effekte realisieren zu können. Unter Bezugnahme u.a. auf das sogenannte Chronic-Care-Modell⁴⁷, das auch den Aspekt der Einbettung der Primärversorgung in lokale (= gemeindenahе) Ressourcen und Angebote sowie die Notwendigkeit der Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patienten selbst betont, beinhalten diese

42 vgl. Rothman, Wagner (2003), 256

43 vgl. Gerlach et al. (2006), 335

44 vgl. bspw. SVR (2001), Wilson (2005), Sottas, Brügger (2012)

45 vgl. Van den Bussche, Scherer (2011), 81

46 vgl. Gijssen et al. (2001)

47 vgl. Wagner et al. (1996)

- eine konsequente (Neu)Orientierung in der hausärztlichen Versorgung an den veränderten Morbiditätsbedingungen mit dem Überwiegen chronischer Erkrankungen sowie damit verbundenen veränderten Bevölkerungs- bzw. Patientenerwartungen,
- die Anerkennung einer guten Primärversorgung als wesentliche Erfolgsbedingung bzw. Grundvoraussetzung für integrierte Versorgungsmodelle,
- damit einhergehend das Erfordernis einer systematischen Veränderung auf allen Systemebenen in der Versorgung, d.h. auf der Ebene der direkten Interaktion zwischen Patienten und Versorgenden, der Ebene der Organisation der Leistungserbringung wie auch der Ebene des gesamten Gesundheitssystems.⁴⁸

Auf der Ebene der unmittelbaren Arzt-Patient-Beziehung werden insbesondere folgende Aspekte hervorgehoben:

- die Aufrechterhaltung bzw. Verstärkung einer persönlichen Kontinuität in der Arzt-Patient-Beziehung auch unter unterschiedlichen Organisationsbedingungen,
- eine stärkere Berücksichtigung von Patientenpräferenzen sowie ein partnerschaftlicher Entscheidungsstil,
- ein aktiver Einbezug der Patienten in den Versorgungsprozess.

Auf Ebene der Organisation der Leistungserbringung in der hausärztlichen Praxis gehen alle internationalen Modellkonzepte unter dem Aspekt einer zweckmäßigen Versorgungsorganisation von einem notwendigen Größenwachstum zukünftiger Hausarztpraxen aus, da die Versorgung chronisch Kranker die Möglichkeiten einer traditionellen Einzelpraxis überfordert. Größenvorstellungen reichen dabei von einer typischen Gemeinschaftspraxis, wie in vielen europäischen Ländern bereits etabliert, mit etwa zwei bis vier Hausärzten bis zu größeren Zusammenschlüssen auf der Grundlage von fünf bis zehn Hausärzten, zuständig dann für ungefähr 10.000 bis 20.000 Personen. Davon ausgehend haben insbesondere folgende Aspekte Bedeutung:

- das Erfordernis von grundsätzlich neu strukturierten Arbeits- und Kompetenzverteilungen, wobei Aufgaben und Qualifikation nichtärztlicher Praxismitarbeiter zunehmen,

48 vgl. SVR-G (2009), 855

- die Umdefinition und die Neukonzeption von bestehenden Behandlerrollen: Dies bedeutet die Übernahme einer eigenständigen (Teil-)Verantwortung für die Kontinuität der Versorgungsprozesse bei chronischen Erkrankungen durch dafür entsprechend qualifizierte Berufsgruppen in enger Kooperation mit den Patienten und die verstärkte Konzentration ärztlicher Praxismitglieder auf rein ärztliche Aufgaben⁴⁹ im Sinn eines „Facharztes“ für komplexe Betreuungssituationen. In diesem Zusammenhang zeigt ein Cochrane Review⁵⁰, der internationale Studien zur Substitution von Ärzten durch Pflegefachpersonen in drei spezifischen Primärversorgungssituationen⁵¹ auswertete, dass adäquat ausgebildete Pflegefachpersonen in diesen spezifischen Situationen die gleiche Qualität der Versorgung und dieselben Behandlungsergebnisse erzielten wie Ärzte.
- die Sicherung der personellen Kontinuität in Form von geeigneten Kooperationsmodellen wie bspw. (interdisziplinären) Kleinteamen, bestehend aus einem Arzt und einem bis zwei weiteren Gesundheitsprofessionals unter aktivem Einschluss des Patienten,
- die intensivierete Kooperation und qualitätsgesicherte Prozessabstimmung mit anderen Leistungserbringern der gleichen Versorgungsstufe wie auch nachgelagerter Versorgungsstufen,
- die verstärkte Einbindung und Nutzung der Potenziale neuer Informationstechnologien,

insgesamt die Stärkung von spezifischen Kompetenzen wie Beratungsfähigkeiten, Kompetenzen zur Patientenaktivierung etc. im gesamten Team einer Hausarztpraxis.⁵²

Die Erhaltung persönlicher Arzt-Patient-Beziehungen kann dabei als eine besondere Herausforderung bei einer Veränderung hin zu größeren Einheiten angesehen werden. So zeigt eine Studie in 284 Hausarztpraxen in zehn europäischen Ländern, dass Patienten sich in kleineren Praxen signifikant besser betreut fühlten als in größeren Praxen mit mehreren Ansprechpartnern bzw. Mitarbeitern.⁵³

49 ebd., 855f.

50 vgl. Laurant et al. (2009)

51 Erstkontakt und Folgekontakte der gesamten Patientenpopulation; Erstkontakt in dringlichen Situationen; Management von chronisch Kranken

52 vgl. SVR-G (2009), 856f.

53 vgl. Wensing et al. (2008)

Auf der Ebene der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen wird u.a. international mehr oder weniger übereinstimmend eine stärkere Patientenbindung an die Hausarztpraxis im Sinne eines Einschreibesystems empfohlen. So ist davon auszugehen, dass eine zukünftige Gesundheitsversorgung ohne Instrumente des Gatekeepings nicht auskommen kann, obwohl, wie bereits angeführt, die wissenschaftliche Evidenz für eine Wirksamkeit durchaus nicht eindeutig ist. Weitgehende Übereinstimmung gibt es auch über die Grundzüge eines adäquaten Vergütungssystems für die Primärversorgung, das von der Erbringung einzelner Leistungen und persönlicher Inanspruchnahme möglichst abgekoppelt sein sollte.⁵⁴

5. Implikationen für die Primärversorgung in Österreich

In einer aktuellen IHS-Studie⁵⁵ wird der Performance des österreichischen Gesundheitssystems ein eher ernüchternder Befund ausgestellt. In Bezug auf den Outcome wird zusammenfassend angeführt: *„Gegenwärtig liegt die outcomeorientierte Performance Österreichs sowohl in internationalen Vorbildstudien als auch in vorliegender IHS-Studie nur im (hinteren) Mittelfeld.“*⁵⁶ Und in Bezug auf die Effizienz des österreichischen Gesundheitssystems heißt es: *„In Österreich ergibt ein hoher Ressourceneinsatz bei mittelmäßiger Performance eine eher geringe Gesundheitssystemeffizienz im Vergleich zu anderen hochentwickelten Ländern“*.⁵⁷

Struktur- und Steuerungsdefizite im österreichischen Gesundheitssystem sind in zahlreichen Analysen und Studien hinreichend aufgearbeitet.⁵⁸ Gerade der Primärversorgung kommt bis dato in Österreich nur eine vglw. untergeordnete und zugleich unklare Rolle zu. Die Aufgaben in der Primärversorgung werden dabei vor allem von Allgemeinmedizinerinnen wahrgenommen, deren Zahl und Anteil an der Ärzteschaft im internationalen Vergleich sehr niedrig liegt⁵⁹. Auf der Basis ei-

54 vgl. SVR-G (2009), 857

55 vgl. Cypionka et al. (2012)

56 ebd., 38

57 ebd., 38

58 vgl. bspw. Arbeitsgruppe Verwaltung neu (2010)

59 Die Anzahl der niedergelassenen Allgemeinmediziner wird für 2011 mit 6.459 von 40.093 Ärzten insgesamt und damit 16,11% angegeben, vgl. Österreichische Ärztekammer (2011) in Stigler (2011)

nes von Starfield⁶⁰ entwickelten Evaluierungsrasters mit als wesentlich erkannten Prinzipien einer guten Primärversorgung wurde die österreichische Primärversorgung 2010 von Stigler analysiert. Dazu wurden insgesamt neun Funktionen⁶¹ als Eigenschaften des Gesundheitswesens als Ermöglichungsfaktoren einerseits und sechs Funktionen⁶² der allgemeinmedizinischen Praxis als Umsetzung der Prinzipien von Primärversorgung andererseits beurteilt. Demnach wurde keine einzige Funktion als stark entwickelt eingestuft und Österreich insgesamt mit Rang 10 von 14⁶³ bis dato untersuchten Ländern als „Low Care Primary“-Land klassifiziert.⁶⁴ Eine international bereits evident belegte Beziehung einer klaren Wechselwirkung zwischen System- und Praxischarakteristik⁶⁵ wurde auch für Österreich bestätigt. Greß et al. zeigen ferner in einer Studie zu Koordination und Management chronischer Erkrankungen in Europa auf, dass in Österreich ein Mangel im Bereich der Vorsorgemedizin, eine inadäquate Koordination zwischen medizinischer Primär- und nachgeordneten Versorgungsbereichen sowie eine Lücke zwischen angewandter Versorgungspraxis und vorhandener Evidenz besteht. Weiters wird angeführt, dass sich die Versorgungsqualität von unterschiedlichen Regionen und Gruppen zum Teil deutlich unterscheidet.⁶⁶

In der am 30. Jänner 2013 im Nationalrat verabschiedeten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit⁶⁷ im Rahmen der Gesundheitsreform 2012 heißt es unter Artikel 3 „Begriffsbestimmungen“: „*Primärversorgung (Primary Health Care): Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleisten ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen*“⁶⁸ Der Artikel 5 „Prinzipien, Ziele und Handlungsfelder der Zielsteuerung Gesundheit“ betont u.a. die Stärkung der Primärversorgung: „*Der Bereich der Primärversorgung („Primary Health Care“) ist nach internationa-*

60 vgl. Starfield (1998)

61 financing; type of primary care practitioner; per cent active physicians who are specialists; professional earnings of primary care physicians relative to specialists; cost sharing for primary care services; patient lists; requirements for 24-hour coverage; and strength of academic departments of family medicine

62 first contact; longitudinality (person-focused care over time); comprehensiveness; coordination; family centeredness; and community orientation.

63 Australien, Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Kanada, Niederlande, Schweden, Spanien, Vereinigte Staaten

64 vgl. Stigler et al. (2012)

65 vgl. Starfield, Shi (2002)

66 vgl. Greß et al. (2009)

67 vgl. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit

68 ebd. 4

lem Vorbild auch im niedergelassenen Bereich zu stärken.“⁶⁹ Ebenso findet sich unter dem Artikel 18 „Steuerungsbereich Versorgungsprozesse“ kurz und bündig die Festlegung: „*Stärkung der Primärversorgung (Primary Health Care) auch im niedergelassenen Bereich.*“⁷⁰

Dies ernst genommen bedeutet – in Ableitung von den beschriebenen internationalen Erkenntnissen – das Erfordernis grundlegender Veränderungen im bestehenden österreichischen Gesundheitssystem. Neue bzw. veränderte Versorgungsmodelle, das hat sich ebenfalls international zur Genüge bewiesen, haben nur dann eine Chance auf Umsetzung, wenn letztlich alle Akteure diese vollinhaltlich mittragen⁷¹. Dazu zählen im österreichischen System die Gebietskörperschaften in Form von Bund, Ländern und bei einer dezentraleren Versorgung entscheidend die Gemeinden, weiters die Leistungserbringer, die Berufsverbände, die Aus- und Weiterbildungsinstitutionen, die Sozialversicherungsträger und nicht zuletzt die Patienten sowie deren Angehörige als wichtige Partner in einer künftigen Versorgung. Stellen Patienten sowie deren Umfeld (Familie, Freunde, Nachbarn) doch laut WHO⁷² die am stärksten unterbewertete Ressource im Gesundheitswesen dar.

Es bleibt abzuwarten, ob ein ernsthafter Primärversorgungsansatz nunmehr in Form des neuen partnerschaftlichen Zielsteuerungsmodells durch Bund, Länder und Sozialversicherung gelingen wird. So hieß es bereits im Regierungsprogramm 2008–2013: „*Eine wesentliche Vertrauensposition in der Versorgung kommt den Hausärzten zu. Diese Position soll gestärkt und ausgebaut werden.*“⁷³

69 ebd. 5

70 ebd. 20

71 vgl. bspw. Czipionka et al. (2010), Schibli (2012), 4

72 vgl. WHO (2002), 46

73 vgl. Regierungsprogramm (2008 – 2013), 183

6. Fazit

Positive Effekte einer ausgeprägten Primärversorgung in Form eines hausarzt-orientierten Versorgungsmodells auf den Gesundheitszustand einer Bevölkerung wie auch die Effizienz eines Gesundheitssystems sind in aktuellen internationalen Meta-Reviews eindeutig belegbar, wenngleich auch die derzeitige Studienlage insgesamt Qualitätsdefizite aufweist. Striktere Zugangsregelungen in Form eines Gatekeepings sind hingegen aufgrund der derzeit vorliegenden Studienlage in Bezug auf ihre Effekte nicht eindeutig bewertbar. Aus internationalen Erfahrungen sind auch Übereinstimmungen zu bestimmten Ausprägungen einer Primärversorgung ableitbar, die gegeben sein müssen, um positive Potenziale der Primärversorgung – nicht zuletzt angesichts der Bedeutung chronischer Erkrankungen und Multimorbidität – auch tatsächlich realisieren zu können. So kommt mit der Zunahme an chronischen Erkrankungen speziell der Steuerungs- und Koordinierungsaufgabe und einem interdisziplinären und multiprofessionellen Aufgabenverständnis in der Primärversorgung zentrale Bedeutung zu. Patienten müssen entsprechend ihrer Möglichkeiten als wesentliche Partner in die Versorgung eingebunden werden. Primärversorgung ist weiters immer im Gesamtkontext eines Systems zu betrachten und eine Neuausrichtung erfordert damit mehr oder weniger Veränderungen auf allen Systemebenen. Um dem Primärbereich in Österreich einen international vergleichbaren Stellenwert zu verschaffen, müssen deshalb nicht nur derzeit bestehende Ausbildungs-, Aufgaben-, Organisations- und Vergütungsstrukturen, sondern vor allem auch Kulturen verändert werden.

Verzeichnis der verwendeten Literaturquellen

- Amelung E.A., Schumacher H.: „Managed Care, Neue Wege im Gesundheitsmanagement“, 3. Auflage, Wiesbaden, Gabler Verlag, 2004
- Arbeitsgruppe Verwaltung neu (Rechnungshof, IHS, WIFO), Arbeitspaket 10: „Gesundheit und Pflege“ (Stand: 31.05.2010), abgerufen am 25.01.2013 unter http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2010/beratung/verwaltungsreform/Gesundheit/Problemanalyse_Gesundheit_und_Pflege.pdf
- Böcken J.: „Hausarztmodelle im Spannungsfeld zwischen ordnungspolitischem Anspruch und Versorgungsrealität“, Böcken J., Braun B., Amhof R. (Hrsg.): „Gesundheitsmonitor 2008, Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung“, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2008: 105-121
- Czypionka T., Riedel M., Röhring G., Mayer S.: „Erfolg und Scheitern von Gesundheitsreformen: Ursachen und Reformanalysen für die USA und Ungarn“, Health System Watch I, IHS Health Econ, Beilage zur Zeitschrift Soziale Sicherheit, 2010: 1-16
- Czypionka T., Röhring G., Schönflug K.: „Public Sector Performance: Gesundheit“, Research Report 2012, Institute for Advanced Studies (IHS), 2012
- Gerlach F.M., Beyer M., Muth C., Saal K., Gensichen J.: „Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen 1“, ZaeFQ, 100, 2006: 335-343
- Gijsen R., Hoeymans N., Schellevis F.G., Ruwaard D., Satariano W.A., Bos G.A.M. van den: „Causes and consequences of comorbidity: a review“, Journal of Clinical Epidemiology, 54, 7, 2001: 661-674
- Greß S., Baan C., Calnan M., Dedeu T., Groenewegen P., Howson H., Maroy L., Nolte E., Redaelli M., Saarelma O., Schmacke N., Schumacher K., van Lente E.J., Vrijhoef B.: „Co-ordination and management of chronic conditions in Europe: the role of primary care-position paper of the European Forum for Primary Care“, Quality in Primary Care, 17, 1, 2009: 75-86
- Haller S., Garrido M.V., Busse R.: „Hausarztorientierte Versorgung, Charakteristika und Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung“, Berlin, Ein Evidenz-Report, 2009, abgerufen am 25.01.2013 unter http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Anhang/Anhang_6.1.3_Evidenzreport_Hausarztorientierte_Versorgung.pdf
- Health Council of the Netherlands: „European primary care“, The Hague, 2004, 20E
- Kringos D.S., Wienke G., Boerma W., Hutchinson A., van der Zee J., Groenewegen P.P.: „The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions“, BMC Health Services Research, 2010, 10, 65: 1-13
- Laurant M., Reeves D., Hermens R., Braspenning J., Grol R., Sibbald B.: „Substitution of Doctors by Nurses in Primary Care“, Cochrane Database of Systematic Reviews 2005“, 4, CD001271, 2009
- Macinko J., Starfield B., Shi L.: „The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998“, Health services research, 2003, 38.3, 831-865
- Marstedt G.: „Hausärztliche Versorgung: Die Bedeutung einer festen Anlaufstelle im Versorgungssystem“, Gesundheitsmonitor 2008 – Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung, 1: 1-7
- Muldoon L.K., Hogg W.E., Levitt M.: „Primary care (PC) and primary health care (PHC). What is the difference?“, Can J Public Health, 2006, 97, 5: 409-411
- NERA (National Economics Research Associates): „Health Care Systems in Eleven Countries: An Overview“, 1993, 23
- Regierungsprogramm 2008-2013: „Gemeinsam für Österreich“, abgerufen am 05.02.2013 unter <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=32965>
- Rothman A.A., Wagner E.H.: „Chronic illness management: What is the role of primary care?“, Ann Intern Med, 138, 2003: 256-261.

- Schibli D.: „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“, Bericht der Arbeitsgruppe „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“ von GDK und BAG, Bern, abgerufen am 25.01.2013 unter http://www.fmh.ch/files/pdf6/versorgungsmodelle_d.pdf
- Schlette S., Blum K., Busse R. (Hrsg.): „Gesundheitspolitik in Industrieländern II. Im Blickpunkt: Primärversorgung, Angemessenheit und Transparenz, nationale Politikstrategien“, Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 2009
- Shi L., Forrest C.B., Von Schrader S., Ng J.: „Vulnerability and the Patient-Practitioner Relationship: The roles of Gatekeeping and Primary Care Performance“, *American Journal of Public Health*, 93, 1, 2003: 138-144
- Sottas B., Brügger S.: „Ansprechstrukturen, Perspektivenwechsel und Grenzverschiebungen in der Grundversorgung“, Zürich, Careum, 2012
- Starfield, B.: „Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology“, Oxford University Press, 1998
- Starfield B., Shi L.: „Policy relevant determinants of health: an international perspective“, *Health Policy*, 60, 2002: 201–218
- Starfield B., Shi L., Macinko J.: „Contribution of primary care to health systems and health“, *Milbank Q*, 2005, 83: 457–502
- Stigler F., Starfield B., Sprenger M., Salzer H., Campell St.: „Assessing primary care in Austria: room for improvement“, *Family Practice*, 2012: 1-5
- SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen): „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“, Band III: „1 Grundlagen, Übersicht, Versorgung chronisch Kranker, Gutachten 2000/2001“, Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, 2001
- SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen): „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“, Sondergutachten, 2009, abgerufen am 25.01.2013 unter <http://www.ifpsbonn.de/publikationen-1/koordination-und-integration-2013-gesundheitsversorgung-in-einer-gesellschaft-des-laengeren-lebens>
- Van den Bussche H., Scherer M.: „Das Verbundvorhaben „Komorbidität und Multimorbidität in der hausärztlichen Versorgung“ (MultiCare)“, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 44, 2011: 73-100
- Van Lerberghe, W.: „The world health report 2008: primary health care: now more than ever“, WHO (World Health Organization), 2008
- Wagner E.H., Austin B.T., Von Korff M.: „Organizing care for patients with chronic illness“, *The Milbank Quarterly*, 1996: 511-544
- Wensing M., Hermsen J., Grol R., Szecsenyi J.: „Patient evaluations of accessibility and coordination in general practice in Europe“, *Health Expectations*, 11, 2008: 384-390
- Wienke G., Boerma W.: „Coordination and integration in European primary care“, Saltman R.B., Rico A., Boerma W.G.: „Primary care in the driver’s seat? Organizational reform in European primary care“, Maidenhead, Open University Press, 2006: 3 -21
- Wilson T., Buck D., Ham C.: „Rising to the challenge: will the NHS support people with long term conditions?“, *BMJ* 330.7492, 2005: 657-661
- WHO (World Health Organization): „Alma Ata Declaration“, Geneva, 1978, abgerufen am 25.01.2013 unter http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- WHO (World Health Organization): „Gesundheit 21–Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle für die Europäische Region der WHO“, Kopenhagen, Europäische Schriftenreihe: „Gesundheit für alle“, 1998, 6
- WHO (World Health Organization): „Innovative Care for Chronic Conditions. Building Blocks for Action“, Copenhagen, 2002
- WHO (World Health Organization): „Resolution WHA62. 12. Primary health care, including health system strengthening“, Geneva, Sixty-Second World Health Assembly, 2009, abgerufen am 25.01.2013 unter http://www.who.int/hrh/resources/A62_12_EN.pdf
- WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General

Practitioners) EUROPE: "Die europäische Definition der Allgemeinmedizin / Hausarztmedizin", 2002, abgerufen am 25.01.2013 unter http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/EUROPAISCHE_DEFINIION%20DER_ALLGEMEINMEDIZIN_HAUSARZTMEDIZIN.pdf

Zentner A., Garrido M.V., Busse R.: „Effekte des Gatekeeping durch Hausärzte“, Systematischer Review für das Sondergutachten „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Berlin, 2008, abgerufen am 25.01.2013 unter http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Anhang/Anhang_7.7.2.3_Systematischer_Review_Gatekeeping.pdf

VEREINBARUNG gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, abgerufen am 05.02.2013 unter http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/I/I_02140/fname_285285.pdf

Mag. Katharina Riedler

Gesundheitsökonomie, Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Aktuelle Herausforderungen der ambulanten Versorgung in Österreich

1. Internationaler Vergleich	34
2. Vorteile eines gut ausgebauten Primärversorgungssystems	37
3. Verbesserung der allgemeinmedizinischen Ausbildung	41
4. Überfüllte Spitalsambulanzen	43
5. Steigender Bedarf bei ambulanten Leistungen	45
6. Ärztemangel	47
7. Landarztsterben	49
8. Probleme der Einzelpraxen	51
9. Schnittstellenmanagement	53

1. Internationaler Vergleich

Bereits 1978 wurde im vielleicht wichtigsten Grundsatzpapier der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der „Deklaration von Alma-Ata“¹ der Primärversorgungsbereich als zentraler Baustein des Gesundheitswesens angesehen.

MMag. Agnes Streissler betont in Ihrem Gutachten zum Hausärztemodell², dass Menschen in Ländern mit einem gut ausgebauten Primärversorgungssystem tendenziell eine höhere Lebenserwartung haben und vor allem mehr Jahre in Gesundheit verbringen. Auch bezeichnen sich Bürger von Ländern mit einer guten Primärversorgung öfter als „sehr gesund“.

Darüber hinaus attestiert sie solchen Ländern im europäischen Vergleich deutlich niedrigere Kosten im stationären Sektor, ohne dass die ambulante Versorgung im gleichen Ausmaß teurer sein muss. Die Darstellungen des folgenden Kapitels folgen im Wesentlichen der Argumentation von Streissler.

Streissler vergleicht in ihrem Gutachten Studien³, die die Primärversorgung von OECD- bzw. europäischen Ländern nach verschiedenen Kriterien ranken. Österreich liegt hier im guten Mittelfeld. Dänemark, die Niederlande und Schweden, die gewisse strukturelle Ähnlichkeiten zu Österreich aufweisen (z.B. kleine, offene Volkswirtschaften), gehören zu den Spitzenreitern. Auch Laimböck sieht diese Länder als Vorreiter in der Primärversorgung.⁴ Belgien schneidet bei Boerma, Dubois (2006) gut ab, bei Macinko (2003) eher schwächer.

Die Kriterien für das Ranking waren:

- Erfolgt der Erstkontakt beim Vertrauensarzt?
- Wie umfassend ist die Versorgung?
- Wie eng ist die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsdienstleistern?
- Betreut der Vertrauensarzt langfristig und außerhalb der Ordination?
- Wie gut sind Arztpraxen der Vertrauensärzte ausgestattet?
- Regulierter Zugang („Gate keeping“)?
- Macinko erhob außer den oben genannten Kriterien noch das regulatorische Element und die Finanzierungsseite.

1 WHO: *Erklärung von Alma-Ata*. 1978.

2 Streissler: *Gesundheitsökonomisches Gutachten: Hausärztemodell*. 2011. S.9.

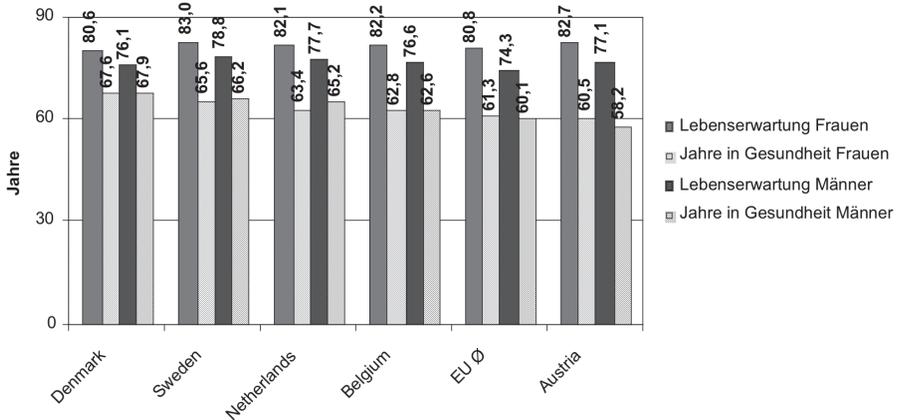
3 Macinko: *The Contribution of primary care Systems to Health Outcomes within Countries 1970-1998*. 2003. OECD

Starfiel: *Contribution of primary care of Health Systems and Health*. 2005.

Boerma, Dubois: *Mapping primary care across Europe*. 2006. S.22-49.

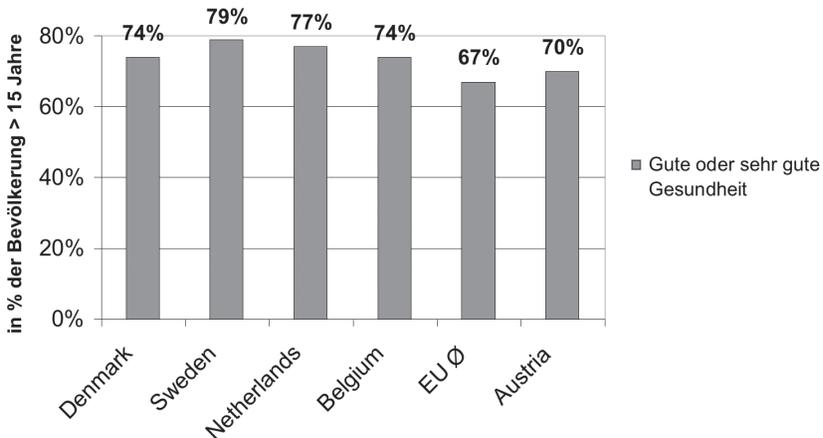
4 Laimböck: *Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems*. 2009. S.203f.

Vergleicht man nun österreichische Gesundheitsdaten mit Ländern, denen besonders gute Primärversorgungssysteme attestiert werden, so wird erkennbar, dass Österreich zwar eine vergleichbar hohe Lebenserwartung hat, jedoch eine geringere Erwartung an gesund verbrachten Jahren.



Lebenserwartung und Jahre in Gesundheit im Ländervergleich, 2005-2007⁵

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der subjektiven Einschätzung der Gesundheit der Bevölkerung. Menschen aus Ländern mit gutem Primärversorgungssystem fühlen sich tendenziell gesünder.

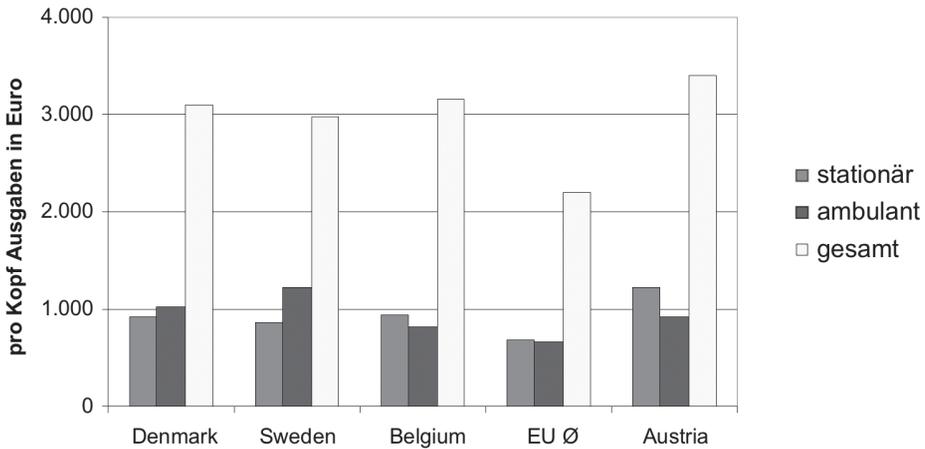


Subjektive Einschätzung der Gesundheit mit „gut“ oder „sehr gut“ im Ländervergleich, 2008⁶

5 OECD: *Health at a Glance: Europe 2010*. S.27. Auswahl.

6 OECD: *Health at a Glance: Europe 2010*. S.45. Auswahl.

Vergleicht man die Gesundheitsausgaben pro Kopf (private und öffentliche) dieser Länder miteinander und stellt gegenüber, wie viel die jeweiligen Länder für die stationäre bzw. die ambulante Versorgung ausgeben, so ist nicht nur offensichtlich, dass in Österreich die Pro-Kopf-Gesamtausgaben im Gesundheitsbereich weit über denen der Vergleichsländer liegen. Sondern darüber hinaus auch, dass die Pro-Kopf-Ausgaben im stationären Bereich massiv höher liegen. Länder mit guter Primärversorgung haben also einerseits gesündere Bürger, können darüber hinaus aber auch noch niedrigere Kosten im Gesundheitssystem vorweisen.



Private und öffentliche Pro-Kopf-Ausgaben im Ländervergleich, 2008⁷

7 OECD: *Health at a Glance: Europe 2010*. S.105 u. 109. Eigene Berechnungen.

2. Vorteile eines gut ausgebauten Primärversorgungssystems

Eine gut ausgebaute Primärversorgung bedeutet die langfristige, kontinuierliche und umfangreiche Betreuung von Patienten durch einen Vertrauensarzt. Darüber hinaus übernehmen Akteure des Primärversorgungssystems (in Österreich sind das vor allem niedergelassene Allgemeinmediziner) die Koordination der Gesundheitsversorgung ihrer Patienten und sammeln medizinisch relevante Daten. Das System zeichnet sich außerdem dadurch aus, dass der Großteil der Erstkontakte beim Hausarzt stattfindet.⁸ Im Rahmen eines ausgeprägten Case Managements ermöglicht ein gutes Primärversorgungssystem, dass

- insgesamt weniger Leistungen erbracht werden müssen,
- Präventionsmaßnahmen effizienter und rechtzeitig erbracht werden,
- vermeidbare Krankheiten weniger häufig auftreten,
- die Versorgung zeitgerecht und adäquat angeboten wird
- und es zu weniger Hospitalisierungen kommt.⁹

2.1. Besserer Gesundheitszustand

Besonders die Wahrnehmung der präventiven Funktion (dazu gehören in erster Linie die beratende Tätigkeit, aber auch regelmäßige Screening- und Monitoring-Maßnahmen) durch die Agenten des Primärversorgungssystems erhöht den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung und senkt damit nicht nur die Gesundheitsausgaben, sondern erhöht vor allem die Lebensqualität.

Der Vertrauensarzt kennt das sozioökonomische Umfeld des Patienten, was die Möglichkeit zur Ausübung einer ganzheitlichen Medizin schafft. Etwa können psychische, biologische und soziale Aspekte mit einbezogen werden. Fragen, Sorgen und Probleme der Patienten können effizienter abgeklärt werden. Außerdem ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient sich an Anweisungen und Ratschläge des Arztes (z.B. zur Einnahme von Medikamenten oder zu Änderungen des Lebensstils) hält, größer, wenn es eine vertrauensvolle Beziehung gibt. Dies zieht wiederum eine höhere Wirksamkeit von beratenden und kurativen Interventio-

8 Stigler: *Reformoptionen – In der Primärversorgung ist Österreich meilenweit davon entfernt, das „weltweit beste System“ zu haben.* S16.

9 Starfield: *Primary Care – Balancing Health Needs, Services and Technology.* 1998. S. 163f.

nen nach sich. Weiters führt eine kontinuierliche Behandlung und die dadurch bedingte umfassende Kenntnis der Patientengeschichten zu einer Reduktion von Behandlungsfehlern.¹⁰

2.2. Soziale Ausgewogenheit

Dass Armut krank macht, ist heute unumstritten. Österreichische und internationale Studien belegen, dass sowohl die subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes als auch die objektiv feststellbare Gesundheit bei einkommensschwächeren Bevölkerungsgruppen schlechter sind als bei besser gestellten Personengruppen.¹¹ Dies wird jedoch nicht nur durch mangelnde materielle Rahmenbedingungen verursacht, sondern gründet auch im Gesundheitssystem. Die WHO empfiehlt in diesem Zusammenhang ein möglichst niederschwelliges Gesundheitssystem, das nahe am Patienten agiert.¹² Ein gut ausgebautes Primärversorgungssystem erfüllt diese Voraussetzungen und kann damit eine sozial ausgewogenere Verteilung von Gesundheitsleistungen gewährleisten und sozioökonomisch bedingte Ungleichheiten in den Gesundheitszuständen der Bevölkerung nivellieren. Eine besondere Bedeutung kommt in primären Versorgungssystemen dabei der langfristigen, vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung zu, bei der Ärzte als Manager der Gesundheit fungieren. In einem Gesundheitssystem, in dem der Hausarzt nicht der erste Ansprechpartner ist, kann es umgekehrt zu einer Zwei-Klassen-Medizin kommen, bei der sozial benachteiligte Bevölkerungsschichten zu wenig und zu spät Leistungen in Anspruch nehmen, während Reichere eine ineffektive Überversorgung genießen.¹³

10 Spalek, Michael, Dr.: *Das Hausarztssystem im internationalen Vergleich*. 2009. S.2.

11 Volkshilfe: *Armut macht krank – Fakten, Zusammenhänge, Empfehlungen*. 2010. S.7f.

12 WHO Europe: *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* 2004. S.7.

13 Streissler: *Gesundheitsökonomisches Gutachten: Hausärztemodell*. 2011. S.26f.

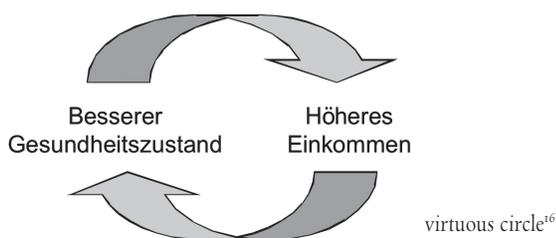
2.3. Volkswirtschaftlicher und individueller Nutzen¹⁴

Auch die WHO Europe kommt zu der Erkenntnis, dass eine stärkere Orientierung des Gesundheitssystems auf die Primärversorgung die Wahrscheinlichkeit erhöht, bessere Gesundheitsergebnisse, bei gleichzeitig niedrigeren Kosten und höheren Patientenzufriedenheiten zu erzielen.¹⁵ Auch viele andere Studien kommen zu solchen Ergebnissen. Diese mit Hilfe niederschwelliger Gesundheitssysteme erzielten Vorteile, wie etwa eine niedrigere Sterblichkeit, eine geringere Morbidität und ein allgemein bessere Gesundheitszustand der Bevölkerung, haben auch einen enormen volkswirtschaftlichen Nutzen.

Im Gesundheitssystem sind dies hauptsächlich Einsparungen durch die Vermeidung von Folgekosten langwieriger Erkrankungen, aber auch Kostenminderungen durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und -befundungen. Zusatzausgaben, die durch die falsche Institutionswahl von Patienten entstehen, können durch den Hausarzt als Gesundheitsmanager ebenfalls minimiert werden. Darüber hinaus ergeben sich auch geringere Kosten in der Pflege und der Rehabilitation.

Vorteile, die hingegen meist übersehen werden, sind zum Einen die durch eine bessere Gesundheit erreichte höhere Aufnahmefähigkeit während der Ausbildung, die zu einem höheren Qualifikationsniveau der Bevölkerung führt. Und zum Anderen die steigende Leistungsfähigkeit während des Erwerbslebens, wodurch es zu einer höheren Produktivität einerseits und zu einem höheren Einkommen andererseits kommt. Dadurch wird das Wirtschaftswachstum sowohl angebots- als auch nachfrageseitig angekurbelt.

Streissler spricht von einem „virtuous circle“, da ein besserer Gesundheitszustand das individuelle und volkswirtschaftliche Einkommen erhöht und das höhere Einkommen wiederum einen besseren Gesundheitszustand herbeiführt.



14 Streissler: *Gesundheitsökonomisches Gutachten: Hausärztemodell*. 2011. S.28f.

15 WHO Europe: *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* 2004. S.6.

16 Eigene Grafik nach Streissler.

Natürlich bringt ein besserer Gesundheitszustand nicht nur volkswirtschaftliche, sondern auch immense individuelle Vorteile mit sich. Alleine der Umstand, gesünder zu sein und im Fall der Fälle rascher wieder gesund zu werden, hat für das Individuum einen unermesslichen Wert. Darüber hinaus ergeben sich daraus auch monetäre Kosteneinsparungen auf individueller Ebene, etwa durch geringere Selbstbehaltzahlungen im Gesundheitssystem, niedrigere Medikamentenkosten, geringere Probleme im Falle einer Rehabilitation und niedrigere Pflegekosten. Ein besserer Gesundheitszustand ermöglicht dem Individuum bessere Ausbildungschancen und eine höhere Produktivität und damit ein höheres Einkommen und in Folge dessen wiederum einen höheren Lebensstandard.

2.4. Unverzichtbare Partner in Wissenschaft und Gesundheitspolitik

Ärzte, insbesondere niedergelassene Allgemeinmediziner, sind überdies unverzichtbare Partner für Wissenschaft und Gesundheitspolitik, da sie helfen, medizinisch relevante Probleme und Entwicklungen zu identifizieren und Versorgungsstrategien zu planen, umzusetzen und zu evaluieren.¹⁷ Daher macht es auch Sinn, diesen Gesundheitssektor zu stärken und Ärzte stärker in Entscheidungsprozesse einzubinden, als dies bisher der Fall war.

¹⁷ Sprenger: *Allgemeinmedizin: Neuanfang oder Ende?* 2009, S.33.

3. Verbesserung der allgemeinmedizinischen Ausbildung

Die ärztliche Ausbildung teilt sich in Österreich im Wesentlichen in zwei große Bereiche auf. Einerseits ist dies das theoretische Studium der Medizin an der Universität, andererseits der praktische Ausbildungsteil nach dem Medizinstudium, der die Jungärzte zu vollwertigen Ärzten macht.

An den österreichischen Medizinuniversitäten gibt es eine Ausbildung im Bereich der Allgemeinmedizin bisher nur sehr rudimentär. Der Trend in den letzten Jahrzehnten ging im Gegenteil immer mehr hin zu Spezialisierungen und Subspezialisierungen in Teilbereiche der Medizin. In anderen Ländern hingegen, wie etwa den Niederlanden und in den skandinavischen Ländern, wurde die Allgemeinmedizin bereits vor Jahren an den Universitäten institutionalisiert. Und auch in Deutschland wurde, nach einer eindeutigen Empfehlung des unabhängigen Wissenschaftsrates, das Fach der Allgemeinmedizin im Jahr 1999 zu einem verpflichtenden Bestandteil der universitären Ausbildung und Forschung festgelegt.¹⁸

Nach dem Studium absolvieren die meisten angehenden Ärzte in Österreich ihre praktische Ausbildung ausschließlich in den Spitälern, wo sie als Turnusärzte hauptsächlich mit Routinetätigkeiten (Dokumentation, Infusionsverabreichung, Blutabnahme,...) beschäftigt werden und häufig als Systemerhalter fungieren. Dieser Teil der Ausbildung sollte jedoch eigentlich das Kernstück der allgemeinmedizinischen Ausbildung sein. Überdies sehen sich Turnusärzte fast ausschließlich mit dem hoch selektierten Patientengut des stationären Bereichs konfrontiert. Denn lediglich 5% der Patienten von Hausärzten werden ins Spital überwiesen.¹⁹ Die Turnusärzte sehen also nur dieses kleine Spektrum von Patienten aus niedergelassenen Hausarztpraxen. Alle anderen Krankheitsbilder der Ordinationen bleiben Turnusärzten verschlossen. Es stellt sich also die Frage, wie sie später diese Fälle in einer eigenen Praxis für Allgemeinmedizin behandeln sollen. Nur wenige machen Erfahrungen im primären Versorgungssystem. Dabei finden dort etwa drei Viertel aller Erstkontakte statt und es werden Entscheidungen getroffen, die 70–80% aller direkt oder indirekt entstehenden Kosten im Gesundheitssystem verursachen.²⁰

18 Sprenger: *Pflichtfamulatur Allgemeinmedizin an der Medizinischen Universität Graz*. 2009. S. 40.

19 Rebhandl: *Die Rolle der Hausärztin / des Hausarztes im österreichischen Gesundheitssystem*. 2008. S.2.

20 Köck: *Das Gesundheitssystem in der Krise. Herausforderung zum Wandel für System und Organisation*. 1996. S.54.

Die einzige Möglichkeit für Jungärzte, Erfahrungen in einer Praxis für Allgemeinmedizin zu sammeln, ist, neben der einmonatigen Famulatur während des Studiums, eine halbjährige Lehrpraxis bei einem niedergelassenen Allgemeinmediziner zu absolvieren. Hier können Auszubildende von erfahrenen Hausärzten lernen und das Arbeitsumfeld einer Praxis kennenlernen. Allerdings fehlt es dafür an der notwendigen Finanzierung. Laut Pichelbauer bewerben sich jährlich etwa 800 Jungärzte für eine Lehrpraxis, aufgrund der beschränkten Förderkapazitäten erhalten jedoch nur etwa 200 eine geförderte Stelle.²¹ Gefördert heißt in diesem Zusammenhang, dass die Auszubildenden monatlich etwa 1.000 Euro erhalten, was, vor allem für eine akademische Vollzeitstelle, sehr wenig ist. Das bedeutet, dass die jungen Ärzte deutliche finanzielle Einbußen in Kauf nehmen müssen, um diese wertvolle Erfahrung machen zu können.

Dass die Allgemeinmedizin in Österreich bisher so vernachlässigt wurde, ist aus medizinischer Sicht eigentlich nicht nachvollziehbar, denn es gibt erhebliche Unterschiede zwischen dem Beruf des Allgemeinmediziners und dem des Spezialisten. Allgemeinmediziner sehen Krankheitsbilder eher im Längsschnitt, also den langfristigen Verlauf, Spezialisten eher den Querschnitt, also den Status Quo. Allgemeinmediziner sind daher die besten Ansprechpartner für die Behandlung von chronischen Krankheitsverläufen, rezidivierend auftretenden Krankheitsbildern, multimorbiden Patienten, unklaren Befindlichkeitsstörungen und psychosomatischen Erkrankungen. Die Allgemeinmedizin definiert sich weiters über die Arzt-Patienten-Beziehung, eine eher biologische statt mechanistische Betrachtungsweise und die ganzheitliche Medizin (Zusammengehörigkeit von Leib und Seele), die das Individuum ins Zentrum rückt.²²

Die Allgemeinmedizin ist also auf Grund der derzeitigen, demographie- und kulturbedingten epidemiologischen Entwicklung eine immer wichtiger werdende Disziplin. Das österreichische Ausbildungsmodell zum Arzt für Allgemeinmedizin ist den aktuellen Anforderungen jedoch nicht gewachsen. Es bedarf daher einer Reform, die ermöglicht, dass es auch in Zukunft Hausärzte gibt, die als Manager der Gesundheit der Bevölkerung fungieren können, denn nur so kann eine effiziente Gesundheitsversorgung gewährleistet werden.

Hinzu kommt, dass bereits ein Besorgnis erregender Trend beobachtbar ist, der einer positiven Weiterentwicklung des Gesundheitssystems entgegensteht. Stigler stellt in seiner Masterthesis²³ fest, dass der Anteil der niedergelassenen Allgemeinmediziner an der Gesamtärzteschaft in Österreich kontinuierlich abge-

21 Pichelbauer: *Wenn sie kein Brot haben, sollen sie Kuchen essen*. 2009.

22 Sprenger: *Allgemeinmedizin: Neuanfang oder Ende?* 2009. S.31f.

23 Stigler: *Reformoptionen – In der Primärversorgung ist Österreich meilenweit davon entfernt, das „weltweit beste System“ zu haben*. 2011. S.17f.

nommen hat. 1960 lag der Anteil noch bei 38,45%, 2011 nur noch bei 16,11%. Diese degressive Entwicklung sieht er auch als Folge des niedrigen Einkommens und mangelnder Forschungsmöglichkeiten und Karrieremodelle für diese Gruppe von Ärzten. Ein Anteil von 30% an niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen, idealerweise von 50%, wird jedoch als Minimum angesehen, um ein gutes Primärversorgungssystem aufrecht erhalten zu können.²⁴ Stigler empfiehlt daher die Umsetzung des „Facharztes für Allgemeinmedizin“, die Stärkung der Institute für Allgemeinmedizin an den medizinischen Universitäten und die Erhöhung der Zahl der niedergelassenen Allgemeinmediziner als drei zentrale Reformpunkte für das österreichische Gesundheitswesen.²⁵

4. Überfüllte Spitalsambulanzen

Die Österreicher gehen viel öfter als notwendig in Spitalsambulanzen. Vorgesehen sind die Ambulanzen eigentlich nur für Notfälle, genützt werden die Spitalsambulanzen aber vielfach als niedergelassenen Ärzten gleichgestellte Anlaufstellen. Dies hat eine Überlastung der spitalsambulanten Strukturen zur Folge. Bagatellfälle werden in einer zu hohen Versorgungsebene behandelt, obwohl niedergelassene Ärzte dafür kostengünstiger und oft auch wohnortnäher zur Verfügung stehen.

4.1. Substitutionspotential zwischen Spitalsambulanzen und niedergelassenem Bereich

Eine durch das Institut für höhere Studien (IHS) verfasste Studie²⁶ bestätigt, dass ein Substitutionspotential zwischen Spitalambulanzen und dem niedergelassenen Bereich durchaus gegeben ist. Genau könne es jedoch nicht beziffert werden und das Potential sei auch in jedem Bundesland unterschiedlich stark ausgenützt. Eine Studie in Vorarlberg aus dem Jahr 2010 versucht dieses Potential genauer zu beziffern und hat ergeben, dass 65% der spitalsambulanten Fälle besser im niedergelassenen Bereich aufgehoben wären. Eine Umfrage des Ärztlichen Quali-

24 Starfield: *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. 1998.

25 Stigler: *Reformoptionen – In der Primärversorgung ist Österreich meilenweit davon entfernt, das „weltweit beste System“ zu haben*. 2011. S.18.

26 IHS: *Gesundheitszustand in der EU: Die EU wächst zusammen; Schwerpunktthema: Arztpraxis oder Spitalsambulanz: Ein Fall ist nicht ein Fall*. 2001. S. 18.

tätszentrums zur Ärztezufriedenheit aus dem Jahr 2011 liefert ebenfalls konkretere Zahlen. Die befragten, in den oberösterreichischen Spitalsambulanzen tätigen Ärzte schätzten das Substitutionspotential auf durchschnittlich 52,5% ein. Die Annahme, dass die Hälfte der spitalsambulanten Patienten auch im niedergelassenen Bereich versorgt werden könnte, ist also nicht nur realistisch, sondern sogar als eher vorsichtig zu bezeichnen. In Österreich wurden 2010 etwa 17 Millionen Patienten in den Spitalsambulanzen behandelt.²⁷ Daraus folgt, dass ein Substitutionspotential von 8,5 Millionen Fällen (50%) unausgeschöpft blieb.

4.2. Ungenütztes Einsparungspotential

Die Gesundheitsökonomin MMag. Agnes Streissler stellte in einem Gutachten zum Hausarztmodell²⁸ fest, dass ein substituierbarer Ambulanzbesuch, lt. Kostenrechnung der Krankenhäuser, durchschnittlich 89 Euro kostet. Laut Leistungskennzahlen der Sozialversicherung würde ein durchschnittliches Arzthonorar aber lediglich 50 Euro betragen, was bereits ein eher hoch gegriffener Wert ist.²⁹ Jedenfalls ergibt sich aus diesen Zahlen ein bisher brach liegendes Einsparungspotential von 331,5 Mio. Euro.

Laimböck wiederum bezweifelt diese Größenordnung der Einsparmöglichkeiten und führt an, dass inhomogene Fallzählungen und die Unterschiede in der schwere der Fälle die Kosten der beiden Bereiche unvergleichbar mache. Es würden hier Äpfel mit Birnen verglichen. Etwa hätten Spitalsambulanzen höhere Vorhaltungskosten für zum Beispiel Großgeräte, die sie jedoch für die Versorgung stationärer Patienten ohnehin bereit halten müssten. Aber auch Laimböck ist der Meinung, dass durch die sektorale Finanzierung des Gesundheitssystems vorteilhafte Leistungsverlagerungen oft nicht vorgenommen werden und dadurch Mehrkosten für das Gesundheitssystem als Gesamtes entstehen. Laimböck betont, dass die Allokation von Leistungen ausschließlich aus medizinischen und ökonomischen Gründen vorgenommen werden sollte.³⁰ Dass es Einsparungsmöglichkeiten durch die Übernahme von Leistungen durch den niedergelassenen Bereich gibt, ist weitgehend unbestritten. Lediglich über die Höhe ist man sich uneins. Diese unterschiedlichen Einschätzungen lassen sich mit Sicherheit nicht nur auf inhomogene Sichtweisen, sondern auch auf eine mangelnde Datenlage und die schwierige Vergleichbarkeit der Daten zurückführen.

27 Bundesministerium für Gesundheit: *Krankenanstalten in Zahlen Österreich 2010*. Tabelle 015.

28 Streissler: *Gesundheitsökonomisches Gutachten: Hausarztmodell*. 2011. S.23.

29 Laut einer Erhebung der Österreichischen Ärztekammer kostet ein durchschnittlicher Besuch beim Allgemeinmediziner etwa 25 Euro, beim allgemeinen Facharzt etwa 40 Euro.

30 Laimböck: *Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems*. 2009. S.139f.

5. Steigender Bedarf bei ambulanten Leistungen

5.1. Mehrbedarf durch epidemiologische Veränderungen

Der Bedarf an medizinischen Leistungen steigt auf Grund der alternden Bevölkerung generell an. Dies gilt einerseits für den stationären Bereich, im Besonderen aber für den ambulanten Sektor. Gerade für alte Patienten, die oft multimorbid sind oder an chronischen Krankheiten leiden, ist ein gutes Primärversorgungssystem mit bestens ausgebildeten Hausärzten äußerst wichtig, denn niedergelassene Allgemeinmediziner sind die effizientesten Manager solcher Krankheitsbilder. Die Zunahme dieser Symptomaten durch das steigende Alter der Menschen erhöht – bei optimaler Leistungsallokation – den Bedarf an Leistungen im niedergelassenen Sektor.

Aber nicht nur das zunehmende Alter der Bevölkerung bringt Veränderungen in der Epidemiologie mit sich, sondern auch der Wandel in der Gesellschaft, der psychische und psychosomatische Erkrankungen zur Volkskrankheit werden lässt. Etwa hat die Statistik Austria bei der Umfrage zu chronischen Erkrankungen im Jahr 1999 noch nicht einmal nach psychischen Erkrankungen gefragt, wohingegen bei der Umfrage 2006/07 bereits 8,9% der Befragten angaben, schon einmal an chronischen Angstzuständen, Depressionen oder Ähnlichem gelitten zu haben. Außerdem sind psychische Erkrankungen bereits der zweithäufigste Grund für vorzeitige Pensionierungen (30,4% der Neuzuerkennungen 2009) – Tendenz steigend.³¹ Aber auch chronische Krankheiten wie Diabetes, Bluthochdruck und andere Folgekrankheiten von Übergewicht und Bewegungsmangel nehmen bei jüngeren Bevölkerungsgruppen immer mehr zu.³² Die erhöhte Anzahl dieser Patientengruppe führt ebenfalls zu einem erhöhten Bedarf an Ressourcen im Bereich der Primärversorgung.

31 Institut für Gesundheitsplanung: *Gesundheitsbericht Oberösterreich 2005–2010*. 2012.

32 Statistik Austria: *Chronische Krankheiten in der Bevölkerung 1999*. UND Statistik Austria: *Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme 2006/07*.

5.2. Mehrbedarf durch steigende ambulante Möglichkeiten

Laufende Weiterentwicklungen in der Medizin ermöglichen es vermehrt, Eingriffe und Untersuchungen ambulant durchzuführen, die vor einigen Jahren noch stationär vorgenommen werden mussten. Durch diesen Fortschritt steigt der Bedarf nach Leistungen im ambulanten Sektor an. Etwa gibt es eine Untersuchung aus Deutschland, die belegt, dass z.B. HIV/Aids vermehrt im ambulanten Sektor behandelt wurde, bei gleichzeitigem Rückgang dieser Fälle im stationären Bereich.³³ Dieser Trend ließe sich für viele Krankheitsbilder auch in Österreich nachweisen. Grundsätzlich ist diese Entwicklung auch zu begrüßen, da ambulante Behandlungen – im Gegensatz zu stationären – die Vorteile geringerer Kosten und geringerer Belastungen für die Patienten mit sich bringen. Jedoch muss darauf geachtet werden, dass bei Leistungsverlagerungen aus dem Spital parallel auch die notwendigen ambulanten Kapazitäten geschaffen werden und es zu Finanzierungsanpassungen im selben Ausmaß kommt (Prinzip Geld folgt Leistung). Andernfalls würde der ambulante Sektor kaputt gespart, was in letzter Konsequenz Qualitätseinbußen zur Folge hätte, welche die positiven Effekte einer ambulanten Versorgung schmälern oder sogar zunichte machen würden.

5.3. Mehrbedarf durch notwendigen Fokus auf präventive Maßnahmen

Das Wirtschaftsforschungsinstitut wies 2011 darauf hin, dass die präventive Gesundheitsversorgung die entscheidende Schwachstelle des österreichischen Gesundheitssystems ist.³⁴ Lediglich 1,8% der Ausgaben für Gesundheit fließen hierzulande in die Prävention, im EU-27-Durchschnitt sind es im Vergleich 2,9%. Die mangelhafte präventive Versorgung schlägt sich darin nieder, dass die Österreicher vergleichsweise 3 Jahre weniger in Gesundheit verbringen. Dies ist nicht nur für die hiesige Bevölkerung unerfreulich, sondern belastet auch das Gesundheitssystem mit hohen Folgekosten. Vor allem die sich daraus ergebenden erhöhten Pflegekosten werden vom WIFO angeführt. Sollten die Präventionsmaßnahmen nicht ausgeweitet und folglich mehr Lebensjahre in Gesundheit verbracht werden, so könnten vor allem die Kosten in diesem Bereich explodieren. Auch ein

33 Von Stillfried, Czihal, Jansen: *Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten*. 2010. S.125.

34 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung: *Herausforderungen einer alternden Gesellschaft: Schwerpunkt Reformbedarf im österreichischen Gesundheitssystem*. 2011.

Bericht des ÖBIG aus dem Jahr 2010³⁵ bestätigt, dass in Österreich dem Thema Prävention nur eine untergeordnete Rolle zukommt, meint aber, dass die Aufmerksamkeit für diese Thematik bereits zugenommen hat.

Es ist für die zukünftige Finanzierbarkeit des Gesundheits- und Sozialsystems essentiell, die präventive Versorgung auszubauen. Daher werden Leistungen aus diesem Bereich zunehmen müssen. Die größten und effizientesten Leistungserbringer sind hier die niedergelassenen Ärzte, denn sie haben die notwendige Nähe zum Patienten und können auf langfristigen Patientenbeziehungen aufbauen. Eine effektive Patienten-Compliance, also dass z.B. Ratschläge zu Ernährung oder Medikation vom Patienten auch angenommen und diese dann umgesetzt werden, kann so erreicht werden. Sinnvollerweise muss demnach ein Großteil der präventiven Aufgaben von den Hausärzten übernommen werden, was das Arbeitsaufkommen erhöht.

6. Ärztemangel

Kritiker des viel zitierten Ärztemangels betonen, dass sich die nominelle Gesamtzahl der aktiven Ärzte stetig nach oben entwickelt hat und auch gemessen an der Bevölkerungszahl ein Anstieg der Ärzteschaft noch zu erkennen ist (Arzt pro 1.000 Einwohner). Jedoch muss die Zahl der Ärzte unbedingt dem Bedarf an Gesundheitsleistungen gegenübergestellt werden, um eine sinnvolle Einschätzung der Versorgungssituation abgeben zu können. Darüber hinaus muss darauf Bedacht genommen werden, dass sich die praktizierenden Ärzte nicht gleichmäßig über alle medizinischen Bereiche verteilen und Personalmängel daher in einzelnen Sektoren und Fächern früher schlagend werden als in anderen.

Im niedergelassenen Bereich etwa ist bereits bei der Betrachtung der nominellen Arztzahlen ein Rückgang erkennbar. Im Jahre 2000 verfügte Österreich noch über 8.592 Kassenärzte (4.529 Allgemeinmediziner, 4.063 Fachärzte)³⁶. Seither entwickeln sich die Zahlen rückläufig und Ende 2010 ordinierten nur noch 7.638 Kassenärzte (4.100 Allgemeinmediziner, 3.538 Fachärzte)³⁷. Das bedeutet ein Minus von 11,1% in nur 10 Jahren (-9,5% bei Allgemeinmedizinern, -12,9% bei Fachärzten).

35 Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: *Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich*. Ausgabe 2010. S.77.

36 Streissler: *Das österreichische Gesundheitswesen*. 2004. S. 38.

37 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: *Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2011*. S.38.

Und das bei steigenden Bevölkerungszahlen und dringendem ambulanten Mehrbedarf. Diese Zahlen belegen darüber hinaus, dass es im letzten Jahrzehnt nicht zu einer Stärkung der ambulanten Versorgung gekommen ist, sondern Österreich – entgegen aller Vernunft und politischen Bekenntnissen – immer krankenzentrierter wurde.

Das Ergebnis ist, dass die Fallzahlen pro aktivem Arzt im ambulanten Sektor immer weiter ansteigen (zwischen 1970 und 2004 um 37%³⁸). Das lässt darauf schließen, dass sich die Versorgungssituation in diesem Bereich bereits heute verschlechtert hat. Auswirkungen zeigen sich insofern, dass Ärzte vergleichsweise weniger Zeit für ihre Patienten haben und diese längere Wartezeiten in Kauf nehmen müssen. Die Ärzte sprechen in diesem Zusammenhang häufig von einer „Massenabfertigung“, die ihnen selber äußerst unangenehm ist.

Darüber hinaus ist zu erwarten, dass sich die Ärztezahlin den kommenden Jahren noch weiter verringern wird. In Europa sind bereits 2010 erstmalig mehr Personen in Pension gegangen als junge Menschen ins Erwerbsleben eingetreten sind.³⁹ Diese Altersstruktur der gesamten europäischen Arbeitnehmerschaft kann durchaus auf die Berufsgruppe der Ärzte in Österreich umgelegt werden. Und auch die Zahlen zur Versichertenstruktur in der Wohlfahrtskassa der Ärztekammer für Oberösterreich zeigen, dass es in den kommenden Jahren zu einem sprunghaften Anstieg der Pensionierungen in der Ärzteschaft kommen wird. Im Jahr 2012 erreichen diesen Daten zu Folge lediglich 17 Ärzte in Oberösterreich das 60. Lebensjahr, im Jahre 2022 werden es bereits 115 Ärzte sein.⁴⁰ Es ist also ein europaweiter Rückgang der Ärzteschaft zu erwarten, der auch in Österreich deutlich spürbar werden wird.

Weiters könnte es zu einer Auswanderung von österreichischen Ärzten ins Ausland kommen, da dort die Einkommen teils viel höher liegen. Besonders angrenzende Staaten wie die Schweiz oder Deutschland könnten, auch wegen der fehlenden Sprachbarriere, attraktive Arbeitgeber sein. In einer Meldung des Wirtschaftsblattes vom 26.01.2012 meint Burkhard van der Vorst, Chef der Salzburger Landeskliniken SALK, dass wegen der höheren Gehälter in Deutschland bereits Planposten unbesetzt bleiben.⁴¹ Und auch in anderen europäischen Ländern, wie etwa Dänemark, Frankreich, den Niederlanden, der Schweiz und Großbritannien, liegen die Gehälter von Spitalsärzten deutlich über dem österreichischen Niveau.⁴²

38 Hofmarcher, Rack: *Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich*. 2006. S. 131. Eigene Berechnungen.

39 Allianz SE (Hrsg.): *Demographic Pulse*. 2010. S.1.

40 Zahlen stammen von Dr.jur. Friedrich Badhofer, Leiter der Wohlfahrtskassa der Ärztekammer für Oberösterreich

41 WirtschaftsBlatt: Kliniken leiden unter deutschen Gehältern. Nr.4037/2012. 27.01.2012.

42 Riedler: *Die private Krankenversicherung: Wie viel der Staat gewinnt, wenn er sie fördert*. 2012. S.27f.

Bedenkt man die steigende Mobilität junger Erwerbsteilnehmer, so können auch diese Länder ernsthafte Konkurrenz für Österreich bedeuten.

Aber auch die rückläufige Anzahl von Medizinstudenten zeichnet ein Besorgnis erregendes Bild. Im Wintersemester 2010/11 waren lediglich 13.175 im Fach Humanmedizin inskribiert, was in etwa dem Wert von 1977 entspricht (13.876 Studenten der Humanmedizin) und seither nie so niedrig war. Und das, obwohl die Gesamtzahl der Studenten aller Fächer 2010 einen historischen Spitzenwert erreichte und mehr als drei Mal so hoch lag wie 1977.⁴³ Es liegt also nahe zu fragen, warum sich so wenig junge Menschen für die Medizin entscheiden. Bei einer Untersuchung unter US-amerikanischen Studenten wurde festgestellt, dass für die Ergreifung eines Berufes vor allem zwei Faktoren von Bedeutung sind: einerseits das zu erwartende Einkommen und andererseits die zu erwartende Freizeit. Regelmäßige Arbeitszeiten und die Möglichkeit von Urlauben haben der Studie zufolge äußerst hohe Stellenwerte.⁴⁴ Die niedrigen Studentenzahlen im Bereich der Humanmedizin könnten also auf die mangelnde Berücksichtigung dieser Faktoren im Berufsbild des Arztes zurückzuführen sein.

7. Landarztsterben

Bereits heute werden Nachbesetzungen von Kassenstellen, besonders in ländlichen Regionen, immer schwieriger. Es gibt nicht nur zu wenig junge Ärzte (vgl. Kapitel), sondern auch zunehmend unattraktive Bedingungen, eine Ordination zu führen. Zahlen der Ärztekammer für Oberösterreich zeigen, dass es für Stellenausschreibungen am Land in den letzten 4 Jahren (2008–2011) durchschnittlich 0,7 Bewerber weniger gab als bei Stellenausschreibungen in der Stadt. Würde man hier noch zusätzlich nach peripheren Gegenden und eher zentralen Ortschaften gruppieren, so wäre zu erwarten, dass diese Differenz sich noch vergrößert.

Die Gründe für das geringere Interesse an Landarztstellen sind vielfältig. Einerseits ist es auf eine höhere Arbeitsbelastung zurückzuführen, die sich mit einer modernen Work-Life-Balance nicht mehr in Einklang bringen lässt. Besonders der hohen Belastung durch Nacht- und Wochenenddienste wollen sich junge Menschen nicht mehr aussetzen. Landärzte leisten durchschnittlich 6 Nachtdienste im

43 Statistik Austria: *Belegte Studien ordentlicher Studierender an öffentlichen Universitäten 1971-2009*. ; Zahlen beinhalten auch ausländische Studierende

44 Thornton, Esposto: *How important are economic factors in choice of medical specialty?* 2002.

Monat, während ihre Kollegen im Zentralraum nur durchschnittlich 3 Nachtdienste erbringen müssen.⁴⁵ Darüber hinaus fallen zahlreiche Hausbesuche an, die oft mit weiten Anfahrtswegen verbunden sind.

Auch Ärztekooperationen, die für Entlastung sorgen könnten, lassen sich am Land kaum verwirklichen, da für die Zusammenarbeit von mehreren Ärzten der Allgemeinmedizin in einer Praxis der Bedarf fehlt. Dem Landarzt bleibt also gar nichts anderes übrig, als ein Einzelkämpfer zu bleiben. Dabei entgehen ihm nicht nur Entlastungseffekte, sondern auch monetäre Synergieeffekte, die etwa von Gruppenpraxen im Zentralraum genutzt werden können und die eine Praxis rentabler machen. Zusätzlich sehen sich viele Ärzte am Land mit der Tatsache konfrontiert, dass sie ihre Hausapotheke schließen müssen bzw. die Erhaltung derselben nicht sichergestellt werden kann. Ohne die Einnahmen aus der Hausapotheke lassen sich aber viele Landpraxen nicht mehr rentabel führen. So wurde etwa im Fall Irdning, einer Marktgemeinde in der Steiermark, eine parlamentarische Anfrage eingereicht, da der dort praktizierende Hausarzt bald in Pension geht und ein Nachfolger dort keine Hausapotheke mehr führen darf, was zu einer erschwerten Nachbesetzung der Stelle führen wird.

Darüber hinaus werden während der ärztlichen Ausbildung das Fach der Allgemeinmedizin und auch das Führen einer Praxis nicht ausreichend gelehrt. Das führt zu Hemmungen, später selbst eine Praxis zu gründen. Im städtischen Bereich hat der niedergelassene Arzt die Möglichkeit, Patienten, bei denen er sichergehen möchte, ins nahe gelegene Spital zu überweisen. Er hat damit eine gewisse Absicherungsmöglichkeit, auf die der Landarzt nicht zurückgreifen kann. Eine bessere Ausbildungsqualität und mehr Möglichkeiten zum Kennenlernen des Ordinationsdienstes sind also Grundvoraussetzung, um junge Ärzte für den Beruf des Landarztes ausreichend zu rüsten und ihnen das nötige Selbstvertrauen für diese Herausforderung zu geben.

45 Aus den Umfragedaten des Ärztlichen Qualitätszentrums vom August 2011.

8. Probleme der Einzelpraxen

Heute sehen wir uns einer veränderten Auffassung des Patient- und Arzt-Seins gegenüber. Daraus ergeben sich von beiden Seiten neue Bedürfnisse und Anforderungen an das primäre Versorgungssystem. Diesen Anforderungen wird die Einzelpraxis nur noch sehr bedingt gerecht, und es bedarf daher neuer Organisationsformen, die die Bedürfnisse der Patienten befriedigen, die modernen Lebensmodelle der Ärzte berücksichtigen und auch die ökonomischen Herausforderungen der heutigen Zeit meistern.

8.1. Zu kurze Öffnungszeiten

Es ist ein allgemein wirtschaftlicher Trend, dass Leistungen fast rund um die Uhr nachgefragt werden können. Patienten verstehen daher häufig nicht, dass sie ihren Hausarzt z.B. nach der Arbeit nicht mehr aufsuchen können, da die Praxis um diese Zeit bereits geschlossen ist. Nur noch wenige Wirtschaftssparten bieten derart eingeschränkte Öffnungszeiten wie das extramurale Gesundheitssystem an, und es ist daher kaum verwunderlich, dass Patienten auf die rund um die Uhr geöffneten Spitalsambulanzen ausweichen – und zwar vor allem in den Randzeiten. In einer Umfrage im Burgenland gaben 68% der Befragten an, dass die längeren Öffnungszeiten eine sehr große oder eher große Rolle dabei spielen, dass sie bevorzugt die Spitalsambulanz aufsuchen.⁴⁶ Vor allem MigrantInnen nutzen sehr häufig die Spitalsambulanzen auch aus diesem Grund.⁴⁷

Dies ist ein starkes Indiz dafür, dass Potenziale durch Leistungsverschiebungen in den niedergelassenen Bereich nur dann ausgeschöpft werden können, wenn auch im extramuralen Sektor längere Öffnungszeiten angeboten werden. Will man dies jedoch verwirklichen, so sind Einzelpraxen keine geeignete Angebotsform, denn für einen einzelnen Arzt ist es schlicht nicht machbar, ständig verfügbar zu sein.

46 Institut für Gesundheitsanalysen (ISA): *Gesundheitsbarometer Burgenland*. 2011. S.12.

47 Karl-Trummer, Krajic, Novak-Zezula, Pelikan: *„Migrant-Friendly Hospitals“*

Organisationsentwicklung in europäischen Krankenhäusern als eine Antwort auf demographische Herausforderungen. 2005. S. 133.

8.2. Unausgewogene Work-Life-Balance

Den Landarzt, der – mit Unterstützung seiner Frau – rund um die Uhr für seine Patienten verfügbar ist, gibt es nicht mehr. Die modernen Familienmodelle verlangen flexiblere Arbeitszeitmodelle, da einerseits auch die Medizin immer weiblicher wird (bereits 63% aller Ärzte in Ausbildung zum Allgemeinmediziner in Oberösterreich sind Frauen⁴⁸) und andererseits auch Männer mehr am Familienleben partizipieren. Es bedarf daher flexibler Arbeitszeitmodelle, die individuelle Lebensumstände berücksichtigen. Das Konzept der Einzelpraxis ist diesem, in alle Branchen herrschenden Trend nicht gewachsen, denn ein Kassenarzt hat vertraglich geregelte Mindestöffnungszeiten einzuhalten. Grundsätzlich muss natürlich gewährleistet bleiben, dass den Patienten ausreichend Zeiten für die Konsultation eines Hausarztes zur Verfügung stehen, jedoch kann dieses Bedürfnis von Einzelkämpfern nicht mehr befriedigt werden. Zusammengefasst kann also gesagt werden, dass der Trend zu längeren Öffnungszeiten auf Nachfragerseite dem Trend zu kürzeren, flexibleren Arbeitszeiten auf Anbieterseite gegenübersteht. Die Lösung für dieses Dilemma liegt in arbeitsteiligen, leistungsfähigen Kooperationsmodellen, die die privaten Umstände der einzelnen Ärzte und Ärztinnen berücksichtigen.

8.3. Kostenintensive Investitionen

Die moderne Medizin bietet umfangreiche technische Möglichkeiten im Bereich der Diagnostik und Therapie. Die dafür notwendigen Geräte erhöhen aber nicht nur die medizinische Leistungsfähigkeit, sondern stellen auch kostenintensive Investitionen dar. Im niedergelassenen Bereich sind diese Apparate oft nicht wirtschaftlich rentabel und damit nicht leistbar, ergo nicht vorhanden. Oder die Geräte sind zwar leistbar, haben aber wegen der geringeren Auslastung eine viel längere Amortisationszeit und müssen daher länger verwendet werden. Einzelkämpferpraxen müssen daher häufiger auf Geräte verzichten oder bereits veraltete Apparate weiter verwenden, um wirtschaftlich zu arbeiten. Um aber Leistungen aus den Spitalsambulanzen in den extramuralen Bereich verlagern zu können, ist eine optimale Ausstattung der Ordinationen Bedingung. Auch die bereits zitierte Umfrage im Burgenland bestätigt dies, denn 77% der Befragten gaben an, dass die technische Ausstattung eine sehr große oder eher große Rolle dabei spielt, lieber in die Ambulanz als in eine Arztpraxis zu gehen.⁴⁹

48 Daten der Standesführung der Ärztekammer für Oberösterreich, November 2011.

49 Institut für Gesundheitsanalysen (ISA): *Gesundheitsbarometer Burgenland*. 2011. S.11.

Diese Investitionen wären für Ärzte innerhalb einer Gesellschaftsform leichter zu tätigen, da die Anschaffungsfinanzierung erleichtert, die Auslastung der Apparatur erhöht und damit die Amortisationszeit verkürzt werden kann. Es käme also zu einer qualitativ höheren Ausstattung der Ordinationen und in Folge dessen zu einer Entlastung des spitalsambulanten Bereichs.

9. Schnittstellenmanagement

Schnittstellen finden sich im Gesundheitswesen dort, wo der Behandlungsablauf des Patienten durch den Wechsel von einer versorgenden Ebene in eine andere unterbrochen wird. Das könnte etwa die Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt ins Spital oder vom Spital in eine Pflege- oder Rehabilitationseinrichtung sein. Bei diesen Übergängen von einer in die andere Versorgungsebene können „Reibungen“ auftreten, die zu Ineffizienzen für den Patienten und das Gesundheitssystem führen. Einerseits können Wartezeiten entstehen, die den Heilungsablauf des Patienten negativ beeinflussen (z.B. späterer Start der Rehabilitation) und darüber hinaus Zusatzkosten verursachen (z.B. durch längeren Spitalsaufenthalt mangels eines freien Pflegeplatzes). Andererseits kann es auch passieren, dass bei Übergabe des Patienten Informationen nicht weitergegeben und dadurch z.B. Untersuchungen doppelt gemacht werden. Darüber hinaus können auch Ineffizienzen durch die falsche Wahl der nächsten Versorgungsebene entstehen. Diese kann entweder deshalb nicht ideal sein, weil es sich nicht um die qualitativ beste oder kostenrationalste Versorgungsmöglichkeit handelt.⁵⁰ Diese Fehlentscheidungen bei der Wahl des Behandlungsweges entstehen häufig dann, wenn der Patient damit allein gelassen wird.

Um „Reibungsverluste“ zu minimieren, bedarf es eines effektiven Schnittstellenmanagements. Einen essentiellen Beitrag hierfür können Hausärzte leisten, wenn sie für ihre Patienten als „Navigator“ durch das Gesundheitssystem fungieren. Ihre diesbezügliche Aufgabe würde sich darin begründen, die jeweils richtige Versorgungsstelle auszuwählen und ein Sammler der individuellen Gesundheitsdaten zu sein. Dafür ist es notwendig, die Stellung der niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen zu stärken und sie wieder zur ersten Anlaufstelle für Patienten zu machen. Darüber hinaus bedarf es einer intensiven Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe und -ebenen, einer umfassenden Regelung zu Informationsflüs-

50 Streissler: Das österreichische Gesundheitswesen. 2004.S.47.

sen (wer wird wann über was in Kenntnis gesetzt, wer gibt welche Anweisungen betreffend den Patienten) und einen zeitnahen und vollständigen Informationsaustauschs im gesamten Gesundheitswesen.

9.1. Cito-Überweisung

In Österreich wird der Spitalsambulanz gegenüber niedergelassenen Fachärzten häufig der Vorzug gegeben. Die Gründe dafür sind der rasche und einfache Zugang zu den Spezialisten in den Spitälern. Patienten weisen sich deshalb häufig selber in die Notfallambulanz ein, obwohl sie dort eigentlich fehlplatziert sind. Dies bestätigte auch eine Studie in Andalusien (Spanien), die unter anderem zu dem Ergebnis kam, dass Patienten häufig genau aus diesem Grund in die Spitalsambulanz statt zum niedergelassenen Spezialisten gehen.⁵¹

Aber nicht nur Patienten, sondern auch Ärzte nutzen den Vorteil schneller, fachärztlicher Abklärung in den Spitalsambulanzen, denn auch Patienten mit dringendem Abklärungsbedarf müssen bei Fachärzten oft längere Wartezeiten in Kauf nehmen. Diese Fälle werden dann, mangels einer anderen Möglichkeit, gern in die Spitalsambulanz überwiesen.

Um den Ärzten die Möglichkeit zu geben, dringende Fälle auch in einer Facharztordination rasch abklären zu lassen, bedarf es einer neuen Form der Überweisung, die den Facharzt darüber informiert, dass der Patient vorgezogen werden muss. Diese Form der Überweisung wird im Folgenden als Cito-Überweisung bezeichnet, wobei das Wort „cito“ aus dem Lateinischen kommt und „schnell“ bedeutet.

Die Einführung der Cito-Überweisung kann einen wertvollen Beitrag zur Entlastung der Spitalsambulanzen liefern, da sowohl das Selbsteinweisungsverhalten von Patienten als auch das Zuweisungsverhalten von Ärzten positiv beeinflusst wird. Einerseits können die Hausärzte damit rechnen, dass dringende Abklärungen auch im niedergelassenen Bereich rasch durchgeführt werden, andererseits werden auch die Patienten bald merken, dass ihr Hausarzt über diese Möglichkeit verfügt. Patienten werden den Praktiker daher häufiger als ersten Ansprechpartner konsultieren. So wird dem Hausarzt ermöglicht, die Rolle des Gesundheitsmanagers oder „Gate keepers“ wahrzunehmen, denn es ist damit zu rechnen, dass viele Patienten, die das subjektive Gefühl haben, von einem Facharzt abgeklärt werden zu müssen, bereits beim Hausarzt erfolgreich behandelt werden können.

51 Sánchez Medina JA, Alarcón Rubio D, Murillo Cabezas D, Pérez Torres I.: *Análisis de los factores socioeconómicos y sanitarios que influyen en el aumento progresivo de la frecuentación de las urgencias hospitalarias*. Andalusian Agency for Health Technology Assessment (AETSA). AETSA 2007/202011.

Sollte eine fachärztliche Versorgung tatsächlich notwendig sein, so kann diese bei Bedarf auch rasch erfolgen. Hat die Abklärung durch den Facharzt Zeit, so hat der Hausarzt den Patienten bereits vorinformiert und beruhigt. Die notwendige Wartezeit auf den Facharzttermin verliert somit an negativem Gewicht und wird von den Patienten besser angenommen.

Ein ähnliches System wurde bereits im Pilotprojekt styriamed.net in der Steiermark implementiert, das 2009 startete, erfolgreich läuft und bereits ausgeweitet wurde. Unter anderem attestieren Patienten dem Projekt eine spürbare Erleichterung bei der Terminvereinbarung. Bei styriamed.net wurden sogenannte Dringlichkeitsstufen bei Terminvergaben eingeführt. So können Soforttermine in Akutfällen telefonisch vermittelt werden und kurzfristige Termine (innerhalb einer Woche) von der Ordination aus vereinbart werden. Dies wird als Serviceleistung für den Patienten erledigt. Normale Termine (innerhalb von 3 Wochen) und Routineterminen (innerhalb von 3 Monaten) werden vom Patienten selber vereinbart.⁵² Eine ähnliche Einteilung der Überweisungsarten nach Dringlichkeiten könnte auch bei der Cito-Überweisung erfolgen.

Um das System der Cito-Überweisung effizient nutzen zu können, bedarf es jedoch klarer Regelungen, die sowohl für die Zuweiser als auch für die Adressaten der Überweisung gleichermaßen Gültigkeit haben. Zum einen muss sichergestellt werden, dass wirklich nur dringend erforderliche Konsultationen per Cito-Überweisungen zugewiesen werden können. Andererseits müssen die Fachärzte dazu verpflichtet werden, Patienten mit Cito-Überweisung immer vorrangig zu behandeln. Ohne regulative Strukturen würde es zu Systemmissbräuchen kommen.

9.2. Integration anderer Gesundheitsberufe

Angesichts des zu erwartenden Ärztemangels stellt sich die Frage, wie die Versorgungssituation der Bevölkerung in 5, 10 oder 15 Jahren aussehen wird. Niedergelassene Ärzte stehen heute schon unter einem immensen Zeitdruck bei der Behandlung ihrer Patienten, was die ansteigenden Fallzahlen pro Arzt im extramuralen Bereich belegen. Aus diesem Grund gibt es internationale Beispiele, in denen andere Gesundheitsberufe, etwa „nurses“, Kompetenzen erhalten, die vorher ausschließlich Ärzten vorbehalten waren. Etwa in Kanada, Großbritannien und den Niederlanden sind solche Modelle schon länger die Norm.

Der Einsatz von nicht-ärztlichem Personal kann dabei durchaus Probleme der Grundversorgung entschärfen. Etwa können Verteilungs- und Zugangsprobleme in schwierig zu besetzenden ländlichen Gebieten durch den Einsatz nicht-ärztli-

52 Ärztekammer für Steiermark: Handbuch styriamed.net. S. 5.

chen Personals gemildert werden. Darüber hinaus können Allgemeinärzte so unterstützt und entlastet werden und durch die Minderung der Arbeitslast wird auch der ärztliche Beruf wieder attraktiver. Beim Einsatz nicht-ärztlicher Berufsleute besteht bei der Übernahme einzelner Aufgaben überdies ein gewisses Potential für Kostenreduktionen, da die Ausbildungs-, Lohn- und Entgeltungskosten bei niedriger qualifiziertem Personal natürlich geringer sind. Allerdings führt der vermehrte Einbezug anderer Berufsgruppen auch zu einem erhöhten Koordinationsbedarf, der den Aufwand im Gesundheitssystem wieder erhöht.⁵³

Was aber bedeutet es summa summarum, wenn Nicht-Ärzte die Aufgaben von Ärzten übernehmen? Wie entwickeln sich in solchen Modellen Qualität und Kosten? Eine Schweizer Studie, in der 11 Länder und eine umfassende Literaturrecherche einbezogen wurden, kam zum Ergebnis, dass beim Einsatz von „nurses“ nicht eindeutig Kostenreduktionen nachweisbar sind. Hingegen führen solche Modelle zu höheren Patientenzufriedenheiten, da mehr Zeit für die Patienten zur Verfügung steht.⁵⁴ Dieses Mehr an Zeit wäre auch bei der Betreuung von Patienten durch Ärzte wünschenswert. Es könnte dadurch wieder verstärkt zu einer Zuwendungsmedizin kommen. Dass eine intensivere Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen positive Auswirkungen haben kann, ist daher unbestritten.

Allerdings muss die Form einer intensiveren Zusammenarbeit genau überlegt werden. Dr. med. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, zitierte in diesem Zusammenhang das oberste Gebot der Ärzte „primum nihil nocere“, also „zu allererst: keinen Schaden zufügen“.⁵⁵ Damit ist gemeint, dass die eigenverantwortliche Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch nicht-ärztliche Berufe, ohne ärztliche Anweisung, auf keinen Fall die Patientensicherheit gefährden dürfe. Der Arztvorbehalt darf aus diesem Grund auf keinen Fall aufgeweicht werden – auch nicht aus Personal- oder Finanznot. Die Sicherheit der Patienten muss oberste Priorität bleiben.

Daher schlägt Windhorst vor, eine intensiviertere Zusammenarbeit von Ärzten mit anderen Gesundheitsberufen nicht auf Basis der Substitution, sondern durch den Ausbau der Delegationsmöglichkeiten zu verwirklichen. Nicht-ärztliche Berufe sollen also weiterhin nur dann ärztliche Tätigkeiten übernehmen können, wenn dies von einem Arzt angeordnet wurde. Jedoch soll es in mehr Fällen erlaubt sein, zu delegieren. Diese Form der Entlastung der Ärzte durch Angehörige anderer Gesundheitsberufe schafft dem Arzt die Möglichkeit, seinen Patienten wieder mehr Zeit zu widmen.

53 Künzi, Detzel: *Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute*. 2007. S.60.

54 Künzi, Detzel: *Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute*. 2007. S. IV.

55 Windhorst: *Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen*. 2008. S.4.

Ein Vorteil dieses Konzeptes der Zusammenarbeit ist auch, dass es zu keiner Teilung der therapeutischen Gesamtverantwortung kommt. Diese bleibt klar beim Arzt. Die rechtlichen Haftungsfragen müssen daher nicht neu geregelt werden. Ein weiteres Gegenargument zum selbstständigen Tätigwerden nicht-ärztlicher Berufe – also ohne ärztliche Anweisung – ist ein Ökonomisches: Wenn etwa Physiotherapeuten und Pflegeberufe eigenständig über das Ausmaß und die Ausgestaltung ihrer Tätigkeit entscheiden, ist zu befürchten, dass mehr Leistungen erbracht werden als medizinisch notwendig sind. Es würden also Mehrkosten für das Gesundheitswesen entstehen, die bei Weiterbestehen der Verschreibungspflichtigkeit nicht zu befürchten wären.

Aber auch soziale Verteilungsaspekte sprechen gegen die Substitution ärztlicher Leistungen durch andere Erbringer. Es muss nämlich durchaus befürchtet werden, dass es durch den Einschub einer weiteren, niedrigeren medizinischen Versorgungsebene zu einer Zwei-Klassen-Medizin kommt. Etwa, dass von der sozialen Krankenversicherung einzelne Leistungen nur noch bei z.B. „nurses“ anstatt bei Ärzten bezahlt werden, da diese Versorgungsebene auf Grund niedrigerer Einkommen günstiger ist. Finanziell besser gestellte Personen können diese Leistungen jedoch weiter privat von Ärzten beziehen und werden damit in einer höheren medizinischen Versorgungsebene betreut. Dies bedeutet dann einen großen Schritt weg vom Ziel der Gleichverteilung von Gesundheit und damit auch eine Entfernung von sozialer Gerechtigkeit.

Dr. Thomas Holzgruber

Kammeramtsdirektor, Ärztekammer für Wien

Vertragsgruppenpraxen in Wien – ein Erfolgsmodell mit Ausbaupotential

1. Historische Entwicklung	60
2. Status quo	61
3. Zukunft der Gruppenpraxen	64
4. Zusammenfassung	68

Seit 2001 gibt es die rechtliche Möglichkeit Ärzte eine OG (Offene Gesellschaft) zu gründen; seit 2004 gibt es einen Gesamtvertrag für Ärzte OG's mit der Wiener GKK. Seit 2010 gibt es zusätzlich die Möglichkeit eine Ärzte GmbH zu gründen; seit Anfang 2011 gibt es auch den entsprechenden Gesamtvertrag mit der WGKK. Es konnten also in Wien immer relativ rasch, nach der Etablierung der rechtlichen Möglichkeiten, eine entsprechende Rechtsgrundlage geschaffen werden, um das Modell der Gruppenpraxis versorgungswirksam umsetzen zu können. Dabei konnten Erfolgs- und Motivationsfaktoren für die Ärzte initiiert und festgestellt werden, aber auch limitierende Regelungen identifiziert werden. Der folgende Beitrag soll diese darstellen und Lösungsansätze für die Zukunft samt realistischen Umsetzungsmöglichkeiten zeigen.

1. Historische Entwicklung

Wien ist auf Grund der geographischen Situation als Großstadt und auf Grund des sehr guten öffentlichen Verkehrsnetzes sicherlich prädestiniert, dass freiberuflich tätige Ärzte intensiv an einem Ort unter einer Gesellschaftsform zusammenarbeiten. Deshalb hat es in Wien schon vor 2004 Pilotprojekte zwischen Kammer und Kasse gegeben, die gemäß dem Gruppenpraxisgesamtvertrag 2004 in diesen überführt wurden.

Beim Gruppenpraxengesamtvertrag 2004 wurde bewusst darauf Wert gelegt, Gruppenpraxen als dauerhafte Einrichtung zur Verbesserung der Versorgung (z.B. längere Öffnungszeiten) und nicht als temporäre Gesellschaften z.B. für Nachfolgeregelungen zu etablieren. Nach Abschluss des Gesamtvertrages 2004 hat es daher auch eine Zeitlang angedauert, bis die Ärzteschaft dieses neue Modell angenommen hat; letztendlich gab es aber durchaus eine beträchtliche Anzahl von Gruppenpraxengründungen. Der Gruppenpraxengesamtvertrag 2011 weicht nicht wesentlich von dem 2004 ab und integriert noch zusätzlich die Ärzte GmbH als Rechtsform. Dabei waren folgende Faktoren maßgeblich:

- 1. Tarifföhe:** Während die Sozialversicherung in den Verhandlungen Abschlüsse bei Gruppenpraxen wegen der wirtschaftlichen Synergieeffekte forderte, verlangte die Ärztekammer Zuschläge für Gruppenpraxen wegen der zusätzlichen Auflagen (Barrierefreiheit, längere Öffnungszeiten, etc.). Kompromiss war, dass die Tarife für Einzel- und Gruppenpraxen gleich hoch sind. Dieser Kompromiss wurde von den Ärzten angenommen, da sie durch die Gründung der Gruppenpraxis zumindest keine tariflichen Verluste in Kauf nehmen müssen.
- 2. Peer-Group-Schulungen:** Die Ärztekammer macht regelmäßig Schulungen für Ärzte, die daran denken, ihre Ordination in Form einer Gruppenpraxis zu führen. Dabei stehen nicht rechtliche oder steuerliche Aspekte im Vordergrund, sondern vielmehr soziale Skills für Gruppenpraxisinteressierte. Ärzte, die bereits Gruppenpraxen gegründet haben, erklären anderen Ärzten, die eine Gruppenpraxis gründen wollen, was sie bei der medizinischen Arbeit in Gruppenpraxen zu berücksichtigen haben. Dieses Modell wird gut angenommen, da für rechtliche und steuerliche Fragestellungen sowieso Experten von den Ärzten kontaktiert werden.
- 3. Identität der Gesamtverträge:** Die Regelungen des Gesamtvertrages für Einzelpraxen und des Gesamtvertrages für Gruppenpraxen sind fast ident. Die Gesamtvertragsinhalte unterscheiden sich „nur“ in Zusammenhang mit der Barrierefreiheit von Gruppenpraxen, der ganzjährigen Öffnung von Grup-

penpraxen und längeren Wochenöffnungszeiten. Daher setzen die Gesamtverträge auf Bewährtes und weichen nur bei den Themen ab, die als Ziele gesundheitspolitisch mit den Gruppenpraxen erreicht werden sollen. Auch bei neuen Gesamtverträgen hat sich gezeigt, dass nur wenige leicht erklärbare Änderungen besser wirken, als großflächige neue Ideen, da die Ärzteschaft eher für Investitionen bereit ist, wenn auf Bekanntem aufgesetzt wird.

4. **Versorgungsverbesserung:** Ein gemeinsames klares Bekenntnis der Ärztekammer und der Sozialversicherung, die Gruppenpraxis als Modell für eine quantitativ verbesserte Versorgung der Bevölkerung einsetzen zu wollen und nicht – wie dies in anderen Bundesländern teilweise der Fall war – die Idee der Gruppenpraxis für Ordinationsübergabemodelle standespolitisch zu benutzen.
5. **Stellenplanpolitik:** Eine über Jahre konsequente Stellenplanpolitik, in deren Rahmen einerseits in einigen Fächern die Nachbesetzung von Einzelpraxen gesamtvertraglich ausgeschlossen wurde (z.B. Radiologie und Labor) und in anderen Fächern sowie in der Allgemeinmedizin kleinere Praxen, wenn der jeweilige Einzelvertragsinhaber seine vertragsärztliche Tätigkeit beendet, diese Stellen für die Verwendung von Gruppenpraxen herangezogen wurden.

2. Status quo

Der Status quo zum Stand 31.12.2012 der vertragsärztlichen Versorgung mit Gruppenpraxen in Wien sieht auf Basis der geschilderten Maßnahmen folgendermaßen aus:

Insgesamt gibt es in Wien 68 Vertragsgruppenpraxen; davon insgesamt 61 in der Rechtsform der OG und 7 in der Gesellschaftsform der GmbH. Dass nur ca. 10% der Gruppenpraxen die Rechtsform GmbH gewählt haben, liegt vor allem daran, dass die OG einen zeitlichen Vorsprung von sechs Jahren hat und die in dieser Zeit gegründeten Gruppenpraxen in der Gesellschaftsform der OG verharren. Dies deshalb – was als zweiter Grund zu nennen ist –, da die GmbH gegenüber der OG kaum Vorteile bringt, da steuerrechtlich nur bei ganz großen GmbHs jene günstiger sind und haftungsrechtlich durch die verpflichtende Haftpflichtversicherung sich dieses Thema ziemlich relativiert hat.

Auf Grund der Tatsache, dass Honorarsysteme für multicolore, fächerübergreifende Gruppenpraxen gänzlich fehlen (die Gründe hierfür werden im nächsten Kapitel erläutert), sind alle Vertragsgruppenpraxen fächergleich.

Schaut man sich die Verteilung auf die Fachgebiete an, so ergibt sich folgendes Bild:

- 7 Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin
- 4 Vertragsgruppenpraxen für Augenheilkunde und Optometrie
- 2 Vertragsgruppenpraxen für Chirurgie
- 4 Vertragsgruppenpraxen für Gynäkologie und Geburtshilfe
- 1 Vertragsgruppenpraxis für HNO
- 12 Vertragsgruppenpraxen für Innere Medizin
- 2 Vertragsgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde
- 7 Vertragsgruppenpraxen für Orthopädie und orthopädische Chirurgie
- 24 Vertragsgruppenpraxen für Radiologie
- 3 Vertragsgruppenpraxen für Pathologie
- 2 Vertragsgruppenpraxen für med. chem. Labordiagnostik

Auch hier ist die Verteilung erklärbar. Insgesamt sind die Vertragsgruppenpraxen im Bereich der Zuweisungsfächer gemessen an der Zahl der Vertragsärzte mit Einzelpraxen bei weitem überwiegend. In den Fächern Radiologie und med. chem. Labordiagnostik gibt es Einzelpraxen mit Kassenverträgen nur mehr vereinzelt, da diese auch nicht mehr nachbesetzt werden. In den klinischen fachärztlichen Fächern nimmt die Innere Medizin gemeinsam mit der Orthopädie die Spitzenstellung ein, während z.B. in den Fächern Haut- und Geschlechtskrankheiten derzeit noch keine aktive Vertragsgruppenpraxis besteht. Nur in der Inneren Medizin lässt sich diesbezüglich ein Trend ablesen; dieses Fach ist auf Grund der Breite und der vielen Subspezialisierungen in der Einzelpraxis immer schlechter ausübbar und auch die technischen Investitionen lassen sich weit besser nützen, wenn dies mehrere Ärzte machen. In diesem Fach wird die Führung von Einzelpraxen wahrscheinlich eher zurückgehen. Bei den anderen Fächern ist ein Trend zu mehr Gruppenpraxen sichtbar, hier zeichnet sich aber in der Ausschreibungspraxis der Ärztekammer mit der Sozialversicherung ab, dass es ein breites nebeneinander von Einzel- und Gruppenpraxen geben wird.

Eine absolute Sonderstellung nimmt die Allgemeinmedizin ein. Hier sind erst 14 von 800 Allgemeinmediziner in Gruppenpraxen tätig. Die Gründe hierfür liegen in der Wahrnehmung der Ärzte darin, dass das System der Gruppenpraxis in der Allgemeinmedizin noch nicht gänzlich ausgereift erscheint (siehe folgendes Kapitel) und daher nur vereinzelt Pioniere den Sprung in die Gruppenpraxis wagen.

Die Gesellschafterzahl bewegt sich von 2 bis 13, wobei in klinischen Fächern derzeit zwischen Kammer und Kasse eine Höchstzahl von vier Gesellschaftern am Beispiel der Inneren Medizin vereinbart ist; in den Zuweisungsfächern wird diese Zahl inzwischen überschritten, was auf Grund der Arbeitsteiligkeit und neuer Screeningsysteme mit Qualitätsvorgaben (z.B. Mammascreeing) auch in der Zukunft notwendig sein wird. Ob die Zahl vier im klinischen Bereich dauerhaft Sinn macht, kann derzeit nicht abgeschätzt werden, ist aber im urbanen Bereich eher zu bezweifeln.

Während also ca. 10% der Vertragsärzte in Vertragsgruppenpraxen arbeiten, ist die Zahl der Wahlarztgruppenpraxen mit insgesamt 4 seit Jahren unverändert. Auf Grund des komplexen Gründungsverfahrens von Wahlarztgruppenpraxen ist auch seit der Etablierung der Ärzte-GmbH keine Wahlarztgruppenpraxis beantragt worden; diejenigen, die bestehen, wurden auf Grund der Übergangsbestimmungen der Neuregelung 2010 zugelassen.

Erwähnenswert ist, dass weitere 23 Vertragsgruppenpraxen oder Erweiterungen bestehender Vertragsgruppenpraxen gerade in Gründung bzw. Umsetzung sind (z.B. 5 in der Allgemeinmedizin, 5 in der Kinderheilkunde, 4 in der Orthopädie).

Während dies den Trend zu Gruppenpraxis verfestigt, ist weit bedenklicher die Zahl der offenen, unerledigten Ansuchen um Vertragsgruppenpraxen bzw. Erweiterung bestehender Vertragsgruppenpraxen. Diese Ansuchen werden zwar versorgungspolitisch von GKK und Ärztekammer befürwortet, können aber derzeit nicht umgesetzt werden (siehe folgendes Kapitel). Deren Zahl ist mit 58 (!!) quer über alle Fachgebiete zumindest fast so hoch wie die Zahl der gegründeten Gruppenpraxen. Rechnet man diese Zahlen zusammen, so hätte man ca. 150 Vertragsgruppenpraxen in Wien, wenn es nicht an der Umsetzung mangeln würde.

Diese Zahlen zeigen, dass es geradezu absurd ist, den Ärzten vorzuwerfen, sie würden sich gegen Gruppenpraxen stellen oder diese blockieren. Viele Ärzte wollen eine Gruppenpraxis gründen, werden aber vom Gesundheitssystem gehindert. Tatsache ist, dass es zahlreiche externe limitierende Systemfaktoren gibt, die es im Folgenden zu analysieren gilt.

3. Zukunft der Gruppenpraxen

Wenn man – so wie bei „politischen Sonntagsreden“ immer wieder postuliert – den niedergelassenen Bereich und die Gruppenpraxen stärken möchte, so sollte man folgende aktuell limitierende Faktoren beseitigen:

1. Mehr Stellen im Stellenplan bzw. ambulanten RSG für Gruppenpraxen:

Die vorhin angeführten 58 offenen Ansuchen können deshalb nicht umgesetzt werden, da nach den politischen Vorgaben für die GKK auf Grund deren finanzieller Situation durch die Gruppenpraxen die Anzahl der ärztlichen Köpfe (= Stellen), die im Stellenplansystem arbeiten, nicht vermehrt werden darf. Das bedeutet, dass eine Gruppenpraxis immer nur dann gegründet werden darf, wenn eine Einzelpraxis nicht nachbesetzt wird. Damit kann aber keine Verbesserung der Versorgung und längere Öffnungszeiten erreicht werden, sondern bloß eine Verschiebung von Einzel- zu Gruppenpraxen. Das wird in der Stellenplanpraxis von Kammer und Kasse auch gemacht, kann aber niemals die gesundheitspolitischen Aufgabenstellungen der Spitalsentlastung durch Gruppenpraxen befriedigen. Wenn dieses Dogma nicht bald aufgegeben wird, wird die Gruppenpraxis niemals die Versorgungsaufgaben befriedigen, die mit ihr verknüpft werden. Dass man dafür ua. die Kassen finanziell sanieren oder Gelder vom Spital in den niedergelassenen Bereich umleiten muss, sind andere Themen, die Aufgaben der Gesundheitspolitik wären.

2. Flexiblere Honorarsysteme bei fächerübergreifenden Gruppenpraxen:

Im ASVG (§ 342a Abs 2) ist festgeschrieben, dass fächerübergreifende Gruppenpraxen „nach Pauschalmodellen“ zu entlohnen sind. Diese gesetzliche Vorgabe des Honorarsystems ist kontraproduktiv. Gerade Honorarsysteme sind im Verhältnis Kasse zu Ärzteschaft sehr fragile Gebilde, die sich nur in ganz langen Zeiträumen verändern lassen, da die Kassen um ihre finanzielle Situation bangen und die Ärzte um ihr ökonomisches Auskommen. Es hat sich in den letzten Jahrzehnten bewährt, dass der Gesetzgeber sich bei diesem sensiblen Punkt zurückgehalten hat und die Lösung dieser Frage den Selbstverwaltungen von Kammer und Kasse überlassen hat. Tatsache ist, dass es in den letzten Jahren, trotz diesbezüglicher Urgenzen und Bemühungen der Ärztekammer, nicht einmal ein einziges Gespräch zwischen Hauptverband und Ärztekammer zu diesem Thema gegeben hat. Besser wäre es, in dieser Frage mehr Gestaltungsspielraum zu lassen und darauf zu vertrauen, dass die Selbstverwaltungen sich auf etwas einigen, was für beide Seiten akzeptabel ist, auch wenn es kein Pauschalmodell ist.

- 3. Individuelle flexible Öffnungszeiten:** Die Öffnungszeiten sind für alle Fächer und Fachgebiete gesamtvertraglich geregelt und werden über einen Leisten geschlagen. Das ist in der Praxis nicht sinnvoll, da einige Fachgebiete wie z.B. Allgemeinmedizin in Sommermonaten weniger frequentiert werden als im Winter. Trotzdem müssen bestimmte Öffnungszeiten eingehalten werden, was zu unnötigen Kosten führt. Hier sollte der Gesamtvertrag bedarfsgerechte Öffnungszeiten vorsehen.
- 4. Vertretungsregelungen:** Das Thema Vertretungen ist ein generelles, das aber auch bei den Gruppenpraxen eine besondere Rolle spielt. Schließlich ist Medizin und die Aufrechterhaltung einer Versorgung bei der notwendigen Qualität zunehmend nur mehr in verstärkt arbeitsteiligen Prozessen möglich. Die Vertretungsregelungen in Gesamtverträgen und im Besonderen bei Gruppenpraxen – hier auch auf Grund des ÄrzteG – sind aber noch immer restriktiv, hier müsste sowohl auf gesetzlicher als auch gesamtvertraglicher Ebene mehr Flexibilität ermöglicht werden. Das ist notwendig, da verlangt wird, die Praxen immer eine bestimmte Zeitlang zu öffnen. Die Tätigkeit als Einzelunternehmer, mehr aber noch in einer Gruppenpraxis verlangt aber neben der reinen Patientenbetreuung immer mehr Zeit für patientenferne Administration und Organisation. Auch wenn immer wieder beteuert wird, dass das nicht das gesundheitspolitische Ziel ist, spricht die Realität eine andere Sprache, der sich die Ärzte nolens volens unterwerfen müssen. Damit aber bei mehr patientenferner Administration die Patientenversorgung nicht leidet, muss vermehrt auf Vertretungssysteme zurückgegriffen werden. Während das im Spitalsmanagement bei der ärztlichen Bedarfsplanung längst mitberücksichtigt wird, wird das im niedergelassenen Bereich, der hier noch mehr administrative Anforderungen an den einzelnen Arzt stellt, immer wieder ignoriert.
- 5. Nutzen des §-3-Einzelvertrags:** Die Bestimmung des §-3-Einzelvertrags ist den meisten nicht bekannt, obwohl seit 1956 Teil des österreichweit noch immer in Verwendung stehenden Musters für Einzelverträge. Die Bestimmung, die auch für Gruppenpraxen übernommen wurde, regelt, dass im Einvernehmen zwischen Vertragsgruppenpraxis, Sozialversicherung und Ärztekammer für die jeweilige Gruppenpraxis Sonderregelungen vereinbart werden können (z.B. in Hinblick auf den Leistungsumfang, Verrechnung etc.). Damit wäre es z.B. möglich, flexibel Spezialleistungen in Gruppenpraxen anzubieten, um tatsächlich die Spitalsambulanzen zu entlasten oder auch andere Verrechnungsmodelle auszuprobieren.

3.1. Umsetzungsmodell – Ärztehäuser mit (fachgleichen) Gruppenpraxen

In Anbetracht des sehr rigiden politischen Systems und der langwierigen Umsetzung gesundheitspolitischer Innovationen (so mussten die Ärzte mehr als 30 Jahre mit Hilfe der VfGH-Judikatur auf die Umsetzung der Gruppenpraxen drängen, da sie vom Hauptverband blockiert wurden), sind gesetzliche Änderungen der Situation in den nächsten Jahren nicht zu erwarten.

Daher wird es an den regionalen Sozialversicherungen, den Ländern und der Ärztekammer in den Ländern, liegen Modelle auf Basis der bestehenden Rechtssituation auszuarbeiten und umzusetzen. Das ist auch durchaus kein hoffnungsloses Unterfangen, wenn man nicht den fächerübergreifenden Vertragsgruppenpraxen die höchste Priorität einräumt, da diese am Honorarsystem scheitern werden. Es ist bei den unzähligen Fächerkombinationen auch eher undenkbar, für alle diese Kombinationen samt fächerübergreifender Spezialleistungen a priori pauschale Honorarmodelle zur Hand zu haben.

Stattdessen sollte man der fachgleichen Vertragsgruppenpraxis, die bereits etabliert ist, den Vorzug geben und versuchen, mehrere fachgleiche Gruppenpraxen räumlich unter einem Dach zusammenzufassen. Wenn man will, dass man Spitalsambulanzen ersetzt, wo für den Patienten immer garantiert ist, dass ein Facharzt des entsprechenden Faches anwesend ist, dann ist auch eine fächerübergreifende Gruppenpraxis mit einem Allgemeinmediziner, einem Augenarzt, einem Gynäkologen keine Versorgungsverbesserung, weil es für einen einzelnen Freiberufler unzumutbar ist, z.B. Mo bis Fr von 7 bis 21 Uhr anwesend zu sein.

Das kann nur gewährleistet werden, wenn es mehrere fachgleiche Ärzte eines Faches gibt, die eine umfassende Präsenz sicherstellen (z.B. Gruppenpraxen mit 3 bis 4 Allgemeinmedizinern, Augenärzten und Gynäkologen). Wenn diese dann auch noch räumlich in einer Einrichtung arbeiten, dann ist der Effekt für den Patienten dem einer Spitalsambulanz sehr ähnlich. Wenn diese auch nicht noch wirtschaftlich miteinander verwoben sind, wie das bei einer fachübergreifenden Gruppenpraxis der Fall ist, dann könnten auch auf Seiten der Sozialversicherung weniger Sorgen bestehen, dass die Patienten immer alle Leistungserbringer durch Reihenüberweisungen konsultieren. Zusätzlich könnte man für Spezialleistungen dann im Wege des §-3-Einzelvertrags Sonderhonorierungen im Rahmen von §-3-Einzelvertrag vereinbaren oder das Überweisungsverhalten einem gesonderten Monitoring bzw. Limitierungen unterwerfen.

Der Vorteil an solchen Ärztehäusern mit mehreren fachgleichen Gruppenpraxen wäre aus der Praxis heraus auch, dass

- a) es in Wien durchaus Projekte mit Bauträgern gibt, die derartige Häuser bauen oder betreiben würden,
- b) auf Grund des Gesamtvertrages und des ASVG nicht wirklich viel Neues notwendig wäre, um rechtlich diese Struktur zu schaffen und
- c) es den Ärzten, die letztendlich in diese Strukturen investieren müssen, auch eine gewisse Sicherheit gibt, dass sie sich in bestehenden Systemen bewegen und nicht ihre Investitionen für gesundheitspolitische Versuchszwecke herangezogen werden.

In der Art-15a-Vereinbarung, die Ende 2012 als großer politischer Erfolg verabschiedet wurde, werden neue ambulante Versorgungsformen als die große Novation verkündet, ohne dass in der Art-15a-Vereinbarung zur Zielsteuerung im Gesundheitswesen auch nur eine Zeile steht, wie diese Einrichtungen strukturiert sein sollen. Eventuell wäre es im vorgenannten Sinne besser, langsam die bestehenden Strukturen zu nützen und sozialpartnerschaftlich weiterzuentwickeln, bevor im gesundheitspolitisch-administrativen Labor wieder neue Versuchsanordnungen zusammengestellt werden.

4. Zusammenfassung

Insgesamt lässt sich zusammenfassend feststellen, dass man in Wien gesamtvertraglich einen guten sozialpartnerschaftlichen Kompromiss gefunden hat, um Gruppenpraxen zu etablieren. Das zeigt sich sehr gut an den diesbezüglichen Zahlen der bestehenden, in Gründung befindlichen und beantragten Gruppenpraxen. Trotzdem ist dieser Prozess extrem langsam und auf Grund der Vorgabe, dass die kassenärztlichen Planstellen durch Gruppenpraxen nicht erhöht werden dürfen, trotz hohem Interesse der Ärzte, im Ausbau extrem limitiert.

Möchte man die Gruppenpraxis als Form der Spitalsentlastung verstärkt einsetzen, so sind Bund, Länder und vor allem die Sozialversicherung aufgerufen, diesen Prozess zu beschleunigen und Verbesserungen der Situation herbeizuführen. Verbesserungspotentiale sind obenangeführt und würden teilweise schlagartig (z.B. mehr Planstellen für Gruppenpraxen) zu einer Verbesserung der Versorgungssituation führen und könnten Spitalsambulanzen entlasten.

Leicht umsetzbar als Modell neuer ambulanter Versorgungsformen ohne jegliche Änderung gesetzlicher Bestimmung wären Ärztehäuser mit mehreren fachgleichen Gruppenpraxen, die letztendlich mit längeren Öffnungszeiten spitalsambulanzentlastend aktiv werden könnten.

Mag. Katharina Riedler

*Gesundheitsökonomie, Linzer Institut
für Gesundheitssystem-Forschung*

Gruppenpraxis mit besonderem Blick auf OÖ

1. Historie	70
2. Hürden und Herausforderungen	71
3. Die 4 Modelle der Gruppenpraxis in OÖ	74
4. Bisherige Umsetzung	75
5. Befragung zu Gruppenpraxen in Oberösterreich	78
6. Zusammenfassung	90

1. Historie¹

Im Ärztegesetz sind zwei verschiedene Formen der Zusammenarbeit für ÄrztInnen vorgesehen. Einerseits die „Ordinations- und Apparategemeinschaft“, die sich durch eine Vergesellschaftung von Betriebsmitteln (Ordinationsräumlichkeiten und / oder medizinische Geräte) auszeichnet, und andererseits die „Gruppenpraxis“, bei der es sich um einen Betrieb handelt, in den ärztliche Leistungen eingebracht werden.

Die Ordinations- und Apparategemeinschaft ist bereits seit 1949 per Gesetz vorgesehen und war vorerst eine reine Innengesellschaft, daher handelt nach Außen jeder Gesellschafter im eigenen Namen. Erst eine Erkenntnis des VfGH im Jahre 1996 führte zur Beseitigung der Beschränkung auf reine Innengesellschaften. Dies war der Anstoß zur Schaffung des Gruppenpraxismodells.

Jedoch kam es erst 2001 zur Einführung der Gruppenpraxis, da es große Meinungsunterschiede, besonders im Hinblick auf die rechtliche Abgrenzung zu selbstständigen Ambulatorien, gab. Als Rechtsform für die Gruppenpraxis konnte vorerst nur die Offene Erwerbsgesellschaft (OEG) gewählt werden. Erst 2010 wurde es durch das Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung (BGBl I 2010/61) ermöglicht, eine Gruppenpraxis auch in der Rechtsform einer GmbH zu gründen.

Das „Hartlauer-Urteil“ des EuGH im Jahre 2009, in dem festgestellt wird, dass es nicht rechtskonform ist, dass einerseits Ambulatorien einer Bedarfsprüfung (nach KAKuG) unterliegen und andererseits Gruppenpraxen (nach ÄrzteG und ZÄG) keiner Bedarfsprüfung unterliegen, veranlasste den österreichischen Gesetzgeber dazu, auch (neue) Gruppenpraxen (als OG und GmbH) einer Bedarfsprüfung zu unterwerfen. Darüber hinaus wurde die rechtliche Abgrenzung zwischen Ambulatorien und Gruppenpraxen zu präzisieren versucht, eine obligatorische Haftpflichtversicherung für alle Ärzte (mit Sonderregelungen auch für die Ärzte GmbH) eingeführt und auch sonstige Sonderregelungen für die Gruppenpraxen überarbeitet.

1 Karollus: *Vergesellschaftung von Ärzten und Zahnärzten*. 2011. S.774f.

2. Hürden und Herausforderungen

2.1. Bedarfsprüfung

Gruppenpraxen, die lediglich Leistungen anbieten, die nicht kassenrechtlich erstattungsfähig sind, unterliegen keiner Bedarfsprüfung. Ein Beispiel dafür sind etwa Schönheitsoperationen. Ebenfalls keiner Bedarfsprüfung durch den Landeshauptmann (lt. §52c ÄrzteG bzw. §26 ZÄG) unterliegen Gruppenpraxen mit Kassenvertrag, da hier davon ausgegangen wird, dass die Bedarfsprüfung im Zuge der Stellenplanung durch die Kassen und die Ärztekammer bereits stattgefunden hat. Einer vollen Bedarfsprüfung hingegen unterliegen wahlärztliche Gruppenpraxen, die auch Kassenleistungen anbieten. Dies hat zur Folge, dass kaum mehr Wahlarztpraxen gegründet werden können.²

So können etwa auch Ärzte aus verschiedenen Fachrichtungen Gruppenpraxen gründen. Für fächerübergreifende Leistungen existieren jedoch derzeit noch keine Kassenverträge, wodurch multicolore Zusammenschlüsse gezwungen sind, als Wahlarztpraxen zu gründen – und damit der Bedarfsprüfung unterliegen.³

Überdies müssen bestehende Gruppenpraxen bei wesentlichen Änderungen des Leistungsangebots neuerlich eine Bedarfsprüfung durchlaufen. Dies wäre etwa dann der Fall, wenn ein Gesellschafter hinzukommt, dessen Fachgebiet noch nicht in der Gruppenpraxis vertreten war.⁴

2.2. Gruppenpraxis-Gesamtvertrag

Die Krankenversicherungsträger und die örtlich zuständige Ärztekammer sind dazu verpflichtet, einen eigenen Gruppenpraxis-Gesamtvertrag zu verfassen, auf dessen Grundlage dann die Gruppenpraxis-Einzelverträge mit den Gruppenpraxen abgeschlossen werden. Die Inhalte des Gruppenpraxis-Gesamtvertrages sind in § 342a Abs. 1 und 2 ASVG geregelt. Diese Vorgehensweise soll sicherstellen, dass die Krankenversicherungen an den von den Gruppenpraxen erzielten Synergieeffekten mit profitieren.⁵ Im oberösterreichischen Gesamtvertrag ist etwa festgelegt, dass Gruppenpraxen im Modell 1 und 2 (siehe Kapitel) bei der Honorierung ein Abschlag in Höhe von 8,5% bei Allgemeinmedizinerinnen und 9,5% bei Fachärztinnen

2 Karollus: *Vergesellschaftung von Ärzten und Zahnärzten*. 2011. S.800.

3 Fischer-See: 29. *Gesundheitspolitisches Forum am 27.01.2011 zum Thema „Die Ärzte-GmbH“*.

4 Wallner: *Handbuch Ärztliches Berufsrecht*. 2011. S.101.

5 Karollus: *Vergesellschaftung von Ärzten und Zahnärzten*. 2011. S.776.

auf den (limitierten) Umsatz getätigt wird (§ 35 Abs. 4 OÖ Gruppenpraxis-Gesamtvertrag). Dieser Abschlag und zahlreiche andere Honorierungseinschränkungen (z.B. Leistungslimitierungen) mindern die Vorteile der Gruppenpraxis immens. Zwar kommen diese Rabattabschläge in Oberösterreich in einen Topf, der von der Ärztekammer verwaltet wird und wieder den Ärzten im Allgemeinen zu Gute kommt, die Rentabilität der rabattierten Gruppenpraxismodelle bleibt jedoch trotzdem reduziert.

2.3. Beschränkungen bei Anstellungen

Gemäß § 52a Abs 3 Z 7 ÄrzteG ist es Gruppenpraxen nicht erlaubt, ihre Gesellschafter oder andere ÄrztInnen anzustellen. Und auch das Eingehen sonstiger zivil- oder arbeitsrechtlicher Verhältnisse zu anderen Ärzten oder anderen Gesellschaften (etwa in Form eines Werkvertrages, eines freien Dienstvertrages oder Leiharbeit) zur Ausübung ärztlicher Leistungen in der Gruppenpraxis sind untersagt. Erlaubt ist dies lediglich in Vertretungsfällen wegen Urlaub, Krankheit oder Fortbildung.

Normativ beschränkt wird auch die Anstellung von Personen anderer Gesundheitsberufe (§ 52a Abs 3 Z 8 ÄrzteG). So dürfen pro Arzt nicht mehr als 5 Angestellte, insgesamt aber nicht mehr als 30 Angestellte in der Gruppenpraxis tätig sein.⁶ Ausgenommen werden von dieser Regel Gruppenpraxen mit hohem Technisierungsgrad (z.B. Radiologie, Labor), solange immer ein Arzt für einen bestimmten Fall die Verantwortung trägt. Anderenfalls, bzw. bei Übersteigerung der Angestelltenzahlen, vermutet der Gesetzgeber das Vorliegen eines selbstständigen Ambulatoriums.

Wie bereits in Kapitel 2.1 erläutert, stellen diese restriktiven Bedingungen eine Gründungsbarriere für die Gruppenpraxis dar, da es für ihre Einhaltung ständiger rechtlicher Beratung und Überlegungen bedarf.

6 Vollzeitäquivalente; ausgenommen Ordinationsgehilfen

2.4. Abgrenzung zu Ambulatorien schwierig

Zwar wurde nach dem in Kapitel 1 erwähnten „Hartlauer-Urteil“ versucht, die Abgrenzung zwischen Ambulatorien und Gruppenpraxen zu schärfen, jedoch wurde dies nur sehr halbherzig erledigt. In § 52a Abs 3 Satz 1 ÄrzteG wird festgelegt, dass eine Gruppenpraxis keine Organisationsdichte und -struktur einer Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbstständigen Ambulatoriums (gemäß § 2 Abs 1 Z 5 KAKuG) aufweisen darf und konkretisiert dies noch in § 52a Abs 3 ÄrzteG. Jedoch sind diese Vorgaben nur teilweise als Abgrenzung zum Ambulatorium einschlägig.⁷ Es bedarf also einer umfassenden Beratungstätigkeit vor der Gründung einer Gruppenpraxis, um die Grenzen zum Ambulatorium nicht zu überschreiten, was eine Barriere darstellt. Aber auch nach der Gründung muss ständig darauf Bedacht genommen werden, die Bestimmungen nicht zu übertreten.

2.5. Eingeschränkte Namensgebung

Gegenüber einer GmbH im Sinne des UGB und GmbHG unterliegt die Ärzte GmbH weiteren normativen Einschränkungen. Im Wesentlichen ist das die Verpflichtung, im Wortlaut des Firmennamens den Familiennamen eines Gesellschafters anzuführen. Weiters soll im Namen der Firma ein Hinweis auf die berufliche Ausrichtung (z.B. Urologie) gegeben werden und der Hinweis auf eine Gruppenpraxis wird ebenfalls nahe gelegt.⁸ Ein rechtskonformer Name wäre also in etwa „Gruppenpraxis Mair Urologen GmbH“. Diese Beschränkung des Gesetzgebers lässt jedenfalls darauf schließen, dass eine Flexibilität beim Wechsel der Gesellschafter nicht unterstützt wird, da beim Ausscheiden des namensgebenden Gesellschafters eine Umbenennung der GmbH notwendig wird.

2.6. Nur ÄrztInnen als Gesellschafter – Fremdbesitzverbot

Um die ethische Berufsverpflichtung der ÄrztInnen (Hippokratischer Eid) zu wahren, darf es weiterhin bei Gruppenpraxismodellen ausschließlich ärztliche Gesellschafter geben. Moralisches Handeln, das nicht nur ökonomischen Prinzipien gehorcht, bleibt so gesichert. Investiert eine nicht-ärztliche Person in eine ärztliche Gesellschaftsform, so besteht die Gefahr, dass diese Person auf die handelnden ÄrztInnen ökonomischen Druck ausübt, der zu nicht ausschließlich medizinisch

7 Karollus: *Vergesellschaftung von Ärzten und Zahnärzten*. 2011. S.788.

8 Karollus: *Vergesellschaftung von Ärzten und Zahnärzten*. 2011. S.781f.

indiziertem Verhalten führen kann. Befürchtete Folgen wären etwa Mehrkosten für das öffentliche Gesundheitswesen, im schlimmsten Fall aber auch gesundheitliche Nachteile für PatientInnen.

Ein EuGH-Urteil vom 19. Mai 2009 bestätigte das Fremdbesitzverbot bei deutschen Apotheken mit der Begründung, dass dieses zwar grundsätzlich die Grundfreiheiten des Binnenmarktes verletze, die Gewährleistung einer sicheren Arzneimittelversorgung es jedoch rechtfertige, den Betrieb von Apotheken nur durch Apotheker zuzulassen. Für Österreich bedeutet dies, dass das Verbot des Ordinationsbetriebes durch Nicht-ÄrztInnen EU-rechtskonform ist. Daher besteht bei den Ärzte-GmbHs keine Sorge, dass berufsfremde Gesellschafter Einzug halten könnten, solange der Staat Österreich das Verbot nicht selber aufhebt.⁹

3. Die 4 Modelle der Gruppenpraxis in OÖ¹⁰

In Oberösterreich wurde 2002 der erste Gesamtvertrag für Gruppenpraxen mit der OÖ Gebietskrankenkasse abgeschlossen und vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungen unterfertigt. Seither ist in Oberösterreich das Führen einer Gruppenpraxis mit §-2-Kassenvertrag möglich. In Oberösterreich wurden, aufgrund der bestehenden und zu erwartenden Versorgungssituation, vier verschiedene Modelle der Gruppenpraxis geschaffen.

Modell 1: Freiwillige Zusammenlegung von zwei vollen Kassenstellen: Dieses Modell wurde geschaffen, um für bereits tätige KassenärztInnen die Zusammenarbeit in Form einer Gruppenpraxis zu ermöglichen. Bisher gab es jedoch noch keinen Praxisfall.

Modell 2: Bruchstellenpraxis: Wird von der Kammer und der Kasse ein Zusatzbedarf zwischen 0,3 und 0,7 Kassenstellen festgestellt, so kann eine Bruchstellenpraxis gegründet werden. Hierfür muss sich ein im Versorgungsgebiet tätiger Kassenarzt bereit erklären, seine Einzelpraxis während des Betriebs der Gruppenpraxis ruhend zu stellen und mit einem weiteren Arzt eine Bruchstellen-Gruppen-

⁹ Kux: *Apotheken-Fremdbesitz hat Grenzen*. 2009.

¹⁰ Hummelbrunner: *Die ärztliche Gruppenpraxis Abgrenzungsfragen und Gesamtvertragsgestaltung*. 2005. S. 89ff.

praxis zu gründen. Der Vertragsarzt kann den neuen Gesellschafter unter den vier erstgereihten ÄrztInnen (nach Punktevergabeschema) auswählen.

Modell 3: Job-Sharing-Praxis: In diesem Modell wird die Möglichkeit geschaffen, dass sich bestehende Vertragsärzte ihre Vertragsarztstelle mit einem anderen Arzt teilen können. Der Junior-Partner muss einen Mindestanteil von 30% an der Gruppenpraxis zugeteilt bekommen. Auch hier kann der Junior-Partner unter den vier Erstgereihten (nach Punktevergabeschema) vom Senior-Partner ausgewählt werden.

Modell 4: Nachfolge-Praxis: Bei diesem Modell handelt es sich um ein Job-Sharing-Modell im Falle der bevorstehenden Pensionierung oder freiwilligen Vertragsstellen-Niederlegung eines Kassenarztes. So kann der Juniorpartner in einer Vertragsarztpraxis tätig werden und muss nicht in eine Wahlarztpraxis investieren. Der Seniorpartner hat dadurch die Möglichkeit, zu Ende seiner Tätigkeit, seine Arbeitszeit zu reduzieren, und kann seine Praxis gegen Entgelt übergeben. Dadurch sind kontinuierliche Investitionen in die Praxis durch den Seniorpartner, im Sinne der Qualitätssicherung, gewährleistet. Die Auswahl des Juniorpartners erfolgt hier nicht durch den Seniorpartner (unter den vier Erstgereihten), sondern der Erstgereichte bekommt den Vertrag, da hier nur eine vorübergehende Zusammenarbeit der Partner vorliegt.

4. Bisherige Umsetzung

Die Umsetzung der Gruppenpraxis, auch nach Einführung der GmbH als Organisationsform, blieb in Österreich bisher hinter den Erwartungen zurück. Dies liegt daran, dass die derzeitigen Rahmenbedingungen wenig Vorteile für die ÄrztInnen bieten. Dr. Fischer-See¹¹ ist der Meinung, dass es noch zahlreiche Barrieren aus dem Weg zu räumen gilt. Er führt an, dass das Gründen und Betreiben zu aufwändig ist, sich die steuerlichen Vorteile in Grenzen halten, es zu viele berufsrechtliche Einschränkungen gibt (z.B. Anstellungseinschränkungen), die ASVG-Honorierungseinschränkungen hinderlich seien und es eine ungenügende Anzahl an Kaserverträgen gebe. Er bezeichnet das Gesetz als „*handwerklich – gelinde gesagt – nicht optimal gelungen*“¹²

11 Selbstständiger Consulter im Bereich Praxisgründung und -führung in Wien, Spezialist im Bereich Gruppenpraxen.

12 Fischer-See: 29. Gesundheitspolitisches Forum am 27.01.2011 zum Thema „Die Ärzte-GmbH“.

Auch das IHS ist in einer 2012 erschienenen Studie¹³ der Meinung, dass durch die zahlreichen regulativen Vorgaben für Gruppenpraxen in Österreich wesentliche Synergien nicht genutzt werden können. Besonders wird kritisiert, dass die Gruppenpraxis in der derzeitigen Form nicht zu einer Verschmelzung des ambulanten Bereichs (Spitalsambulanz und niedergelassener Bereich) beitragen kann, da sie die Funktionen von Spitalsambulanzen nicht übernehmen kann, wie das z.B. die Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland bereits tun. In der international üblichen Form kann die Gruppenpraxis in Österreich also nicht realisiert werden.

Eine französische Studie¹⁴ aus dem Jahr 2007 zeigt den Organisationsgrad von niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen in Gruppenpraxen in ausgewählten europäischen Ländern auf. Dabei wurde zwischen Ländern unterschieden, in denen die Mehrheit der Ärzte in Gruppenpraxen tätig sind, und solchen, in denen diese Ärzte in der Minderheit sind. Die folgende Tabelle ist insofern interessant, da sie klar zeigt, dass der österreichische Organisationsgrad von AllgemeinmedizinerInnen in Gruppenpraxen sehr niedrig ist.

Finnland	Schweden	Vereinigtes Königreich	Niederlande	Frankreich	Belgien	Deutschland	Italien	Oberösterreich*	Wien**
> 90%	98%	92%	57%	39%	30%	25 – 30%	15 – 20%	ca.11%	< 2%

* Organisationsgrad unter vertragsärztlichen AllgemeinmedizinerInnen AUS Ärztliches Qualitätszentrum: Arbeitszufriedenheit Ärzte OÖ – Gesamtbericht. 2011. S.22.

** Organisationsgrad unter vertragsärztlichen AllgemeinmedizinerInnen; Eigene Berechnungen nach Auskünften der Ärztekammer für Wien und Zahlen der Standesführung der ÖÄK.

Anteil der niedergelassenen Allgemeinmediziner, die in Gruppenpraxen tätig sind¹⁵

Der, im Vergleich zu Wien, in Oberösterreich hohe Organisationsgrad kommt daher, dass Allgemeinmediziner in Oberösterreich gerne die Gruppenpraxismodelle 3 und 4 wählen, wobei es sich aber um vorübergehende Formen der Zusammenarbeit handelt. Nicht nur das Modell 4 (Job-Sharing-Modell für die Praxisübergabe, meist wegen Pension), sondern auch das Modell 3 (zwei Ärzte teilen sich einen Kassenvertrag) wird meist von älteren AllgemeinmedizinerInnen gewählt, um bei der täglichen Arbeit und den Diensten entlastet zu werden. Viele wechseln nach einiger Zeit ins Modell 4 und übergeben dann die Praxis an den Junior-Partner. Synergieeffekte sind bei den Modellen 3 und 4 jedoch kaum zu erwarten, weshalb die Kassen hier auch keine Honorarabschlüsse vorsehen. Das Modell 1, die frei-

13 IHS: *Health Cooperation: Kostendämpfung durch Kooperation im Gesundheitswesen*. April 2012. S. 78f.

14 Bourgueil, Marek, Mousques: *Medical group practice in primary care in six European countries, and the Canadian provinces of Ontario and Quebec: what are the lessons for France?* 2007. S.1.

15 Die europäischen Zahlen (außer Österreich) stammen aus 2007 und sind daher wahrscheinlich seither in einigen Ländern noch angestiegen.

willige Zusammenlegung zweier Kassenstellen, also ein Modell einer „echten“ Gruppenpraxis, wurde in Oberösterreich hingegen noch nie realisiert, was darauf hindeutet, dass die bestehenden positiven Effekte einer Gruppenpraxis, die Nachteile durch die aktuelle Gesetzgebung nicht ausgleichen können. In Wien gibt es die Form der Gruppenpraxis, die zur Übergabe der Praxis vom Senior- an den Juniorpartner gedacht ist, nicht. Daher zeigen die Zahlen aus Wien lediglich die „echten“ Gruppenpraxen – also auf Dauer angelegte Zusammenarbeitsformen.

Bei oberösterreichischen Vertrags-Fachärzten liegt der Anteil derer, die in einer Gruppenpraxis ordinieren, viel niedriger (rd. 4%)¹⁶ als bei den Allgemeinmedizinern. In Wien ist der Anteil der in Gruppenpraxen ordinierenden Vertrags-Fachärzten (rd. 16%) hingegen viel höher als der Organisationsgrad bei den Allgemeinmedizinern. Diese Zahlen kommen deshalb zu Stande, weil der Bedarf nach zwei oder mehr Fachärzten desselben Faches an einem Standort, im Ballungsraum Wien, häufiger gegeben ist als in Oberösterreich. Dennoch schließen sich auch in Wien hauptsächlich Fachärzte zusammen, deren Arbeit sehr apparateintensiv ist, da sich hier höhere Synergieeffekte ergeben als bei anderen Fächern. Etwa ein Drittel der Vertrags-Fachärzte, die in Wiener Gruppenpraxen tätig sind, sind Radiologen. Fachärzte der Inneren Medizin und der Orthopädie schließen sich ebenfalls etwas häufiger zusammen als andere Fachärzte. Am niedrigsten ist der Organisationsgrad bei den Wahlärzten, was auf die restriktive gesetzliche Lage (Bedarfsprüfung) zurückzuführen ist. In Wien bestehen lediglich vier Wahlarzt-Gruppenpraxen.

Die Möglichkeit, eine Gruppenpraxis als GmbH zu führen, wird noch sehr zögerlich genutzt. Ein Jahr nach Einführung der GmbH als Rechtsform gab es in Österreich lediglich eine Gruppenpraxis, die in der Form gründete. Es handelte sich dabei um eine orthopädische Gruppenpraxis in Wien.¹⁷ In Oberösterreich gibt es bis jetzt noch keine einzige Ärzte GmbH, da es noch immer keinen Gesamtvertrag mit den Kassen für GmbHs gibt. In Wien werden derzeit 6 von 66 §-2-Gruppenpraxen in Form einer GmbH geführt (3 Orthopädie, 2 Radiologie und 1 Orthopädie), von den gemeldeten Wahlarzt-Gruppenpraxen in Wien haben alle die Rechtsform einer OG.¹⁸ Im städtischen Bereich gibt es auch deshalb mehr GmbHs als in peripheren Gegenden, da dort die nötigen Umsätze erzielt werden können, um die Rechtsform der GmbH überhaupt lukrativ werden zu lassen. Denn nur bei hohem Umsatz und geringen Gewinnausschüttungen hat die GmbH gegenüber der OG steuerliche Vorteile.¹⁹ Um diese Umsätze zu erwirtschaften, bedarf es hoher Patientenzahlen und damit eines hohen Bedarfs, der am Land meist nicht gegeben

16 Eigene Berechnungen aus den Daten der Umfrage zur Arbeitszufriedenheit der Ärzte in OÖ des Ärztlichen Qualitätszentrums 2011.

17 Weilguny: *Ärzte-GmbH: mehr als eine Frage der Zeit*. 7. Sept. 2011.

18 Auskunft der Ärztekammer für Wien, Stand April 2012.

19 Mag. Monika Seywald von TPA Horwath IN *Ärzte-GmbH steuerlich nur bedingt ein Vorteil*. 2010.

ist. Ein bedeutender Vorteil der GmbH gegenüber der OG und der OEG ist die Beschränkung der Haftung auf das Betriebsvermögen. Medizinische Haftungen (durch z.B. Behandlungsfehler) sind zwar durch die verpflichtende Haftpflichtversicherung abgedeckt, die wirtschaftliche Haftung im Falle eines Konkurses bleibt jedoch bestehen. Die Nachteile der GmbH gegenüber der OG sind jedoch in den meisten Fällen bedeutender.

5. Befragung zu Gruppenpraxen in Oberösterreich

Schon eine 2011 durch das ärztliche Qualitätszentrum durchgeführte Befragung unter oberösterreichischen Ärzten zeigte, dass die Bereitschaft niedergelassener Ärzte zu einer Zusammenarbeit mit Kollegen durchaus hoch ist. Etwa ein Drittel der befragten Niedergelassenen gab an, es sei ihr angestrebtes Ziel, mit Kollegen eine Zusammenarbeit einzugehen. Ein weiterer großer Teil der Ärzteschaft (45%)²⁰ konnte sich vorstellen, unter bestimmten Umständen eine Zusammenarbeit mit Kollegen einzugehen. Diese Personen nannten am häufigsten, dass es für einen Zusammenschluss eine adäquate Honorierung geben müsse, wobei diesbezüglich besonders auf die Problematik der Kassenlimitierungen hingewiesen wurde. Weiters wurden andere Formen der Gruppenpraxis, die Möglichkeit der Anstellung von Ärzten, eine Reduktion der gesetzlichen Hürden und klare rechtliche und finanzielle Regelungen gefordert. Der Wunsch nach der Möglichkeit einer freien Partnerwahl und zum Zusammenschluss verschiedener Fachrichtungen als Kassenpraxis wurde ebenfalls gehäuft geäußert. Insgesamt bezogen sich über zwei Drittel der Aussagen auf eine notwendige Veränderung in den Rahmenbedingungen für Kooperationsformen.

Im Herbst 2012 wurde daraufhin eine Befragung gestartet, die sich speziell mit der Zusammenschlussform der Gruppenpraxis befasste. Neben den Kassen- und Wahlärzten wurden auch angestellte Ärzte bis 40 Jahre in die Umfrage einbezogen, da auch für diese Gruppe die Arbeit in einer Gruppenpraxis interessant sein könnte. Der Rücklauf der Vollerhebung betrug 21,7% (N=912), was durchaus repräsentative Schlüsse zulässt.

20 Eigene Berechnungen aus den Daten der Umfrage des Ärztlichen Qualitätszentrums zur Arbeitszufriedenheit der Ärzte in OÖ 2011.

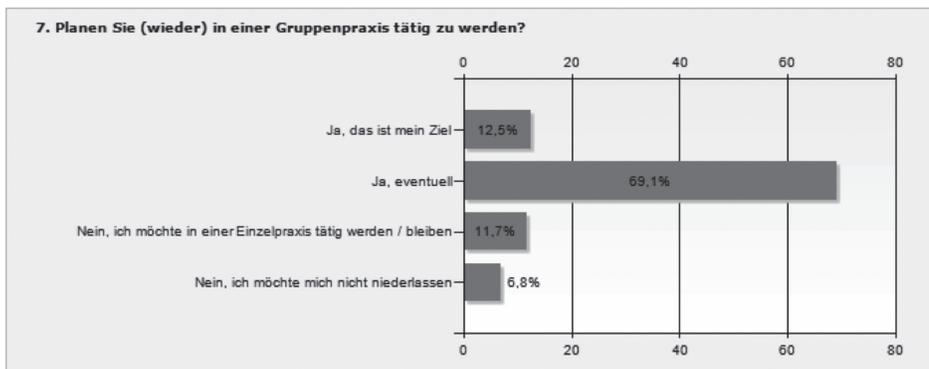
5.1. Großes Interesse an Gruppenpraxen

Zum Zeitpunkt der Umfrage waren 11,4% der Befragten in einer Gruppenpraxis tätig. Allen anderen Personen wurde die Frage gestellt, ob sie planen, in einer Gruppenpraxis tätig zu werden. Hier zeigte sich das riesige Interesse an einer Zusammenarbeit, denn ganze 11,7% der Ärzte gaben an, es sei ihr erklärtes Ziel, in einer Gruppenpraxis tätig zu werden. Weitere 57,9% möchten eventuell in einer Gruppenpraxis tätig werden. Hier muss jedoch etwas relativiert werden, denn viele dieser Personen möchten zwar (eventuell) eine Gruppenpraxis gründen, denken dabei aber an Übergangsmodelle, die zur vorübergehenden Arbeitsentlastung oder für eine Praxisübergabe vor Beendigung der Tätigkeit (z.B. wegen Pensionierung) gedacht sind (Modelle 3 und 4). Daher wurde zusätzlich erhoben, wie viele dieser Personen eine auf Dauer angelegte Gruppenpraxis planen. Tatsächlich liegt der Anteil derer, die vorübergehende Modelle planen, bei 21,9%. Weitere 24,6% sind sich über diese Frage noch nicht im Klaren, während der Großteil dieser Ärzte (53,4%) ein auf Dauer angelegtes Modell bevorzugt. Aus diesen Zahlen kann geschlossen werden, dass etwa 37% der befragten Ärzteschaft zum Ziel hat, in einer auf Dauer angelegten Gruppenpraxis tätig zu werden oder dies zumindest überlegt.

Das größte Potential liegt hier bei den jungen Ärzten (bis 40 Jahre), unter denen 12,5% die Tätigkeit in einer Gruppenpraxis als ihr erklärtes Ziel angeben und weitere 69,1% dies eventuell in Betracht ziehen. Lediglich 8,2% der jungen Ärzte würden lieber eine vorübergehende Gruppenpraxis gründen, wohingegen 59,8% ein auf Dauer angelegtes Modell vorziehen. 32% sind unentschlossen. Das ergibt unter den jungen Ärzten ein Gesamtpotential von rund 49%, die (eventuell) eine auf Dauer angelegte Gruppenpraxis gründen möchten.

Zwar schlummert auch bei den Kassenärzten hohes Potential für Gruppenpraxisgründungen (16,1% Ziel; 51% eventuell), jedoch ist in diesen Gruppen der Anteil jener, die Übergangsmodelle wählen möchten, hoch (36,4% vorübergehend; 49,4% auf Dauer angelegt; 14,2% unentschlossen). Auch unter den Wahlärzten gibt es hohes Interesse an Gruppenpraxen (8,3% Ziel; 52,9% eventuell). 64,6% dieser Wahlärzte würden eine auf Dauer angelegte Gruppenpraxis wählen, wohingegen das Interesse an vorübergehenden Modellen vergleichsweise gering ist (12,5%).

Diese Erhebungsdaten zeigen auf, dass es prinzipiell großes Interesse an Gruppenpraxen gibt. Gerade bei jungen Ärzten bis 40 Jahre wollen nur wenige Personen in einer Einzelpraxis tätig sein bzw. bleiben (11,7%) und lediglich 6,8% wollen sich gar nicht niederlassen.



OÖ. ÄrztInnen bis 40 Jahre, die nicht in einer Gruppenpraxis tätig sind

5.2. Stärken und Schwächen der Gruppenpraxis aus Sicht der oö. Ärzteschaft

Um festzustellen, wo die oö. Ärzteschaft die Stärken und Schwächen der derzeitigen Gruppenpraxismodelle in Oberösterreich sieht, wurden 28 Aspekte der Gruppenpraxen ausgewählt, welche von den Befragten auf einer 7-teiligen Skala (1 = sehr positiv; 4 = neutral; 7 = sehr negativ) bewertet wurden. Die 28 Aspekte waren in die Fragenblöcke „Rahmenbedingungen“, „Finanzielle Aspekte“ und „Tägliche Arbeit“ unterteilt. Nach der Bewertung der Einzelaspekte sollte ein Gesamturteil zu den derzeitigen Gruppenpraxismodellen abgegeben werden²¹.

Insgesamt wurden die oö. Gruppenpraxismodelle mit einem durchschnittlichen Wert von 4,4 bewertet, also leicht negativ. Am negativsten wurden die Aspekte der Kategorie „Rahmenbedingungen“ bewertet (\bar{X} 4,6), die die rechtliche Situation, Vorgaben des Gruppenpraxisgesamtvertrages, Gründung und Ein- und Ausstieg in eine bzw. aus einer Gruppenpraxis beinhaltet. Die Kategorie „Finanzielle Aspekte“ wurde dem gegenüber bereits viel positiver bewertet (\bar{X} 3,5). Wettbewerbsfähigkeit, Investitionsfähigkeit, der Leistungsumfang für Patienten, die Kosten der Praxisführung und die faire Aufteilung des Honorars unter Kollegen werden eher positiv gesehen, wohingegen das Einkommen als eher negativ bewertet wurde. Die Aspekte der Kategorie „Tägliche Arbeit“ wurden durchwegs eher positiv oder positiv bewertet, sodass die Kategorie einen Durchschnittswert von 3,1 erreichte. Lediglich neutral bewertet wird hier das Konfliktpotential unter Kollegen (\bar{X} 4,0). Am positivsten werden in dieser Kategorie arbeitsentlastende

21 Frage: „Wie bewerten Sie die derzeitigen Gruppenpraxismodelle in OÖ. insgesamt?“

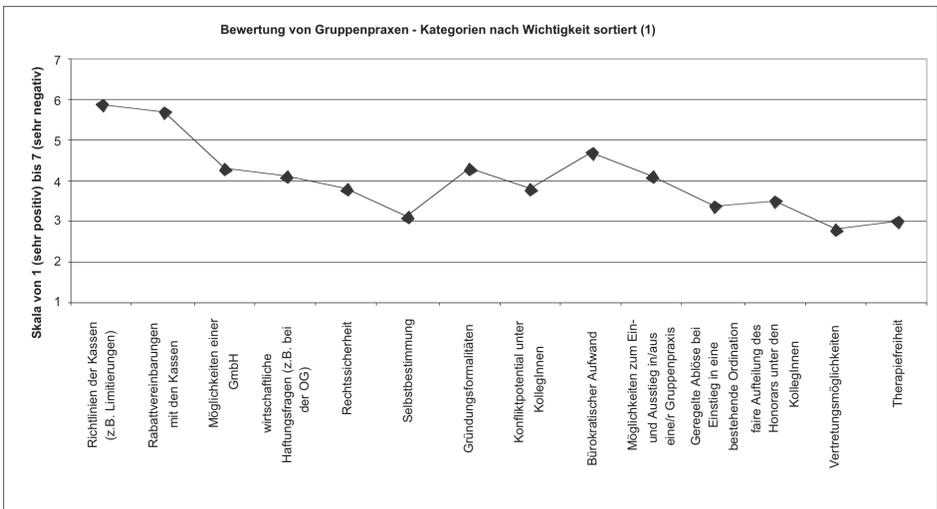
Aspekte, wie Vertretungsmöglichkeiten und die Teilungsmöglichkeit von Nacht- und Wochenenddiensten, bewertet.

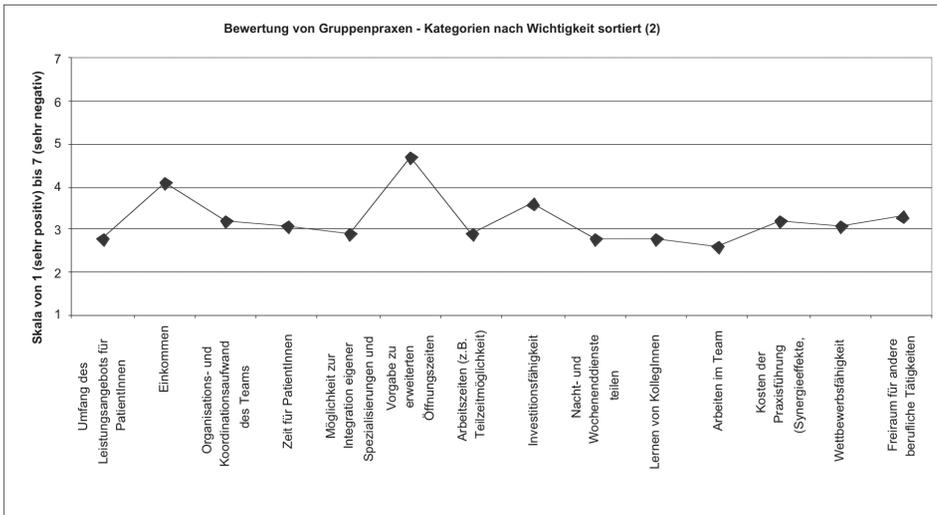
Bewertung der derzeitigen GP-Modelle in OÖ.	Ø
Gesamtbewertung	4,4
Rahmenbedingungen	4,6
Finanzielle Aspekte	3,5
Tägliche Arbeit	3,1

Überblick: Bewertung der derzeitigen GP-Modelle in OÖ.

In der Befragung wurde mit Hilfe einer Bewertungsskala von 1 (sehr wichtig) bis 7 (sehr unwichtig) auch erhoben, wie wichtig den Ärzten bestimmte Aspekte bei ihrer beruflichen Tätigkeit sind. Die erfragten Kategorien wurden so gewählt, dass sie mit den Bewertungen zu Gruppenpraxen verknüpft werden können. Das macht einen Abgleich möglich, wie wichtig bestimmte Aspekte der öö. Ärzteschaft einerseits sind und inwieweit sie diese Aspekte andererseits in den öö. Gruppenpraxismodellen verwirklicht sehen. Bei der Wichtigkeit der einzelnen Aspekte wurden auf der 7-teiligen Bewertungsskala Werte zwischen 1,3 und 3,2 erhoben.

Die folgenden 2 Grafiken zeigen die Bewertung der einzelnen Aspekte der derzeitigen Gruppenpraxismodelle in Oberösterreich, sortiert nach der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit für die Ärzteschaft (wichtigste zuerst).





Bewertung der derzeitigen Gruppenpraxismodelle in OÖ.

Auffällig ist dabei, dass den Ärzten eine faire Abgeltung durch die Kassen sehr wichtig ist (\bar{X} 1,3), jedoch gleichzeitig die Richtlinien der Kassen (z.B. Limitierungen) und die Rabattvereinbarungen mit den Kassen negativ bewertet werden (\bar{X} 5,9 / \bar{X} 5,7). Bedenklich ist hier auch, dass diese Aspekte von Befragten mit höherem Informationsstand zum Thema Gruppenpraxen um jeweils 0,3 Skalenpunkte schlechter bewertet werden als von weniger gut informierten Befragten²². Und das, obwohl ein höherer Informationsstand bei allen anderen Aspekten²³ einen positiven Einfluss auf ihre Bewertung zeigte. Der derzeitige Gruppenpraxisgesamtvertrag könnte also ein großes Hindernis für die Gründung einer Gruppenpraxis sein.

Weiters ist es den ÄrztInnen äußerst wichtig, gegen wirtschaftliche Haftungsfragen abgesichert zu sein (\bar{X} 1,3), diese Thematik wird jedoch für Gruppenpraxen leicht negativ bewertet (\bar{X} 4,1). Auch die Möglichkeiten einer GmbH werden eher negativ bewertet (\bar{X} 4,3), welche ja gerade den Vorteil einer haftungsrechtlichen Absicherung bieten würde. Eine Verbesserung der Bedingungen zur Gründung und Führung einer GmbH könnte die Ärzte also motivieren, eine Gruppenpraxis zu betreiben.

22 Selbsteinschätzung des eigenen Informationsstandes zu Gruppenpraxen auf einer 7-teiligen Skala (1 = sehr hoch; 4 = mittelmäßig; 7 = sehr niedrig). Verglichen werden jeweils Personen, die ihren Informationsstand mit 1, 2 oder 3 angaben, mit Personen, die ihren Informationsstand mit 5, 6 oder 7 angaben.

23 Mit einer Ausnahme: die „Möglichkeiten einer GmbH“ wurden von Personen mit höherem Informationsstand um 0,1 Skalenpunkte negativer bewertet.

Ein weiteres Anliegen ist den ÄrztInnen ein niedriger bürokratischer Aufwand (\bar{O} 1,6), welcher in Gruppenpraxen eher negativ beurteilt wird (\bar{O} 4,7). Dies ist kein spezifisches Problem der Gruppenpraxen. Zahlreiche Umfragen zeigten, dass der zunehmende bürokratische Aufwand in allen ärztlichen Berufsfeldern eine maßgebliche Belastung im Arbeitsalltag darstellt. Zwar sollte darauf geachtet werden, dass Gruppenpraxen nicht zusätzliche bürokratische Hürden auferlegt werden, jedoch bedarf es vielmehr genereller Änderungen in der Dokumentationspflicht, um den bürokratischen Aufwand auf das notwendige Minimum zu beschränken. Ärzte beklagten in anderen Befragungen vielfach, es würde „zu Tode dokumentiert“ werden.

Flexible Arbeitszeiten und genügend Freizeit sind den Ärzten ein wichtiges Anliegen (\bar{O} 2,1 und \bar{O} 2,0). Jungen Ärzten bis 40 Jahren sind diese Punkte sogar noch wichtiger als dem Durchschnitt (\bar{O} 1,7; \bar{O} 1,6). Die Arbeitszeiten in Gruppenpraxen werden demgegenüber auch positiv bewertet (\bar{O} 2,9). Die Möglichkeit, Wochenenddienste zu teilen (\bar{O} 2,8) und Vertretungen zu organisieren (\bar{O} 2,8) werden ebenfalls positiv gesehen. Lediglich die Vorgaben der Kassen zu erweiterten Öffnungszeiten werden eher negativ bewertet (\bar{O} 4,7). Die Ärzte sind also der Meinung, dass in Gruppenpraxen eine ausgewogene Work-Life-Balance durchaus lebbar ist, auch wenn sie diesbezüglichen Bestimmungen durch Dritte gegenüber kritisch sind.

Die Gründungsformalitäten und die Möglichkeiten zum Ein- und Ausstieg in eine Gruppenpraxis werden als eher negativ beurteilt (\bar{O} 4,3 / \bar{O} 4,1), dabei sind einfache Gründungsformalitäten und ein geregelter Ein- und Ausstieg in die bzw. aus der Ordination ein wichtiges Anliegen der Ärzte (\bar{O} 1,5 / \bar{O} 1,6). Eher positiv bewertet werden hingegen die geregelte Ablöse beim Ein- und Ausstieg in bzw. aus einer bestehenden Ordination (\bar{O} 3,4) und die Rechtssicherheit in den derzeitigen Gruppenpraxismodellen (\bar{O} 3,8). Interessant ist bei diesen Aspekten, dass die Bewertungen mit höherem Informationsstand zu Gruppenpraxen um über einen halben Skalenpunkt besser werden. Das soll nicht bedeuten, dass formal in diesem Bereich nichts mehr getan werden muss, denn vor allem die Gründungsformalitäten und die Möglichkeiten zum Ein- und Ausstieg werden auch von besser Informierten nur neutral bewertet. Jedoch kann in diesen Bereichen auch mit Informationskampagnen das Image der Gruppenpraxen verbessert werden.

Ein wichtiges Anliegen bei der täglichen Arbeit ist den Ärzten auch Teamarbeit (\bar{O} 2,2) und das Lernen von Kollegen (\bar{O} 2,0). Auffällig ist bei diesen Punkten, dass jungen Ärzten unter 40 Jahren (\bar{O} 2,0 / \bar{O} 1,7) – speziell Turnusärzten (\bar{O} 1,8 / \bar{O} 1,6) – diese Aspekte noch wichtiger sind. Dies unterstreicht, dass die Einzelpraxis für Turnusärzte keine besonders interessante berufliche Option mehr ist. Nur 8,8% der Turnusärzte geben an, sie hätten vor, sich in einer Einzelpraxis nieder-

zulassen. Selbstbestimmung und Therapiefreiheit sind den Ärzten ebenfalls sehr wichtig (\bar{X} 1,4 / \bar{X} 1,7), diese Aspekte werden in der Gruppenpraxis auch als eher positiv bewertet (\bar{X} 3,1 / \bar{X} 3,0).

Die Wettbewerbsfähigkeit von Gruppenpraxen (\bar{X} 3,1), die Kosten der Praxisführung (\bar{X} 3,2) und die Investitionsfähigkeit (\bar{X} 3,6) werden ebenfalls als eher positiv eingestuft.

Im Bereich der Patientenversorgung ist es den Ärzten sehr wichtig, ihren Patienten ein umfangreiches Leistungsangebot zur Verfügung stellen zu können (\bar{X} 1,8) und viel Zeit für ihre Patienten zur Verfügung zu haben (\bar{X} 1,9). Diese Aspekte werden für Gruppenpraxen positiv bewertet (\bar{X} 2,8 / \bar{X} 3,1). Das zeigt, dass Ärzte daran glauben, dass Patienten in Gruppenpraxen gut versorgt werden können.

Die unten stehende Tabelle zeigt die durchschnittliche Bewertung aller erhobenen Aspekte der öö. Gruppenpraxismodelle, von negativ zu positiv sortiert.

\bar{X} Bewertung von Aspekten der derzeitigen Gruppenpraxismodelle in ÖÖ.	
Richtlinien der Kassen (z.B. Limitierungen)	5,9
Rabattvereinbarungen mit den Kassen	5,7
Bürokratischer Aufwand	4,7
Vorgabe zu erweiterten Öffnungszeiten	4,7
Möglichkeiten einer GmbH	4,3
Gründungsformalitäten	4,3
wirtschaftliche Haftungsfragen (z.B. bei der OG)	4,1
Möglichkeiten zum Ein- und Ausstieg in/aus eine/r Gruppenpraxis	4,1
Einkommen	4,1
Rechtssicherheit	3,8
Konfliktpotential unter KollegInnen	3,8
Investitionsfähigkeit	3,6
faire Aufteilung des Honorars unter den KollegInnen	3,5
Geregelte Ablöse bei Einstieg in eine bestehende Ordination	3,4
Freiraum für andere berufliche Tätigkeiten	3,3
Organisations- und Koordinationsaufwand des Teams	3,2
Kosten der Praxisführung (Synergieeffekte, Skaleneffekte)	3,2
Selbstbestimmung	3,1
Zeit für PatientInnen	3,1
Wettbewerbsfähigkeit	3,1
Therapiefreiheit	3
Möglichkeit zur Integration eigener Spezialisierungen und Interessen	2,9
Arbeitszeiten (z.B. Teilzeitmöglichkeit)	2,9

Vertretungsmöglichkeiten	2,8
Umfang des Leistungsangebots für PatientInnen	2,8
Nacht- und Wochenenddienste teilen	2,8
Lernen von KollegInnen	2,8
Arbeiten im Team	2,6

Bewertung der einzelnen Aspekte der derzeitigen Gruppenpraxismodelle in OÖ auf einer 7-teiligen Skala (1 = sehr positiv; 4 = neutral; 7 = sehr negativ)

Der Bewertung der Einzelaspekte und der Gesamtbewertung der derzeitigen Gruppenpraxismodelle folgte im Fragebogen ein Freitextfeld, in dem die Ärzte Themen festhalten konnten, die ihnen am Herzen lagen. 205 der 912 befragten Ärzte (22,5%) meldeten sich zu Wort und schrieben insgesamt 232 kategorisierbare Meldungen.

65 (28%) dieser Meldungen bezogen sich auf Limitierungen durch die Kassen. Besonders hervorgehoben wurden zu diesem Thema die Scheinlimitierungen, die es einerseits nicht möglich machen, ein faires Honorar für die geleistete Arbeit zu erhalten, und andererseits eine gesicherte Versorgung der Bevölkerung nicht sicherstellen, da die Ärzte nach Erreichung des Limits eigentlich alle Patienten nach Hause schicken müssten. Einige Ärzte berichten von Strafzahlungen, die die Existenz der Praxis gefährden und zudem mit höheren Werten als dem Durchschnittsfallwert berechnet werden.

Ein weiterer brisanter Aspekt zu den Kassen sind die Rabattvereinbarungen (11 Nennungen, 4,7%). Hier wurde von den Ärzten verdeutlicht, dass bereits Einzelpraxen nicht mehr besonders lukrativ sind und Gruppenpraxen dann auf diese ohnehin niedrigen Honorare noch zusätzlich Rabatte in Kauf nehmen müssen, wodurch sie in vielen Bereichen nicht rentabel zu führen sind. Drei weitere Ärzte meinten überdies, die Kassen müssten im Gegenteil sogar die erweiterten Öffnungszeiten und breiteren Leistungsangebote der Gruppenpraxen zusätzlich abgelden.

Weitere 16 Ärzte (6,9%) meinten, dass es unbedingt notwendig ist, Ärzten die Möglichkeit zur Anstellung anderer Ärzte zu geben. Junge Ärzte könnten so in mehreren Praxen gleichzeitig angestellt werden, andere Ärzte entlasten (z.B. bei Nacht- und Wochenenddiensten) und dabei selber vielfältige Praxiserfahrungen sammeln. Burn-out-Fälle würden sich reduzieren, das Pensionsalter könnte sich erhöhen und Ärzte mit familiären Verpflichtungen könnten Unterstützung finden. Gleichzeitig wäre das System flexibler und unbürokratischer als das Eingliedern eines Partners, so einige Ärzte. Zum Ausdruck kam hier auch ein gewisser Ärger über die Ungleichbehandlung gegenüber anderen Unternehmern in dieser Frage.

Ein weiteres großes Thema sind den Ärzten die Hürden einer Gruppenpraxisgründung (11 Nennungen, 4,7%). Dabei wurde auf den enormen bürokratischen Aufwand, die Komplexität des Themas und auch auf die hohen Kosten der Gründung hingewiesen (Steuerberater, Notar etc.). Viele Ärzte würden aus diesen Gründen bereits bei den ersten Informationseinholungen vor einer Gründung zurückschrecken.

Viele Ärzte fühlen sich zum Thema Gruppenpraxis schlecht informiert und wünschen sich mehr Informationen (11 Nennungen; 4,7%). Da die Befragung zeigte, dass besser Informierte eine positivere Einstellung zu Gruppenpraxen haben (mit Ausnahme der Aspekte Limitierungen, Rabatte und GmbH), sollte in diesem Bereich auch etwas getan werden.

Acht Nennungen bezogen sich auf sehr konkrete Kritikpunkte zu den derzeit in OÖ bestehenden Gruppenpraxismodellen, zum Beispiel die neuerlich notwendige Bewerbung des Junior-Partners am Ende der Laufzeit von Modell 3.

Sieben Nennungen fielen zum Thema freie Partnerwahl, welche sich viele Ärzte wünschen, da nur so eine gute Zusammenarbeit gewährleistet werden kann. Weitere sieben Ärzte fordern die Erhöhung des Alterslimits für die Führung einer Gruppenpraxis, da viele Ärzte mit 65 Jahren noch fit, arbeitswillig und an Gruppenpraxen interessiert sind. Weitere sieben Nennungen beschäftigen sich mit der GmbH als mögliche Rechtsform und bezeichnen diese als wenig interessant. Der Wunsch, diese Rechtsform als Option zu verbessern, besteht, da die unbeschränkte Haftung durchaus einen interessanten Punkt darstellt. Ebenfalls sieben Ärzte sehen die Gruppenpraxis auf jeden Fall als Zukunftsmodell an, auch wenn, wegen der ungünstigen Rahmenbedingungen, nicht alle darüber glücklich sind. Sechs Ärzte wünschen sich weiters die Förderung fächerübergreifender Gruppenpraxismodelle.

5.3. Potential zur Erreichung gesundheitspolitischer Zielsetzungen

Ein weiterer Fragenblock beschäftigte sich mit gesundheitspolitischen Zielsetzungen und dem Potential, das Gruppenpraxen zur Erreichung dieser Ziele in sich bergen. Bewertet wurde auch hier auf einer 7-teiligen Skala (1 = großes Potential; 4 = mittelmäßig; 7 = kein Potential). Es wurde hier allerdings nicht das Potential der derzeit bestehenden Gruppenpraxismodelle eingeschätzt, sondern der Gruppenpraxis im Allgemeinen, also unter idealen Rahmenbedingungen. Dieser Fragenblock verdeutlicht, dass die Ärzte der Gruppenpraxis im Allgemeinen ein hohes Potential zuschreiben.

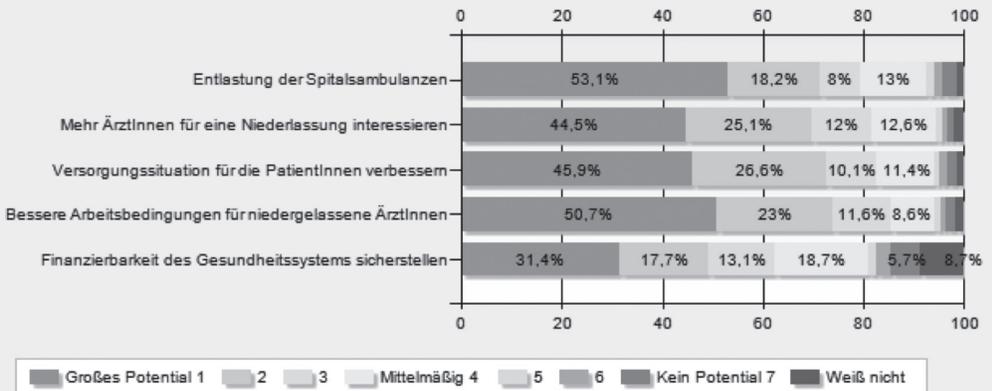
Besonders hoch wurde das Potential zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen für niedergelassene Ärzte eingeschätzt (Ø 2,0). Das deckt sich auch mit den Bewertungen der derzeitigen Gruppenpraxismodelle, wo besonders Aspekte der Teamarbeit und der Arbeitszeit positiv bewertet wurden. Die Ärzte glauben auch daran, dass es mit einem guten Modell der Gruppenpraxis möglich sein wird, wieder mehr Ärzte für den niedergelassenen Bereich zu interessieren (Ø 2,1). Nachdem lt. Befragung lediglich 8,8% der Turnusärzte in einer Einzelpraxis tätig werden möchten und durch die kommende Pensionierungswelle bei Kassenärzten viele Kassenstellen frei werden, ist die Gruppenpraxis eine wichtige Alternative, um ausreichend junge Ärzte für eine Niederlassung zu gewinnen und damit die Basisversorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Ein weiteres Problem des österreichischen Gesundheitssystems sind die überfüllten Spitalsambulanzen. Die oberösterreichischen Ärzte schätzen das Potential der Gruppenpraxen zur Entlastung der Spitalambulanzen hoch ein (Ø 2,1). Ganze 53,1% der Ärzte werteten hier auf der 7-teiligen Skala mit Eins (Großes Potential) und sind damit voll und ganz vom Entlastungspotential überzeugt. Die bessere Investitionsfähigkeit (moderneres Inventar) und das breitere Leistungsspektrum für Patienten (one-stop-shop) machen Gruppenpraxen zu einer interessanten Alternative zu den Ambulanzen.

Die oberösterreichischen Ärzte sind auch davon überzeugt, dass Gruppenpraxen die Versorgungssituation für die Patienten verbessern können (Ø 2,1). PatientInnen können von besserer Erreichbarkeit, einem breiteren Leistungsspektrum, kürzeren Wartezeiten bei gleichzeitig wohnortnaher Situierung profitieren. Patienten haben bei ambulanten Eingriffen in Gruppenpraxen außerdem den Vorteil kleinerer Infektionsrisiken, da hier die Problematik der „Krankenhauskeime“ viel geringer ist.

Immerhin beinahe ein Drittel der oö. Ärzteschaft meint, Gruppenpraxen können einen Beitrag zur Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems schaffen (Bewertung mit 1 = großes Potential). Durchschnittlich wurde das Potential mit 2,7 bewertet. Gruppenpraxen ermöglichen die Verschiebung von bislang spitalsambulanten Leistungen (z.B. multidisziplinäre Behandlungen, kleine Operationen) in den extramuralen Bereich und können Leistungen von Spitalsambulanzen übernehmen. Die Verlagerung von Patienten in kostengünstigere Behandlungsstrukturen spart dabei Kosten im Gesundheitssystem.

14. Unabhängig von bestehenden Rahmenbedingungen: Für wie groß halten Sie das Potential von Gruppenpraxen in Hinblick auf die Erreichung folgender gesundheitspolitischer Ziele?



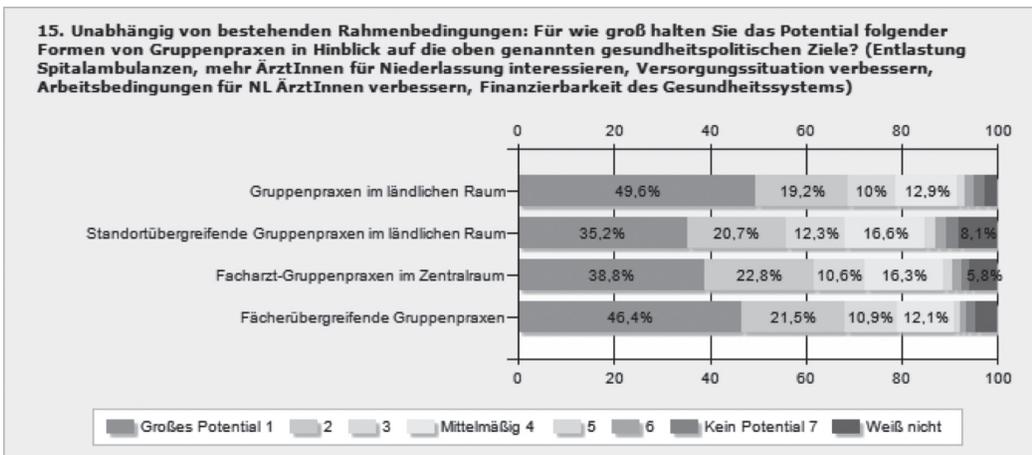
Potential von Gruppenpraxen zur Erreichung gesundheitspolitischer Ziele

Anschließend wurden die Ärzte befragt, wie hoch sie das Potential verschiedener Formen von Gruppenpraxen in Bezug auf die zuvor befragten gesundheitspolitischen Ziele einschätzen. Das größte Potential wurde hier Gruppenpraxen im ländlichen Raum zugemessen (\bar{X} 2,1), wo beinahe die Hälfte der Ärzte sogar mit 1 = großes Potential werteten. Wahrscheinlich war die Tatsache, dass gerade für den ländlichen Raum ausreichend Ärzte für die niedergelassene Versorgung gewonnen werden müssen, für dieses Ergebnis verantwortlich. Attraktivere Arbeitsbedingungen in Gruppenpraxen sind auch nach Meinung der Ärzte eine Lösung für das Landarztsterben und damit eine wichtige Maßnahme zur Sicherstellung der wohnortnahen Basisversorgung der Bevölkerung.

Ein gleich hohes Potential wie ländlichen Gruppenpraxen schreiben die öö. Ärzte auch fächerübergreifenden Gruppenpraxen zu (\bar{X} 2,1). Sie könnten einen wesentlichen Beitrag zur Entlastung der Spitalsambulanzen leisten, aber auch in peripheren Gebieten Leistungen anbieten, für die Patienten bisher in die Spitalsambulanz pendeln mussten.

38,8% der Ärzte sehen das Potential von Facharzt-Gruppenpraxen im Zentralraum zur Erreichung der genannten gesundheitspolitischen Ziele als groß an (Bewertung mit 1). Durchschnittlich wird das Potential mit 2,3 angenommen. Gerade in urbanen Gebieten könnten sich einzelne fachgleiche Fachärzte zusammenschließen, deren Kassenstellen ohnehin nicht weit auseinander liegen. In diesem Fall könnten Fachärzte von denselben Vorteilen profitieren wie Allgemeinmediziner in Gruppenpraxen und diese Vorteile auch in ihre Patienten weitergeben.

Und auch der standortübergreifenden Gruppenpraxis am Land wird durchschnittlich ein hohes Potential zugeschrieben (Ø 2,4). Dieses Modell ermöglicht vor allem eine einfachere Vertretung und Arbeitsteilung zwischen den Ärzten, hat jedoch wegen der Aufrechterhaltung mehrerer Standorte Nachteile gegenüber der klassischen Gruppenpraxis. Oft ist es am Land jedoch nicht möglich, zwei Kassenstellen an einem Ort zusammenzufassen. Das Modell einer standortübergreifenden Gruppenpraxis ermöglicht hier wenigstens einige Verbesserungen gegenüber einer Einzelpraxis. Bei diesem Modell wählten auch die meisten Ärzte die Kategorie „weiß nicht“, was darauf schließen lässt, dass es unter den vier genannten Modellen das am wenigsten Bekannte ist.



Potential einzelner Formen von Gruppenpraxen zur Erreichung gesundheitspolitischer Ziele

Interessant ist auch bei diesen letzten beiden Fragestellungen, dass besser informierte Personen alle Potentiale etwas höher einschätzten als weniger gut informierte Personen.

6. Zusammenfassung

Die oberösterreichischen Ärzte haben prinzipiell großes Interesse an der Arbeit in einer Gruppenpraxis, wobei das Interesse unter jungen Ärzten besonders hoch ist. Geschätzt werden vor allem die flexibleren Arbeitszeiten und die Arbeit im Team. Jedoch gibt es auch zahlreiche Kritikpunkte an den derzeitigen Modellen der Gruppenpraxis. Besonders negativ werden die bestehenden Richtlinien der Kassen, die Rabattvereinbarungen mit den Kassen, der bürokratische Aufwand und die Vorgaben zu den erweiterten Öffnungszeiten bewertet. Zwar werden fast alle Aspekte der Gruppenpraxis von Personen mit besserem Informationsstand zu Gruppenpraxen positiver bewertet als von weniger Informierten, aber gerade die Richtlinien und Rabattabschläge der Kassen werden von besser Informierten sogar noch negativer bewertet. Auch im Freitextfeld sind diese Themen vorherrschend, wobei vor allem Scheinlimitierungen negativ hervorgehoben werden.

Trotz der leicht negativen Gesamtbewertung der derzeit bestehenden öö. Gruppenpraxismodelle sind die Ärzte vom Potential der Gruppenpraxis zur Erreichung von gesundheitspolitischen Zielen überzeugt. Vor allem die Entlastung der überfüllten Spitalsambulanzen ist nach Meinung der Ärzteschaft mit Hilfe von Gruppenpraxen möglich. Wahrscheinlich schreiben die Ärzte auch aus diesem Aspekt heraus fächerübergreifenden Gruppenpraxen hohes Potential zu.

Aber auch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Ärzte im niedergelassenen Bereich ist laut den Ärzten mit der Gruppenpraxis grundsätzlich erreichbar. Die Ärzte sind der Meinung, dass mit guten Gruppenpraxismodellen wieder vermehrt Ärzte für den niedergelassenen Bereich gewonnen werden können und so einem eklatanten Ärztemangel, vor allem in ländlichen Gebieten, entgegengesteuert werden kann. Daher schreiben die Ärzte auch besonders Gruppenpraxen in ländlichen Gebieten besonders hohes Potential zu.

Aber auch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Ärzte im niedergelassenen Bereich ist laut den Ärzten mit der Gruppenpraxis grundsätzlich erreichbar. Die Ärzte sind der Meinung, dass mit guten Gruppenpraxismodellen wieder vermehrt Ärzte für den niedergelassenen Bereich gewonnen werden können und so einem eklatanten Ärztemangel, vor allem in ländlichen Gebieten, entgegengesteuert werden kann. Daher schreiben die Ärzte vermutlich auch Gruppenpraxen in ländlichen Gebieten besonders hohes Potential zu. Und auch der standortübergreifenden Gruppenpraxis wurde hohes Potential zuerkannt. Sie kann dort, wo Zusammenschlüsse an einer Kassenstelle nicht möglich sind, die Zusammenarbeit von Ärzten erleichtern und so für jeden dieser Ärzte eine passende Work-Life-Balance schaffen.

Weiters sehen die oö. Ärzte die Gruppenpraxis auch als Möglichkeit, die Versorgungssituation für die Patienten zu verbessern. Der Leistungsumfang, der Patienten geboten wird, und die Zeit, die für Patienten zur Verfügung steht, wird bereits für die heute bestehenden Gruppenpraxen positiv beurteilt. Längere Öffnungszeiten, ein modernes Inventar (aufgrund erhöhter Investitionsfähigkeit) und ein etwas erhöhter Leistungsumfang (wegen möglicher Spezialisierungen der einzelnen Gesellschafter) können bereits von unicoloren Gruppenpraxen geboten werden. Im Zentralraum sind daher, auch nach Meinung der oö. Ärzte, fachgleiche Facharztgruppenpraxen sinnvoll. Nachteile durch die räumliche Zusammenlegung der Praxen ergeben sich für die Patienten im urbanen Raum nicht, da die Praxen hier ohnehin nicht weit auseinander liegen und die wohnortnahe Versorgung daher nicht gefährdet wird.

Die Ärzteschaft in Oberösterreich bezeugt den Gruppenpraxen überdies großes Potential zur Sicherstellung der Finanzierung des Gesundheitssystems. Besonders Einsparungen, die sich durch die Verschiebung von Leistungen vom spital-sambulanten Bereich in den niedergelassenen Bereich ergeben, sind hier maßgeblich. Hier spielen fächerübergreifende Gruppenpraxen eine zentrale Rolle, da dort auch komplexere Leistungen übernommen werden könnten.

Es kann insgesamt festgehalten werden, dass die oberösterreichischen Ärzte zwar noch starke Kritik an den derzeitigen Gruppenpraxismodellen anbringen, jedoch an die Zukunft der Gruppenpraxis per se glauben und zahlreiche Vorteile für Ärzte, Patienten und das Gesundheitssystem sehen. Die Bereitschaft der Ärzte, in einer Gruppenpraxis tätig zu werden, ist äußerst hoch. Jedoch müssen noch zahlreiche Schwächen der heutigen Rahmenbedingungen gelöst werden, damit die Gruppenpraxis ihr Potential in vollem Umfang ausschöpfen kann.

Dr. Christian Huber

Wirtschaftsprüfer und Steuerberater,

Partner bei LeitnerLeitner Linz

Ärzte OG oder Ärzte GmbH

1. Ziel dieses Beitrages	94
2. Berufsrechtliche Voraussetzungen	95
3. Haftungsrechtliche Unterschiede	96
4. Steuerrechtliche Unterschiede	98
5. Sozialversicherungsrechtlicher Vergleich zwischen Gruppenpraxen OG und Gruppenpraxen GmbH	111
6. Zusammenfassung	112

1. Ziel dieses Beitrages

Seit 19.8.2010 können Ärzte-Gruppenpraxen nicht nur in der Rechtsform einer offenen Gesellschaft (OG), sondern auch in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) geführt werden.

Dennoch wurde in der Praxis die Rechtsform der GmbH bisher noch wenig angenommen. Gruppenpraxen werden weiterhin vornehmlich in der Rechtsform einer OG geführt.

Der nachfolgende Beitrag untersucht anhand eines Rechtsformvergleiches zwischen der Gruppenpraxis-OG und der Gruppenpraxis-GmbH die Gründe dafür. Es sollen die Kriterien verglichen werden, die für die Ärzte ausschlaggebend sind. Dies sind die (2) berufsrechtlichen Voraussetzungen, (3) haftungsrechtlichen Unterschiede, (4) steuerrechtlichen Unterschiede und (5) sozialversicherungsrechtlichen Unterschiede.

2. Berufsrechtliche Voraussetzungen

Gemäß § 52a **Abs 1** ÄrzteG kann die „Zusammenarbeit von Ärzten“ als „selbständig berufsbefugte Gruppenpraxis“ in der Rechtsform einer Offenen Gesellschaft (OG) oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) erfolgen.

Aus der Bezeichnung als „Gruppenpraxis“ und daraus, dass auf die „Zusammenarbeit von Ärzten“ abgestellt wird, wird das **Erfordernis einer Mehrzahl von Gesellschaftern** und damit die Unzulässigkeit einer Einpersonen-GmbH abgeleitet.¹

Für die OG ergibt sich die Notwendigkeit mehrerer Gesellschafter bereits aus § 105 Abs 1 UGB.

Gem § 52a Abs 3 Z 6 ist überdies jeder Gesellschafter **maßgeblich zur persönlichen Berufsausübung** an der Gesellschaft **verpflichtet**. Eine reine Kapitalbeteiligung scheidet damit aus.² Maßgeblich ist eine ins Gewicht fallende Mitarbeit. Diese Mitarbeit muss aber nicht die Haupttätigkeit bzw. überwiegende ärztliche Tätigkeit sein.³

Bezüglich der **Geschäftsführung** sieht § 52a Abs 5 ÄrzteG vor, dass im Gesellschaftsvertrag zu bestimmen ist, ob und welche Gesellschafter zur Geschäftsführung berechtigt sind. Es müssen nicht alle oder überhaupt Gesellschafter zum Geschäftsführer bestellt werden. Es kann auch ein Nichtgesellschafter zum Geschäftsführer bestimmt werden. Dabei kann auch eine kollektive Vertretung vereinbart werden.⁴

Die berufsrechtlichen Regelungen schränken somit den Anwendungsbereich der Ärzte GmbH auf Gruppenpraxen mit mehreren Ärzten, die maßgeblich – wenn gleich nicht notwendig als Geschäftsführer – mitarbeiten, ein. Eine Ärzte GmbH für eine Einzelordination (Einpersonen-GmbH) oder eine Mitbeteiligung von Kapitalgebern oder von Familienangehörigen (die selbst keine Ärzte sind) sind weiterhin nicht möglich.

Damit ist der Anwendungsbereich der Ärzte GmbH im Vergleich zu anderen Berufsgruppen berufsrechtlich von vornherein eingengt.

1 Karollus inResch/Wallner, Handbuch Medizinrecht1, Kapitel XXII Rz 17; Wallner, Handbuch Ärztliches Berufsrecht1, 95 ff; Sieh/Lumsden, ecolex 2010, 1121; Fantur, GES 2010, 158

2 Schenk/Linder, RdW 2010, 704; Sieh/Lumsden, ecolex 2010, 1121; Wallner, Handbuch Ärztliches Berufsrecht1, 95 ff

3 Karollus inResch/Wallner, Handbuch Medizinrecht1, Kapitel XXII Rz 52; Wallner, Handbuch Ärztliches Berufsrecht1, 95 ff; Krejci, ZAS 2010, 250; Fantur, GES 2010, 158, 161

4 Karollus inResch/Wallner, Handbuch Medizinrecht1, Kapitel XXII Rz 53; Fantur, GES 2010, 160; Krejci, ZAS 2010, 255 f

3. Haftungsrechtliche Unterschiede

Gemäß § 128UGB haften bei einer **OG alle Gesellschafter unbeschränkt und solidarisch**, dh gesamthaft, für alle durch die OG begründeten Verpflichtungen. Diese Verpflichtungen können sich aus beschaffungsseitigen Verträgen der OG (Investitionen, Kreditverträge), aus leistungsseitigen Verträgen der OG (Behandlungsverträge) oder aus dem Gesetz (Schadensersatzansprüche) ergeben.⁵

Da alle Gesellschafter für die vertraglichen Verpflichtungen einer OG haften, ist es relevant, wer derartige Verpflichtungen für die OG begründen kann. Gemäß § 125 UGB ist jeder Gesellschafter einer OG kraft Gesetz einzelvertretungsbefugt.⁶ Dies bedeutet, jeder Gesellschafter kann alleine im Namen der OG Verträge abschließen. Diese Verträge sind auch dann gültig und verpflichten die OG, wenn die anderen Gesellschafter von ihnen keine Kenntnis gehabt haben oder sie sogar gegen ihren Willen oder gegen eine interne Vereinbarung abgeschlossen wurden. Im Gesellschaftsvertrag kann aber vereinbart werden, dass einzelne Gesellschafter nicht oder nur kollektiv zur Vertretung befugt sind. Dies wird aber selten vereinbart.

Gemäß §§ 61ff GmbHG haften bei der **GmbH die Gesellschafter nur in Höhe ihrer vereinbarten Einlage** für Verpflichtungen der Gesellschaft. Sobald sie ihre Einlage in voller Höhe geleistet haben, besteht keine Haftung mehr. Für die Verbindlichkeiten der Gesellschaft haftet dann gemäß § 61 Abs 2 GmbHG nur mehr das Gesellschaftsvermögen.⁷

Die GmbH wird durch ihre **Geschäftsführer** vertreten. Im Unterschied zur OG ist nicht jeder Gesellschafter kraft Gesetz für die GmbH vertretungsbefugt. Die Vertretungsbefugnis steht einem Gesellschafter nur zu, wenn er auch zum Geschäftsführer der GmbH bestellt worden ist. Als weitere Vorsichtsmaßnahme kann auch eine kollektive Vertretungsbefugnis vereinbart werden.⁸

5 Krejci, ZAS 2010, 250

6 Krejci, ZAS 2010, 250, 255

7 Fantur, GES 2010, 156; Krejci, ZAS 2010, 250

8 Krejci, ZAS 2010, 255

Lediglich zum **Abschluss von Behandlungsverträgen** für die Gesellschaft ist jeder Gesellschafter gemäß § 52a Abs 5 ÄrzteG berechtigt. Diese besondere Vertretungsbefugnis kraft Gesetz ist unabhängig von den sonstigen rechtsgeschäftlichen Bevollmächtigungen.⁹

Eine persönliche Haftung der Geschäftsführer kommt im **Insolvenzfall** in Betracht, wenn die Geschäftsführer die Insolvenz verspätet angemeldet haben und dadurch zusätzlicher Schaden entstanden ist oder wenn sie die Gesellschaft durch fremdunübliche Aufwendungen zugunsten der Gesellschafter und nahestehender Personen (sog „verdeckte Einlagenrückgewähr“) geschädigt haben. In der Praxis besteht oft eine Geschäftsführerhaftung für Abgaben und Sozialversicherungsbeiträge, die nicht abgeführt wurden.

Eine persönliche Haftung des behandelnden Arztes ist für ärztliche Behandlungsfehler gemäß Schadenersatzrecht möglich. In diesem Fall haften der persönlich behandelnde Arzt und die GmbH, nicht aber die übrigen Gesellschafter oder Geschäftsführer.¹⁰

Dieser **Vergleich** zeigt, dass bei einer GmbH – im Gegensatz zur OG – eine Haftungsbeschränkung für die Gesellschafter möglich ist. Die Gesellschafter können sich durch eine GmbH gegen Vertragsabschlüsse unredlicher Mitgesellschafter oder gegen Schadenersatzpflichten für ärztliche Behandlungsfehler der in der Gesellschaft tätigen Ärzte schützen.

Freilich ist zu berücksichtigen, dass in der Praxis die Gesellschaften **Versicherungsverträge** gegen diese Risiken (ausgenommen vorsätzlich herbeigeführte Schäden) abschließen. Die Versicherungsverträge sind für eine GmbH aufgrund ihres beschränkten Haftungsvolumens meist teurer als die Versicherungsverträge für eine OG. Diese Mehrkosten relativieren den Haftungsvorteil der GmbH gegenüber einer OG.

9 Karollus in Resch/Wallner, Handbuch Medizinrecht1, Kapitel XXII Rz 56; Chini, SWK 2010, 1225; Fantur, GES 2010, 160; Krejci, ZAS 2010, 256

10 Fantur, GES 2010, 155

4. Steuerrechtliche Unterschiede

Für die Besteuerung von Ärztgruppen-Praxen ist primär die ertragsteuerliche Beurteilung maßgeblich, da diese für OG und GmbH unterschiedlich ist. Die umsatzsteuerliche Beurteilung ist dagegen rechtsformneutral und unterscheidet nicht zwischen OG und GmbH.

Bedeutend für die ertragsteuerliche Rechtsformwahl ist vor allem die

1. laufende Gewinnbesteuerung der Gruppenpraxis, daneben aber auch die
2. Gründung der Gruppenpraxis und
3. Beendigung bzw Veräußerung der Gruppenpraxis.

Daher wird nachfolgend auf diese drei Situationen eingegangen.

Laufende Besteuerung der Gruppenpraxen OG

Für die laufende Besteuerung der Gruppenpraxen OG sind – gereiht nach Wichtigkeit – folgende Merkmale ausschlaggebend:

Die Gruppenpraxen OG selbst ist kein Steuersubjekt.

Der Gewinn der OG wird nicht durch die Gesellschaft versteuert, sondern **anteilig durch die beteiligten Gesellschafter** im Ausmaß ihres Gewinnanteiles.

Der **steuerliche Gewinn** des Gesellschafters ergibt sich aus:

- dem steuerlichen Gewinnanteil aus der Gesellschaft
- zuzüglich persönlicher Einnahmen des Gesellschafters iZm der Gruppenpraxis (Sonderbetriebseinnahmen)
- abzüglich persönlicher Ausgaben des Gesellschafters iZm der Gruppenpraxis (Sonderbetriebsausgaben)

Beispiel: Gesamtgewinn 200.000

50 %iger Gewinnanteil laut Gesellschaftsvertrag 100.000

Persönlich getragene Versicherungsbeiträge (Sonderbetriebsausgaben) -10.000

Steuerlicher Gewinn 90.000

Maßgeblich für die Besteuerung des Gewinnes ist der Einkommensteuertarif des jeweiligen Gesellschafters.

Der Gewinnanteil des Gesellschafters zählt – genauso wie der Gewinn aus einer Einzelordination – zu den selbstständigen Einkünften des Gesellschafters. Diese selbstständigen Einkünfte sind mit den übrigen Einkünften des Gesellschafters aus anderen Tätigkeiten zu addieren und bilden – abzüglich Sonderausgaben¹¹ und außergewöhnlicher Belastung¹² – das steuerpflichtige Einkommen des Gesellschafters.

Beispiel: Steuerlicher Gewinn 90.000

Einkünfte aus Vermietung 15.000

– Sonderausgaben/außergewöhnliche Belastung – 5.000

Einkommen 100.000

Auf dieses steuerpflichtige Einkommen kommt der – von der Höhe des Einkommens progressiv abhängige – Einkommensteuertarif zur Anwendung.

Der aktuelle **Einkommensteuertarif** ist wie folgt:

Einkommen in EUR	Grenzsteuersatz	Steuerberechnung	Ø Steuerbelastung an oberer Stufengrenze
≤11.000	0	0	
11.001 bis 25.000	36,50 %	$(E-11.000) \times 36,50\%$	20,44 %
25.001 bis 60.000	43,2143 %	$(E-25.000) \times 43,2143\% + 5.110$	33,73 %
ab 60.001	50 %	$(E-60.000) \times 50\% + 20.235$	

Im Ergebnis bedeutet dies, dass Einkommen bis EUR 60.000 mit maximal 33,73 % Einkommensteuer belastet werden und erst darüber hinausgehende Einkommen mit dem Spitzensteuersatz von 50 %.

11 Sonderausgaben sind bestimmte private Ausgaben, die das zu versteuernde Einkommen reduzieren (zB Kirchenbeitrag bis EUR 400, Steuerberatungskosten).

12 Außergewöhnliche Belastungen sind bestimmte private Ausgaben, die ebenfalls das zu versteuernde Einkommen reduzieren. Es muss sich um außergewöhnliche Ausgaben handeln, die zwangsläufig entstehen und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit wesentlich beeinträchtigen (zB Krankheitskosten, Kosten der Behinderung).

Beispiel:

Einkommen: 100.000

Steuer: $(100.000 - 60.000) \cdot 50 \% + 20.235 = 40.235$

Möglichkeit zur Reduzierung des steuerlichen Gewinnes durch Gewinnfreibetrag

Gem § 10 EStG können steuerpflichtige Unternehmer ihren steuerlichen Gewinn auf Antrag um bis zu **13 %** des Jahresgewinnes reduzieren (sog „Gewinnfreibetrag“). Der maximale Freibetrag beträgt EUR 100.000 jährlich.¹³

Soweit der Gewinnfreibetrag EUR 3.900 übersteigt, muss der übersteigende Gewinnfreibetrag bis zum Jahresende in begünstigte Wirtschaftsgüter investiert werden:

- abnutzbare körperliche Wirtschaftsgüter (ausgenommen sind Gebäude, PKW, Flugzeuge, geringwertige Wirtschaftsgüter bis EUR 400, gebrauchte Wirtschaftsgüter)
- Wertpapiere (Anleihen, Fonds)

Diese Wirtschaftsgüter müssen vier Jahre behalten werden. Die Investitionen können von der Gesellschaft oder den Gesellschaftern getätigt werden.

Für die Veranlagungsjahre **2013 bis 2016** wurde im Sparpaket 2012 der **Gewinnfreibetrag** für höhere Gewinne stufenweise reduziert:

Gewinn (EUR)	Gewinnfreibetrag
bis 175.000	13 %
175.001 bis 350.000	7 %
350.001 bis 580.000	4,5 %
ab 580.001	kein Gewinnfreibetrag

Diese Gewinn Grenzen gelten bei einer **OG** allerdings für den Gewinn der **gesamten** Gesellschaft – unabhängig davon, wie viele Personen daran beteiligt sind (betriebsbezogene Betrachtungsweise) – und nicht für jeden Gesellschafter.¹⁴

¹³ Gloser/Goertz, ecolex 2010, 1126 f

¹⁴ Keppert, SWK 2013, 50

Beispiel:

Steuerlicher Gewinn der OG 200.000

Steuerlicher Gewinnanteil (50 %) des Gesellschafters¹⁵ 90.000

- Gewinnfreibetrag:

$175.000 \cdot 50 \% = 87.500 \cdot 13 \% = - 11.375$

$90.000 - 87.500 = 2.500 \cdot 7 \% = - 175 - 11.550$

Steuerpflichtiger Gewinn des Gesellschafters 78.450

Gewinnermittlung durch Einnahmen-Ausgaben-Rechnung oder durch freiwillige Bilanzierung

Vorteil der OG ist, dass keine Bilanzierungspflicht besteht. Der Gewinn kann durch Einnahmen-Ausgaben-Rechnung ermittelt werden. Diese ist nicht nur einfacher, sondern ermöglicht auch eine spätere Versteuerung, da die Einnahmen erst im Zeitpunkt der Zahlung und nicht schon der Rechnungslegung zu erfassen sind, die Ausgaben für Umlaufvermögen (Arzneimittel) hingegen sofort als Aufwand abgesetzt werden können.

Auch eine Offenlegungspflicht eines Jahresabschlusses im Firmenbuch besteht nicht.

Keine Möglichkeit der Reduzierung des Gewinnanteiles durch Leistungsbeziehungen mit Gesellschafter

Zivilrechtlich ist es zwar möglich, dass Gesellschafter mit der OG Leistungsverträge abschließen (Werkverträge, Mietverträge). Steuerlich gehören die dafür bezahlten Entgelte aber zum steuerlichen Gewinnanteil des Gesellschafters.

¹⁵ 50 % abzgl Sonderbetriebsausgaben EUR 10.000

Gesamtsteuerbelastung für Gruppenpraxen OG

Besteuerung 2012 mit vollem Gewinnfreibetrag:

(alle Beträge in EUR)	OG	A (50 %)	B (50 %)	Gesamt
Gewinn	400.000	200.000	200.000	
- 13 % Gewinnfreibetrag	- 52.000	- 26.000	- 26.000	
Bemessungsgrundlage		174.000	174.000	
- Einkommensteuer		- 77.235	- 77.235	
verbleibender Nettoertrag		122.765	122.765	245.530
Gesamtsteuerbelastung		77.235	77.235	154.470 = 38,6 %

Besteuerung 2013 mit gekürztem Gewinnfreibetrag:

(alle Beträge in EUR)	OG	A	B	Gesamt
Gewinn	400.000	200.000	200.000	
- 13 % Gewinnfreibetrag von 175.000	- 22.750	- 11.375	- 11.375	
- 7 % Gewinnfreibetrag von 175.000	- 12.250	- 6.125	- 6.125	
- 4,5 % Gewinnfreibetrag von 50.000	- 2.250	- 1.125	- 1.125	
Bemessungsgrundlage		181.375	181.375	
- Einkommensteuer		- 80.923	- 80.923	
verbleibender Nettoertrag		119.077	119.077	238.154
Gesamtsteuerbelastung		80.932	80.932	161.846 = 40,5 %

Laufende Besteuerung der Gruppenpraxen GmbH

Für die laufende Besteuerung der Gruppenpraxen GmbH sind im Vergleich zur Besteuerung der OG folgende Merkmale ausschlaggebend:

1. Die Gruppenpraxen GmbH ist selbst Steuersubjekt und unterliegt der 25 %igen Körperschaftsteuer.

Der Gewinn der GmbH wird durch die Gesellschaft versteuert. Die Gesellschaft selbst ist Steuersubjekt und unterliegt mit ihrem Einkommen der **Körperschaftsteuer (KöSt) iHv 25 %**.

Unabhängig von der Höhe des Einkommens beträgt die Körperschaftsteuer 25 %. Es handelt sich dabei – im Gegensatz zum progressiven Einkommensteuertarif – um einen linearen Steuertarif.

Die jährliche Körperschaftssteuer muss mindestens EUR 1.750 (= 5 % vom gesetzlichen Mindeststammkapital von EUR 35.000) betragen und ist daher auch in Jahren mit niedrigerem Gewinn (< EUR 7.000) sowie in Verlustjahren zu bezahlen.

2. Ausschüttungen an die Gesellschafter unterliegen zusätzlich der 25%igen Kapitalertragsteuer.

Wird der – mit 25 % KöSt besteuerte – Gewinn der GmbH an die Gesellschafter ausgeschüttet, fallen weitere **25 % Kapitalertragsteuer (KESt)** an.

Bei einer GmbH wird zwischen zwei Ebenen unterschieden (Trennungsprinzip): Gesellschaft und Gesellschafter. Verbleiben die Gewinne in der GmbH, fällt lediglich 25 % KöSt an. Wird der Gewinn zur Gänze oder zu einem Teil an die Gesellschafter ausgeschüttet, ist von diesem Betrag zusätzlich 25 % KESt abzuführen.

Die Gesamtsteuerbelastung bei 100 %iger Ausschüttung beträgt 43,75 %.

Beispiel: %

Gewinn	100,00
– 25 % Körperschaftsteuer	25,00
<hr/>	
Gewinn nach Körperschaftsteuer	75,00
– 25 % Kapitalertragsteuer auf Gewinnausschüttung	18,75
<hr/>	
Nettogewinn	56,25
Gesamtsteuerbelastung	43,75

Für eine Gewinnausschüttung ist ein Gesellschafterbeschluss erforderlich. Nur der nach Geschäftsjahresende festgestellte Bilanzgewinn kann ausgeschüttet werden. Unterjährige Entnahmen sind auf ein Verrechnungskonto zu buchen und zu verzinsen.

Kein 13 %iger Gewinnfreibetrag für GmbH

Ein wesentlicher Steuernachteil der GmbH ist, dass ihr der 13 %ige Gewinnfreibetrag nicht zusteht. Dies wird damit gerechtfertigt, dass die GmbH nur den reduzierten KöSt-Satz von 25 % zu entrichten hat.

Gewinnermittlung durch Bilanzierung mit Offenlegungsverpflichtung

Ein weiterer Nachteil der GmbH ist, dass sie zwingend eine doppelte Buchhaltung zu führen hat und innerhalb von fünf Monaten nach Geschäftsjahresende eine Bilanz zu erstellen hat.

Überdies muss sie diese Bilanz (in verkürzter Form¹⁶) innerhalb von neun Monaten beim Firmenbuch offenlegen. In das Firmenbuch kann jeder Einsicht nehmen.

Möglichkeit der Reduzierung des Gewinnanteiles durch Leistungsbeziehungen mit Gesellschafter

Im Gegensatz zur OG ist es bei der GmbH möglich, durch Leistungsverrechnungen von den Gesellschaftern an die GmbH den steuerlichen Gewinn der GmbH zu reduzieren. Die Gesellschafter müssen diese Einkünfte zwar versteuern, doch können sie dabei die niedrigere ESt-Progression bis EUR 60.000 (die Durchschnitts-ESt-Belastung beträgt bei EUR 60.000 lediglich 33,73 % im Vergleich zur GmbH-Belastung von 43,75 %) und diverse Einkommensteuervorteile (Sonderzahlungen¹⁷, Betriebsausgabepauschale¹⁸, Gewinnfreibetrag) nutzen.

Die Leistungsbeziehungen der Ärzte zur Ärzte GmbH müssen lediglich **fremdüblich** gestaltet werden, damit sie steuerlich anerkannt werden.

16 Mit Ausweis des Anlagevermögens, des Umlaufvermögens, des Eigenkapitals und der Verbindlichkeiten.

17 Besteuerung der Sonderzahlungen (13. und 14. Monatsgehalt, Prämien) lediglich mit 6 % (sh im Detail unter Punkt „Arbeitsleistung“ in diesem Kapitel).

18 Pauschale Geltendmachung von Betriebsausgaben iHv 6 % der Einnahmen, höchstens jedoch EUR 13.200 (sh im Detail unter Punkt „Arbeitsleistung“ in diesem Kapitel).

Folgende Leistungen des Arztes an die GmbH sind möglich:

Arbeitsleistung:

Gemäß § 52a Abs 3 Z 6 ÄrzteG sind die Gesellschafter ohnedies zur Mitarbeit verpflichtet. Gemäß § 52a Abs 3 Z 7 lit a ÄrzteG ist jedoch eine „Anstellung“ von Ärzten nicht zulässig. Daher kann die Mitarbeit des Gesellschafters nicht aufgrund eines Anstellungsvertrages erfolgen. Sie muss im Rahmen eines Vertragsverhältnisses geleistet werden, bei dem der Arzt **weisungsfrei** ist: freier Dienstvertrag oder Werkvertrag.¹⁹

Je nach Beteiligungshöhe des Arztes an der GmbH sind die Einnahmen beim Arzt Einkünfte aus nicht-selbständiger Tätigkeit (Beteiligung \leq 25 %) oder aus selbständiger Tätigkeit (Beteiligung $>$ 25 %).

Die **Einkünfte aus nicht-selbständiger Tätigkeit** werden zum progressiven Einkommensteuertarif (sh Kapitel 4.1.) besteuert. Sonderzahlungen (13. und 14. Monatsgehalt, Prämien) werden grundsätzlich bis zur Höhe von einem Sechstel der laufenden Bezüge mit einem Sondersteuersatz von 6 % besteuert.

Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit können im Rahmen des § 17 EStG pauschal besteuert werden. Dabei werden von den Einnahmen 6 % Betriebsausgaben (höchstens EUR 13.200) pauschal abgezogen.²⁰ Der Gewinnfreibetrag steht in Höhe des Grundfreibetrages von EUR 3.900 zu (13 % von EUR 30.000).

In beiden Fällen hat die GmbH **Lohnnebenkosten** von insgesamt 7,5 % zu entrichten²¹, die jedoch in der GmbH als Betriebsausgaben abgezogen werden können:

- 4,5 % Dienstgeberbeitrag zum Familienlastenausgleich (DB)
- 3,0 % Kommunalsteuer

Vermietung an die GmbH:

Die Einkünfte des Gesellschafters aus einer Vermietung an die GmbH sind mit dem progressiven Einkommensteuertarif zu versteuern.

Darlehensgewährung:

Auch die Einkünfte des Gesellschafters aus einer Darlehensgewährung an die GmbH unterliegen dem progressiven Einkommensteuertarif. Seit 1.1.2011 fällt keine Kreditgebühr mehr an.

Gesamtsteuerbelastung für Gruppenpraxen GmbH

¹⁹ Karollus in Resch/Wallner, Handbuch Medizinrecht 1, Kapitel XXII Rz 45; Krejci, ZAS 2010, 254; Schenk/Linder, RdW 2010, 704; Stärker, ecolex 2010, 1125; Fantur, GES 2010, 162

²⁰ Gloser/Goertz, ecolex 2010, 1127

²¹ Gloser/Goertz, ecolex 2010, 1127

Besteuerung der Ärzte GmbH mit 100 %iger Ausschüttung:

(alle Beträge in EUR)	GmbH	A (50 %)	B (50 %)	Gesamt
Gewinn	400.000			
- 25 % Körperschaftsteuer	- 100.000			
Ausschüttung (100 %)	300.000	150.000	150.000	
- 25 % Kapitalertragsteuer		- 37.500	- 37.500	
verbleibender Nettoertrag		112.500	112.500	225.000
Gesamtsteuerbelastung	100.000	37.500	37.500	175.000 = 43,75 %

Besteuerung der Ärzte GmbH mit Ausschüttung von EUR 150.000:

(alle Beträge in EUR)	GmbH	A (50 %)	B (50 %)	Gesamt
Gewinn	400.000			
- 25 % Körperschaftsteuer	- 100.000			
	300.000			
Ausschüttung	150.000	75.000	75.000	
- 25 % Kapitalertragsteuer		18.750	18.750	
verbleibender Nettoertrag	150.000	56.250	56.250	262.500
Gesamtsteuerbelastung	100.000	18.750	18.750	137.500 = 34,4 %

Besteuerung der Ärzte GmbH mit Geschäftsführerbezug iHv EUR 150.000 ohne Gewinnausschüttung:

(alle Beträge in EUR)	GmbH	A (50 %)	B (50 %)	Gesamt
Gewinn	400.000			
- GF-Bezug - 7,5 % Lohnnebenkosten	-150.000 - 11.250	75.000	75.000	
- 25 % Körperschaftsteuer	238.750 - 59.688			
- Einkommensteuer auf Geschäftsführerbezug (rd 31%)		- 23.535	- 23.535	
verbleibender Nettoertrag	179.062	51.465	51.465	281.992
Gesamtsteuerbelastung	70.938	23.535	23.535	118.008 = 29,5%

Vergleich der Gesamtsteuerbelastung zwischen OG und GmbH

Steuer- belastung bei einem Ge- winn von EUR 400.000	OG		GmbH		
	Voller Gewinnfrei- betrag (2012)	Verminderter Gewinnfrei- betrag (2013)	100 % Aus- schüttung	Ausschüt- tung iHv 150.000	Geschäfts- führerbezug iHv 150.000
in EUR	154.470	161.846	175.000	137.500	118.008
in %	38,6 %	40,5 %	43,75 %	34,4 %	29,5 %

Die Steuerbelastung ist somit in der GmbH am geringsten, wenn die GmbH lediglich einen Teil des Gewinnes auszahlt (als Gewinnausschüttung oder als Geschäftsführerbezug) und den restlichen Gewinn in der Gesellschaft belässt. Sie kann den restlichen Gewinn – lediglich belastet mit 25 % KöSt – für Investitionen oder für Kredittilgungen verwenden.²²

²² Gloser/Goertz, eolex 2010, 1127

Zu beachten ist jedoch, dass dieser Steuervorteil nur vorläufig ist. Werden die zu nächst einbehaltenen Gewinne in Folgejahren ausgeschüttet, so fällt davon noch die 25 %ige Kapitalertragsteuer an.²³

Fortsetzung des obigen Vergleiches:	GmbH	
	Restlicher Gewinn iHv 150.000	Restlicher Gewinn iHv 179.062
Ausschüttung des restlichen Gewinnes in der GmbH		
zusätzliche Steuer (in EUR)	37.500	44.766
Gesamtsteuerbelastung (in EUR)	175.000	162.774
Gesamtsteuerbelastung (in %)	43,75 %	40,7 %

Gründung der Gruppenpraxen OG bzw. Gruppenpraxen GmbH

Sowohl die **Gründung** einer OG als auch einer GmbH erfordern **gesellschaftsrechtliche Maßnahmen**. Es ist jedenfalls der notarielle Abschluss eines Gesellschaftsvertrages mit Firmenbuchanmeldung erforderlich.²⁴

Bei der GmbH ist zusätzlich das Mindest-Stammkapital von EUR 35.000 aufzubringen, wovon die Hälfte, somit EUR 17.500, sofort bei Gründung zu leisten ist. Diese Gesellschaftereinlage kann entweder in bar oder durch Sacheinlage (Einbringung des bisherigen Arztbetriebes) geleistet werden. Im Falle einer Sacheinlage ist jedoch häufig eine Gründungsprüfung durch einen Wirtschaftsprüfer über die Werthaltigkeit der Sacheinlage erforderlich.²⁵

Zusätzlich ist für **steuerliche** Zwecke bei der OG ein sogenannter „Zusammenschlussvertrag“ bzw bei der GmbH ein „Einbringungsvertrag“ zu errichten. Diesen Verträgen ist jeweils eine Bilanz über das eingebrachte Betriebsvermögen anzuschließen.

Es besteht somit **vertragstechnisch kein wesentlicher Unterschied** zwischen einer OG und einer GmbH-Gründung. Bei der **GmbH** ist lediglich zusätzlich das **Mindest-Stammkapital** aufzubringen.

²³ Gloser/Goertz, *ecolex* 2010, 1127

²⁴ Fantur, *GES* 2010, 156 f

²⁵ Sofern nicht die Befreiung von der Gründungsprüfung gemäß § 6a GmbHG greift.

Steuertechnisch ist die OG-Gründung sogar komplizierter, da für steuerliche Zwecke eine Vorsorge gegen die Verschiebung stiller Reserven²⁶ gem § 24 UmgrStG gefordert wird. Diese Vorsorge erfordert oft eine komplizierte Ermittlung der stillen Reserven und ihre Evidenthaltung im Zusammenschlussvertrag bzw in Ergänzungsbilanzen. Steuertechnisch ist die Gründung einer OG daher meist sogar komplizierter als die Gründung einer GmbH.

Insgesamt kann aber gesagt werden, dass die **Gründung selbst noch kein Entscheidungskriterium** für oder gegen eine GmbH ist.

Beendigung bzw Veräußerung der Gruppenpraxen OG bzw Gruppenpraxen GmbH

Die **Beendigung** einer Gruppenpraxis führt meist zu einer Auflösung der Gesellschaft. Ausschlaggebend dafür ist, dass entweder kein Nachfolger vorhanden ist (Betriebsaufgabe) oder dass der Nachfolger (Käufer oder Geschenknehmer) selbst keine Gruppenpraxis fortführen möchte, sondern wieder eine Einzelordination betreiben möchte. In diesem Fall ist er bereits berufsrechtlich gezwungen, die OG bzw GmbH mangels Gesellschaftermehrheit aufzulösen.

Gesellschaftsvertraglich sind sowohl für die Auflösung einer OG als auch einer GmbH entsprechende Auflösungsbeschlüsse und Firmenbuchanträge notwendig.

Aus **steuerlicher Sicht** ist **bei Auflösung einer Gruppenpraxis und bei Verkauf einer Gruppenpraxis idR die Rechtsform einer OG günstiger**.

Im Falle einer **Auflösung der Gesellschaft (Betriebsaufgabe)** kann für eine OG in der Regel der halbe Einkommensteuersatz auf stille Reserven im Betriebsvermögen (zB im Betriebsgebäude) beansprucht werden. Der Grund und Boden des Betriebsgebäudes kann jedenfalls steuerfrei in das Privatvermögen übernommen werden.

Im Falle eines **Verkaufes der Gesellschaft** kann beim Verkauf nach dem 60. Lebensjahr (aus Anlass des Pensionsantrittes) für den Veräußerungsgewinn (idR Praxisablöse) wiederum der halbe Einkommensteuersatz beansprucht werden. Der Verkäufer ist somit nicht schlechter gestellt als bei Verkauf einer GmbH, bei dem ebenfalls der halbe Einkommensteuersatz anfällt.

²⁶ Stille Reserven sind die Differenz zwischen dem höheren Verkehrswert und dem Buchwert (Wert laut Buchhaltung) von Wirtschaftsgütern oder Betrieben. Sie zeigen somit den Wert, um den ein Betrieb mehr wert ist als laut Buchhaltung.

Für den **Käufer** ist es hingegen klar vorteilhafter, wenn er OG-Anteile und nicht GmbH-Anteile kauft. Denn beim Kauf von OG-Anteilen kann er einen großen Teil des Kaufpreises auf den Firmenwert²⁷ aktivieren und idR auf 5 Jahre verteilt steuerlich abschreiben. Auch kann er Zinsen für Kredite zum Zwecke des Kaufes steuerlich sofort als Betriebsausgabe absetzen.²⁸

Beim Kauf von GmbH-Anteilen sind für den Käufer weder eine laufende Abschreibung des Kaufpreises noch ein Abzug der Kaufpreiszinsen steuerlich möglich.²⁹

Im Falle eines möglichen künftigen Verkaufes nach dem 60. Lebensjahr ist daher die Rechtsform einer OG eindeutig steuerlich vorteilhafter gegenüber der Rechtsform einer GmbH.

Dies führt dazu, dass im Hinblick darauf entweder sofort die Rechtsform einer OG gewählt oder zumindest vor dem Verkauf die GmbH in eine OG umgewandelt wird.

27 Der Firmenwert ist der Ertragswert oder Good-Will eines Unternehmens.

28 Gloser/Goertz, *ecolex* 2010, 1129

29 Gloser/Goertz, *ecolex* 2010, 1129 f

5. Sozialversicherungsrechtlicher Vergleich zwischen Gruppenpraxen OG und Gruppenpraxen GmbH

5.1. Übergang von Kassenverträgen auf Gruppenpraxen

Für Arztordinationen mit Kassenvertrag ist der Übergang des Kassenvertrages auf die Gruppenpraxis-Gesellschaft ein **wesentliches Entscheidungskriterium** für die Gründung der Gesellschaft.

Wird als Rechtsform eine OG gewählt, so kann für den Übergang des Kassenvertrages auf die bereits bestehende mehrjährige Praxis der Sozialversicherungsträger zurückgegriffen werden. Für Oberösterreich ist dies insbesondere die bestehende Vereinbarung zwischen der Ärztekammer für OÖ und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (OÖ Gruppenpraxis Gesamtvertrag 1.1.2011).

Wird als Rechtsform dagegen eine GmbH gewählt, so besteht zum derzeitigen Zeitpunkt noch keine ausreichende Rechtssicherheit für den Übergang des Kassenvertrages. Es ist im Einzelfall mit der zuständigen Gebietskrankenkasse der Übergang des Kassenvertrages abzustimmen.

5.2. Sozialversicherungspflicht der beteiligten Ärzte

Die Sozialversicherungspflicht der beteiligten Ärzte in einer Gruppenpraxis ist dagegen in der Praxis **kein Entscheidungskriterium für die Rechtsformwahl**. Sowohl bei einer OG als auch bei einer GmbH unterliegen die beteiligten Ärzte der Pensionsversicherungspflicht nach dem FSVG³⁰ und der Krankenversicherung aufgrund des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer.³¹ IdR sind die beteiligten Ärzte bei beiden Rechtsformen in der Höchstbeitragsgrundlage pflichtversichert.

30 Freudhofmeier/Höfle, Sozialversicherung kompakt 2012, ASoK-Spezial, 25: Der Beitrag erläutert die für Ärzte anzuwendenden sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen (Primärärzte, Gemeindeärzte, usw); Chini, SWK 2010, 1229 f; Steiger, taxlex 2011, 307 ff

31 Ärztekammer für Oberösterreich, <http://www.aekooe.or.at/cms/index.php?id=117> (aufgerufen am 11.2.2013); Chini, SWK 2010, 1228 f

6. Zusammenfassung

Seit 2010 können Ärzte eine Gruppenpraxis in der Rechtsform einer GmbH (und nicht nur in der Rechtsform einer OG) führen.

Die Ärzte haben diese Möglichkeit bislang wenig genutzt.

Dies hat folgende Ursachen:

- **Eingeschränkter berufsrechtlicher Anwendungsbereich der GmbH:** nur für Gruppenpraxen mit mehreren mitarbeitenden Ärzten als Gesellschafter. Eine Einpersonen-GmbH für Einzelordinationen ist nicht möglich.
- **Einfachere laufende Administration der OG:** Einnahmen-Ausgaben-Rechnung, keine Bilanzierungs- und Offenlegungspflicht.
- **Laufende einkommensteuerliche Vorteile der OG:** Diese ergeben sich vor allem aus dem 13 %igen Gewinnfreibetrag und aus der Ausnutzung der niedrigen Einkommensteuerstufen bis EUR 60.000. Allerdings wird der Gewinnfreibetrag ab 2013 stufenweise – für Gewinne ab EUR 175.000 – reduziert. Dementsprechend kommt eine GmbH steuerlich erst dann in Betracht, wenn sie höhere Gewinne erzielt (ab EUR 300.000) und zumindest die Hälfte davon langfristig in der GmbH belässt (zB für Investitionen oder Schuldentilgungen) und nicht ausschüttet.
- **Einkommensteuerliche Vorteile der OG beim Verkauf der Gruppenpraxis:** Wird eine Gruppenpraxis nach Erreichung des 60. Lebensjahres anlässlich des Pensionsantrittes verkauft, so steht dem Verkäufer der halbe Steuersatz für den Veräußerungsgewinn (idR die Praxisablöse) zu. Der Käufer der OG-Anteile kann – im Unterschied zu GmbH-Anteilen – den Kaufpreis in der Regel auf 5 Jahre verteilt abschreiben und allfällige Zinsen für den Kaufpreis steuerlich laufend absetzen. Da für Gruppenpraxen häufig eine spätere Verkaufsabsicht besteht, ist dies ein Motiv, von vornherein eine OG und nicht eine GmbH zu gründen.
- Nach bisheriger Praxis der Gebietskrankenkassen ist der Übergang von Kassenverträgen auf eine Gruppenpraxen OG wesentlich einfacher möglich als auf eine Gruppenpraxen GmbH.

Zusammengefasst kann somit festgestellt werden: Aus Haftungsgründen wäre eine Gruppenpraxen GmbH einer OG vorzuziehen. Aus steuerlichen Gründen kommt eine Gruppenpraxen GmbH aber erst bei einem Gesellschaftsgewinn ab EUR 300.000 in Betracht. Vorausgesetzt ist allerdings immer eine kassenvertragliche Gleichbehandlung von Gruppenpraxen OG und Gruppenpraxen GmbH.

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Kammeramtsdirektor, Ärztekammer für Oberösterreich

Rahmenbedingungen und Vorschläge für neue Versorgungsformen im niedergelassenen Bereich

1. Förderung von Gruppenpraxen	114
2. Sonderfall dislozierte Gruppenpraxis	118
3. Gruppenpraxen als Anreiz, um Fachärzte für Peripheriekrankenhäuser zu gewinnen	124
4. Gesundheitszentren	128
5. Zusammenfassung	133

1. Förderung von Gruppenpraxen

Neue Versorgungsformen, allen voran Gruppenpraxen, sind kein Selbstzweck, sondern als zusätzliche Option aufzufassen, die dort zum Einsatz kommen sollen, wo Versorgungsvorteile gegenüber Einzelpraxen bestehen. Es muss aber auch festgehalten werden, dass Einzelpraxen in einem System eines beschränkten Versorgungsangebots, wie wir es im österreichischen Kassensystem vorfinden, gegenüber Gruppenpraxen eine Reihe von Vorzügen haben.

- Vor allem ermöglichen Einzelpraxen eine größere regionale Streuung. In vielen Wirtschaftsbereichen muss hingenommen werden, dass aus Marktgründen eine Angebotskonzentration erfolgt. Im Bereich der Primärversorgung mit Gesundheitsleistungen wäre das nicht akzeptabel. Gerade kranke und gebrechliche Personen sind in besonderem Ausmaß davon abhängig, dass die Gesundheitsleistungen zumindest in der Primärstufe wohnortnahe angeboten werden. Eine wohnortnahe Versorgung können außerhalb von Ballungsgebieten aber nur Einzelpraxen gewährleisten.
- Die weitgehend freie Arztwahl ist ein für die Patienten ganz wesentliches Element unseres ambulanten Gesundheitssystems. Freie Arztwahl ist zwar bis zu einem gewissen Grad selbst in Gruppenpraxen sichergestellt, weil der Patient auch dort prinzipiell darauf Anspruch hat, sich den behandelnden Arzt auszusuchen. Praktisch wird es allerdings – weil die Gesellschafter einer Gruppenpraxis die in der Regel längeren Betriebszeiten untereinander koordinierter aufteilen werden, als dies bei nebeneinander agierenden Einzelpraxen der Fall ist (was wieder andere Vorteile hat) – zu einer Einschränkung der freien Arztwahl im Vergleich zu nebeneinander bestehenden Einzelpraxen kommen.
- Nebeneinander bestehende Einzelpraxen stehen im Wettbewerb um Patienten. Verbinden sich diese zu einer Gruppenpraxis, könnte die Wettbewerbshaltung und damit die Patientenorientierung unter Umständen sinken.
- Solange das Kassensystem keine komplexen ambulanten Leistungen finanziert, die nur im Zusammenwirken mehrerer Ärzte erbringbar sind, bringt die Gruppenpraxis gegenüber der Einzelpraxis keine Vorteile, was den Umfang des Leistungsspektrums anlangt.

Es wäre daher auch nicht zielführend, die Etablierung von Gruppenpraxen einseitig zu fördern und damit die Positionierung von Einzelordinationen im Wettbewerb zu erschweren. Soweit Anreizsysteme geschaffen werden, müssen diese so ausgelegt sein, dass es in Regionen, in denen die Versorgung mit Gruppenpraxen Versorgungsvorteile bringt, für die Ärzte interessant wird, sich zusammenzuschließen, während in jenen Regionen, in denen die Vorteile von Einzelpraxen überwiegen, solche auch weiterhin sinnvoll zu betreiben sein müssen.

Eine finanzielle Förderung von Gruppenpraxen macht daher nur Sinn, wenn sie gezielt erfolgt. Eine Förderung käme vor allem zur Erreichung folgender Zielsetzungen in Frage:

- Anbieten von ambulanten komplexen Leistungen: sofern die notwendigen Finanzmittel zur Verfügung stehen, komplexe ambulante Leistungen aus dem extra- in den intramuralen Bereich zu transferieren, wäre es natürlich sinnvoll, diese über Gruppenpraxen anzubieten. Hier geht es aber nicht um eine Art Subventionierung von Gruppenpraxen, sondern darum, dass derartige Leistungen überhaupt durch die Krankenversicherungsträger mit einem vernünftigen Tarif honoriert werden. Kommt eine tragfähige Honorarvereinbarung zustande, muss es allerdings den beteiligten Ärzten überlassen bleiben, und ist es für die Patienten ohne Belang, ob sie die Leistung im Rahmen einer Gruppenpraxis anbieten oder ob sie sich lediglich im Innenverhältnis zur Erbringung der Leistung zusammenschließen und weiterhin als Einzelpraxen auftreten.
- Ausweitung der Ordinationszeiten: der Zusammenschluss in einer Gruppenpraxis könnte es den beteiligten Gesellschaftern möglich machen, die Ordinationszeiten auszuweiten und für die Patienten attraktiver zu gestalten. Da eine Gruppenpraxis aber im Stellenplan mehrere Einzelpraxen konsumiert, ist dem Vorteil eines ausgeweiteten Ordinationszeitenangebots gegenüberzustellen, dass es zu einer Zentralisierung der Ordinationsstätte und damit oft zu weiteren Wegen für die Patienten kommt. Gruppenpraxen wegen der längeren Ordinationszeiten zu fördern, macht daher nur in Ballungsräumen Sinn, wo Arztordinationen ohnehin nahe beieinander liegen und sich daher für die Patienten keine wesentlich weiteren Wege durch einen Zusammenschluss von ursprünglichen Einzelpraxen ergeben. Eine Förderung von Gruppenpraxen zur Erreichung längerer Ordinationszeiten wäre schon dadurch erreichbar, dass den Gesellschaftern Synergievorteile, die sie durch den Betrieb erzielen, überlassen werden könnten. Unverständlich ist daher, dass einzelne Krankenversicherungsträger, obwohl sie im Sinne ihrer Versicherten an längeren Ordinationszeiten interessiert sein müssten, die Bildung von Gruppenpraxen durch die völlige Abschöpfung dieser Synergievorteile unattraktiver machen wollen.

- Erhöhung des Investitionsvolumens: Gruppenpraxen können auch dazu eingesetzt werden, extramurale Leistungen anzubieten, die ein besonders hohes Investitionsvolumen und eine besonders hohe Auslastung erfordern. Werden Kassentarife für derartig investitionsaufwändige Leistungen eingeführt, dann muss es allerdings aus Gleichheitsüberlegungen auch Einzelpraxen möglich sein, diese Leistungen, etwa im Wege von Apparategemeinschaften, zum selben Tarif zu erbringen.

Die Vergesellschaftung kann durch materielle Anreize gefördert werden. Es gibt aber auch eine ganze Reihe nicht-materieller Motive, die aller Wahrscheinlichkeit nach in Zukunft eine immer größer werdende Rolle spielen werden und die für die Forcierung von Gruppenpraxen ins Kalkül gezogen werden sollten. Ärzte schätzen die Möglichkeit zur Vergesellschaftung vor allem aus drei Gründen:

- Die zunehmende Komplexität der Medizin macht es immer schwieriger, einen Gesamtüberblick zu behalten. Auch im extramuralen Bereich versuchen sich daher Ärzte immer mehr zu spezialisieren, was Gruppenpraxen attraktiv macht, weil in diesen Spezialisierungen komplementär zusammengefügt werden können.
- Aufgrund des forensischen Drucks empfinden Ärzte zunehmend die Position als „Einzelkämpfer“ als belastend und würden es vorziehen, sich bei medizinisch oder psychologisch schwierigen Entscheidungen im Team beraten zu können.
- Ganz allgemein hat sich die Einstellung jüngerer Generationen zur „Work-Life-Balance“ verändert, nicht zuletzt durch geänderte Rollenbilder innerhalb der Familienstrukturen. Sowohl Ärztinnen als auch Ärzte schätzen es zunehmend, im Rahmen von Teamarbeit flexiblere Arbeitszeiten zu erreichen.

Da die Motivlage der Ärzte, Gruppenpraxen zu gründen, mindestens genauso ideell wie materiell geprägt ist, geht es nicht nur darum, Gruppenpraxen materiell zu fördern. In der Praxis geht es vor allem auch darum, strukturelle Hindernisse, die Gruppenpraxen derzeit vorfinden, zu beseitigen, nämlich

- rechtliche Unsicherheiten,
- (zeitlich aber auch finanziell) aufwändige Gründungsprozesse für die Gruppenpraxis,
- unkalkulierbare Haftungsrisiken für finanzielle Dispositionen der Mitgeschafter,

- Probleme bei der Auflösung bzw. Übertragung des Gruppenpraxisbetriebs, falls die Gruppenpraxis scheitert oder Gesellschafter ihre Tätigkeit (etwa wegen Pensionierung) aufgeben wollen.

Abgesehen davon, dass es keinen finanziellen Nachteil für Gruppenpraxen gegenüber Einzelpraxen geben darf, geht es daher vor allem darum, die oben angeführten Probleme in einer für die potentiellen Partner befriedigenden Weise zu lösen, um den Weg für die Gründung von Gruppenpraxen dort frei zu machen, wo sie einen positiven Versorgungseffekt haben.

2. Sonderfall dislozierte Gruppenpraxis

Seit dem Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung und der damit verbundenen 14. Ärztegesetz-Novelle (BGBl I 2010/61) sieht § 52 a Abs 4 ÄrzteG die Möglichkeit einer dislozierten Kassen-Gruppenpraxis vor.

Nach dieser Bestimmung darf eine Kassen-Gruppenpraxis mehrere in die Ärzteliste einzutragende Standorte haben. Die Anzahl der Standorte darf allerdings die Anzahl der beteiligten Gesellschafter (Ärzte) nicht überschreiten. Gesellschafter, die außerhalb der Vertrags-Gruppenpraxis keinen weiteren Standort haben (was die Regel sein wird), können an allen Standorten der Gruppenpraxis tätig werden.

Die dislozierte Gruppenpraxis bietet vor allem auch für außerhalb von Ballungsgebieten tätig werdende Kassenärzte eine Möglichkeit der strukturierten Zusammenarbeit. Außerhalb der Ballungsgebiete ist es, vor allem für Allgemeinärzte, kaum vorstellbar, dass sie sich zu einer gemeinsamen Ordination zusammenschließen, weil sie wegen der im Rahmen der Stellenpläne angestrebten Wohnortnähe (vgl. § 343 ASVG) in der Regel örtlich zu weit auseinander liegen. Für diese kommt nun die Variante der dislozierten Gruppenpraxis in Frage.

Gerade für Landärzte, die sich zu einer Gruppenpraxis zusammenschließen möchten, ist es allerdings von essentieller Bedeutung, dass sie weiterhin für ihre Patienten eine Hausapotheke betreiben können. Dass dies nach dem Apothekengesetz möglich ist, belegt die wissenschaftliche Literatur (Voglmaier, Führung von ärztlichen Hausapotheken bei standortübergreifenden Gruppenpraxen?, RdM 2012/32).

Es wird zunehmend schwieriger, Landarztstellen – also Kassenstellen für Allgemeinärzte – in Peripherieregionen zu besetzen. Der Grund liegt zum einen darin, dass die städtische Infrastruktur häufig als Wohnumgebung vorgezogen, von Allgemeinärzten aufgrund des hausärztlichen Leistungsprofils aber erwartet wird, dass sie in der Nähe der Ordination wohnen. Für viele Ärzte ist auch es auch inakzeptabel, laufend für dringende Fälle außerhalb der Ordinationszeiten bzw. für Bereitschaftsdienste in der Nacht und an Wochenenden verfügbar zu sein. Für sie kommt daher eine Stelle am Land als Hausarzt nicht in Frage, weil sie mit den privaten Lebenszielen, insbesondere auch mit der Organisation des Familienlebens, nicht in Übereinstimmung zu bringen ist. Wenn es aber nicht gelingt, diese Jungärzte für die Versorgung der ländlichen Gebiete zu gewinnen, wird das den ohnehin in Zukunft zu erwartenden Ärztemangel noch weiter verschärfen.

Auf der anderen Seite gibt es durchaus Ärzte, die bereit wären, auch einen sehr hohen Zeitaufwand in die Versorgung der ländlichen Bevölkerung zu investieren und eine entsprechend große Landarztpraxis aufzubauen. Diese werden strukturell daran gehindert, diese Ressourcen tatsächlich im vollen Ausmaß zur Verfügung zu stellen. Einerseits ergibt sich am Land eine natürliche Grenze der Versorgungswirksamkeit durch die größeren Distanzen. Zum anderen finden sich – sei es aus Rücksichtnahme auf den Stellenplan oder auf Ökonomieziele der Kassen – in den Gesamtverträgen mengenmäßige Begrenzungen und Degressionen, die es unattraktiv machen, eine Landarztordination zu sehr auszubauen.

Das neue Modell der dislozierten Gruppenpraxis könnte einen Ausweg aus diesem Dilemma bieten. Die dislozierte Gruppenpraxis könnte dazu genutzt werden, dass sich Landärzte einer ganzen Region in einer Gesellschaft zusammenschließen. Ein derartiger Zusammenschluss hätte den Vorzug, dass Ärzte, die überdurchschnittlich leistungsbereit sind, in einem höheren Ausmaß als bisher Versorgungswirksam werden und wegen ihres größeren Gesellschaftsanteils auch ein entsprechend höheres Einkommen erzielen könnten. Umgekehrt könnten Ärzte, die zeitlich eingeschränkter sind und etwa nur für die fixen Ordinationszeiten zur Verfügung stehen, mit einem entsprechend reduzierten Gesellschaftsanteil auch im ländlichen Bereich Versorgungsaufgaben übernehmen. Gleichzeitig könnte sichergestellt werden, dass es zu keiner Ausdünnung der Ordinationen kommt und die für die Patienten bisher gewohnte Standortdichte beibehalten werden kann.

Im Rahmen einer derartigen Vergesellschaftung wäre es vermutlich auch deutlich einfacher als bisher, die Bereitschaftsdienste in der Nacht und an Wochenenden zu organisieren. Abgesehen davon, dass besonders leistungsbereite Ärzte in einem derartigen Zusammenschluss aufgrund ihrer höheren Gesellschaftsanteile auch einen Anreiz hätten, sich überproportional an den Diensten zu beteiligen, wäre es vermutlich im Hinblick auf die Größenordnung der Gesellschaft möglich, Außenstehende (etwa Jungärzte) zu motivieren, für derartige Dienste zur Verfügung zu stehen. Diesen könnten von der vergesellschafteten Gruppenpraxis auch attraktivere Bedingungen geboten werden als im Rahmen eines losen Zusammenschlusses von Einzelpraxen in den bisherigen Bereitschaftsdienstsprengeln.

Darüber hinaus wäre es für die Gesellschaft im Fall von Verhinderungen vermutlich leichter, Ordinationsvertretungen verlässlich sicherzustellen. Schließlich könnten durch dislozierte Ärztesellschaften die allgemein aus der Struktur von Gruppenpraxen erzielbaren Vorteile für die traditionell zum „Einzelkämpfertum“ verurteilten Landarztpraxen nutzbar gemacht werden: Investitionen, die nicht notwendigerweise in jeder Ordination getätigt werden müssen (etwa im Laborbereich oder bei physiotherapeutischen Angeboten) könnten gemeinsam finanziert und besser ausgelastet werden. Aber auch der von niedergelassenen Kasse-

närzten immer wieder beklagten „fachlichen Vereinsamung“ könnte entgegengetreten werden. Eine Gesellschaftsbildung würde den strukturierten fachlichen Austausch im Rahmen eines Teams ermöglichen. Dies könnte insbesondere für generationenübergreifende Vergesellschaftungen interessant sein, zumal gerade bei der landärztlichen Tätigkeit wegen der exponierten Position die praktische Erfahrung eine große Rolle spielt.

Um dislozierte Gruppenpraxen zu ermöglichen, müssten allerdings eine Reihe von Fragen im Rahmen der gesamtvertraglichen Vereinbarungen mit den Krankenversicherungsträgern vorweg gelöst werden:

a) Ausschreibung von Kassenstellen:

An sich unterliegen Kassenstellen einem genau regulierten Ausschreibungsverfahren, um eine objektive Besetzung zu gewährleisten. Diese objektive Besetzung liegt nicht nur im Interesse der Patienten, für die ein geeigneter Arzt ausgewählt werden muss. Wäre es Gruppenpraxen möglich, sich die Gesellschafter völlig frei auszusuchen, könnten die Bewerber unter Druck kommen, für die Gesellschaftsanteile überhöhte Preise bezahlen zu müssen bzw. könnten in die Auswahl Argumente einfließen, die in der Ärzteschaft nicht mehrheitsfähig sind, wie etwa die Bevorzugung von Familienangehörigen. Dass Ausschreibungen nach objektiven Gesichtspunkten zu erfolgen haben, ist nicht zuletzt auch eine zwingende Vorgabe des Gemeinschafts- und des österreichischen Verfassungsrechts, um Diskriminierungen beim Berufszugang zum Kassenarzt auszuschließen.

Umgekehrt ist es den Gesellschaftern natürlich nicht zumutbar, jemanden aufnehmen zu müssen, mit dem man nicht zusammenarbeiten will und kann. Um dieses Problem zu lösen, gäbe es zwei Optionen:

Die eine Option wäre, jeden der Standorte der dislozierten Gruppenpraxis für sich nach den Regeln für Einzelordinationen auszuschreiben und es den einzelnen Ärzten zu überlassen, ob sie sich zusammenschließen wollen bzw. zusammengeschlossen bleiben. Da jeder die Möglichkeit hat, an seinem Einzelvertrag festzuhalten, entstehen keinerlei Drucksituationen und ist die Freiwilligkeit ebenso gewahrt wie die völlig objektive Ausschreibung jeder einzelnen Kassenstelle. Nachteil dieser Vorgangsweise ist allerdings, dass sie wenig Anreiz für einzelne Ärzte bietet, sich in der Gesellschaft überproportional zu engagieren, wenn diese befürchten müssen, dass ihr Beitrag zur Entwicklung von Ordinationen außerhalb des eigenen Standorts nicht nachhaltig wirtschaftlich belohnt wird, weil es dem Betreiber eines anderen Standorts jederzeit freistünde, wieder in einen Einzelvertrag zurückzukehren. Dieses Problem wäre allerdings dadurch lösbar, dass der ausscheidende Gesellschafter, der wieder

in einen Einzelvertrag zurückkehrt, verpflichtet würde, Gesellschafter mit einem größeren Anteil auszuzahlen. Damit wäre sichergestellt, dass der überdurchschnittlich aktive und an der Gesellschaft überdurchschnittlich beteiligte Gesellschafter bei einer Verkleinerung der Gesellschaft eine Ablöse für seine Mitwirkung am Aufbau des ausscheidenden Standorts erhält.

Eine andere Variante, die die Interessen der Gesellschafter an Kontinuität und an der Auswahl der Kollegen stärker berücksichtigen würde, bestünde in der auch heute schon in diversen Gruppenpraxismodellen vorgesehenen Auswahlmöglichkeit unter den besten Bewerbern. Die Bindung an eine Bandbreite der Auswahl würde sicherstellen, dass nur die Bestgereihten zum Zug kämen und in die Kassen-Gruppenpraxis aufgenommen werden würden. Die Auswahlmöglichkeit würde es gleichzeitig aber den Gesellschaftern erlauben, Partner auszuschließen, mit denen keine sinnvolle Zusammenarbeit erwartet wird. Um überhöhte Ordinationsablösen zu verhindern, also der Gefahr zu begegnen, dass der Bewerber aufgenommen wird, der bereit ist, eine überhöhte Ablöse zu bezahlen, müsste allerdings gleichzeitig ein Reglement geschaffen werden, das eine sinnvolle, objektiv nachprüfbar und bestmöglich gegen Umgehungen gesicherte Ablösevereinbarung sicherstellt. Es müssten daher entweder von Seiten der Ärztekammer oder gesamtvertraglich zwischen Ärztekammer und Kasse gemeinsam objektive Regelungen zur Berechnung einer fairen Ordinationsablöse geschaffen werden und muss deren rechtliche Durchsetzbarkeit gewährleistet sein.

b) Erwerb von Gesellschaftsanteilen:

Es müssten unbedingt durchsetzbare Regelungen zur Bewertung des Preises für Gesellschaftsanteile geschaffen werden und müsste – etwa im Wege gesamtvertraglicher Vereinbarungen – auch rechtlich abgesichert werden, dass die Gesellschaft und die Gesellschafter verpflichtet sind, sich an diese zu halten. Dies ist – wie oben ausgeführt – notwendig, um zu verhindern, dass Bewerber unter Druck gesetzt werden, Gesellschaftsanteile zu überhöhten Preisen zu übernehmen. Ein derartiges Reglement ist aber auch deshalb notwendig, weil die Gesellschafter die Sicherheit haben müssen, bei ihrem Ausscheiden den von ihnen geschaffenen und weiter wirkenden Wert vergütet zu bekommen, sowohl was die Investitionen anlangt, als auch den Unternehmens-good-Will. Dies gilt auch für den Fall, dass – was wohl immer mittelfristig ins Kalkül gezogen werden muss – Standorte wegfallen könnten, weil sie versorgungspolitisch nicht mehr sinnvoll sind oder weil dafür kein neuer Gesellschafter gefunden werden kann. In diesem Fall müsste sichergestellt sein, dass die Gesellschaft selbst den ausscheidenden Gesellschafter entschädigt, soweit Investitionen und der good will tatsächlich weiterwirken.

c) Stellenplanänderungen:

Das ASVG geht derzeit völlig zu Recht davon aus, dass es unzumutbar wäre, besetzte Kassenstellen durch Änderungen im Stellenplan zu streichen. Bei Gruppenpraxen entsteht dadurch eine besondere Problematik, weil sie prinzipiell dauernden Bestand haben und nicht von vornherein durch das Pensionsalter ihrer Gesellschafter limitiert sind. Es müsste daher im Gesamtvertrag zwischen Krankenversicherungsträger und Ärztekammer geregelt werden, in welchem Ausmaß und unter welchen Bedingungen die Gruppenpraxis Stellenplanänderungen hinnehmen muss. Aus betriebswirtschaftlichen Gründen wären derartige Veränderungen natürlich nur mittelfristig denkbar, aus Gründen der Rechtssicherheit müssten die Bedingungen für eine Stellenplanänderung für alle Gesellschafter transparent vorweg geregelt sein.

d) Umliegende Ärzte:

Gerade um eine flächendeckende, wohnortnahe ärztliche Versorgung sicherzustellen, darf es nicht dazu kommen, dass Arztverbände in Form von dislozierten vergesellschafteten Gruppenpraxen benachbarte Einzelordinationen „aus dem Markt drängen“.

Soweit allerdings – wie hier angenommen – die Anzahl der Gesellschafter die Anzahl der im Stellenplan vorgesehenen Kassenstellen nicht übersteigt, ist die Gefahr eines Verdrängungswettbewerbs gering. Es wird zwar bei diesen Überlegungen davon ausgegangen, dass sich die Versorgungswirksamkeit der dislozierten Gruppenpraxis gegenüber Einzelpraxen erhöht. Dies allerdings unter dem Aspekt, dass es möglicherweise Gesellschafter gibt, die nur unterdurchschnittliche Ressourcen einbringen, sodass die gesamte durchschnittliche Versorgungswirksamkeit der Gruppenpraxis der Summe von Einzelpraxen entspricht, die an durchschnittlich versorgungswirksame Ärzte vergeben worden wären. Da Kassenärzte immer damit rechnen müssen, dass Nachbarstellen von besonders leistungsbereiten Ärzten übernommen werden, wäre daher auch nicht damit zu rechnen, dass eine dislozierte Gruppenpraxis, bei der die Anzahl der Gesellschafter die Anzahl der im Stellenplan vorgesehenen Einzel-Kassenverträge nicht übersteigt, zu einer gegenüber der derzeitigen Situation unzumutbaren wettbewerblichen Belastung für die benachbarten Einzelpraxen wird.

e) Ordinationszeiten:

Da die dislozierte Gruppenpraxis die entsprechende Anzahl von Einzelpraxen ersetzt, müssen im Durchschnitt die Ordinations-Öffnungszeiten der einzelnen Standorte denjenigen einer Einzelordination entsprechen. Eine dislozierte

Gruppenpraxis könnte allerdings die Ordinationszeiten dem jeweiligen Standortbedarf anpassen, also an besonders frequentierten Standorten längere Ordinationszeiten anbieten und zum Ausgleich dazu an weniger frequentierten Standorten die Ordinationszeiten absenken.

f) Tarifsysteme:

Die bestehenden Honorarsysteme müssten gewährleistet und unter Umständen entsprechend adaptiert werden, dass es mit der Gründung der dislozierten Gruppenpraxis nicht zu finanziellen Nachteilen kommt.

Insbesondere müsste berücksichtigt werden, dass Vertretungen in der Regel innerhalb der Gesellschaft erfolgen werden, was im Vergleich zu Einzelpraxen nicht zu Honorarverlusten führen darf. Allfällige Besserstellungen durch Vertretungshonorare (wie eine vorgesehene Zusatzhonorierung zu einem Pauschalhonorar) müssten daher auch für dislozierte Gruppenpraxen durch eine entsprechende Anpassung der Honorarstruktur ausgeglichen werden.

In Honorarsystemen, die Degressionen bzw. Limitierungen oder Deckelungen kennen, müsste die jeweilige Ausschöpfung je Standort berechnet werden. Nur so bestünde ein Anreiz für Mitgesellschafter, allen Standorten ein gleichermaßen hohes Leistungsniveau zu erhalten.

3. Gruppenpraxen als Anreiz, um Fachärzte für Peripherie- krankenhäuser zu gewinnen

Eine ganze Reihe von Studien belegt, was in der Praxis heute bereits spürbar ist, nämlich dass es in den nächsten Jahrzehnten zu einem immer empfindlicheren Facharztmangel kommen wird. Unter diesem Facharztmangel werden insbesondere Peripheriespitäler zu leiden haben. Schon heute ist es für Peripheriespitäler oft schwierig, Fachärzte zu gewinnen.

Die Gründe dafür sind vielfältig. In Peripheriespitälern wird eher Basismedizin betrieben, die wenig Spezialisierung zulässt. Es gibt daher Ärzte, die die Tätigkeit in den Peripheriespitälern als medizinisch weniger attraktiv empfinden. Dazu kommt, dass die Spitalsreformen der letzten Jahre die Peripheriestandorte zunehmend in Frage gestellt haben und Ärzte oft Spitäler in Zentralräumen als sicherere Arbeitsplätze wahrnehmen. Aber auch pekuniäre Aspekte sprechen häufig gegen eine Tätigkeit in einem Peripheriespital. In den Peripheriespitälern werden vorwiegend Fachrichtungen ausgeübt, die einer fachärztlichen Versorgung rund um die Uhr bedürfen (Innere Medizin, Chirurgie, Unfallchirurgie, Anästhesie). Um unter Berücksichtigung des KA-AZG auch eine Versorgung während der Nacht und an Wochenenden gewährleisten zu können, ist ein Team von zumindest sechs Ärzten (Fachärzte/Assistenten) notwendig. Gleichzeitig nehmen Peripheriespitäler regelmäßig deutlich weniger Arzthonorare für Patienten der Sonderklasse (Sondergebühren) ein, weil außerhalb der Zentralräume die Dichte von Zusatzversicherten geringer ist. Diese ohnehin geringeren Gebühren teilen sich durch ein verhältnismäßig großes Team, sodass es bei den Gebühren in der Regel zu erheblichen Einkommensunterschieden zwischen dem Zentralraum und der Peripherie kommt. Schließlich erklärt sich die geringere Attraktivität einer Tätigkeit in einem Peripheriespital sicherlich auch durch den generellen Trend, im Zentralraum zu leben, um vom Kulturangebot und der urbanen Infrastruktur zu profitieren.

Es bedarf daher dringend eines sinnvollen Systems von Anreizen, um es für Fachärzte attraktiver zu machen, in Peripheriespitälern tätig zu werden. Einer dieser Anreize könnte darin liegen, im Peripheriebereich neue Wege bei der Vergabe und Betreuung von Facharzt-Kassenstellen zu gehen.

Peripheriekrankenanstalten werden an zentralen regionalen Standorten betrieben, in der Regel Bezirkshauptstädten. Sie haben ihren Standort daher zwar in der Pe-

riperie, dort aber an einem zentralen Punkt. Das hat zur Folge, dass der Standort von Peripheriespitälern in der Regel auch Standort für eine Reihe von fachärztlichen Kassenvertragsstellen ist. Typischerweise ist aber an diesen Standorten für die dort vertretenen Sonderfächer nur ein einziger Kassenvertrag vorgesehen, weil das Einzugsgebiet wesentlich kleiner ist als im Zentralraum.

Es spricht nun vieles dafür, in Peripherieregionen die dort jeweils für ein Sonderfach vorgesehene einzelne (!) Kassenstelle personell mit der Peripheriekrankenanstalt dadurch zu verknüpfen, dass den Spitalsärzten der jeweiligen Abteilung die Möglichkeit geboten wird, diese Kassenstelle gemeinsam als Gruppenpraxis zu betreiben. Für eine derartige Vorgangsweise gibt es gute Argumente:

1. Wenn die Anstellung im Peripheriespital mit der Möglichkeit verknüpft ist, im Rahmen einer Gruppenpraxis auch außerhalb des Spitals kassenvertragsärztlich tätig zu werden, würde dies die Attraktivität der Anstellung und damit die Chance, genügend Fachärzte für eine Tätigkeit an der Peripherie zu gewinnen, deutlich erhöhen. Einerseits kann durch die Tätigkeit in der Gruppenpraxis, die die Kassenstelle betreibt, zusätzliches Einkommen erzielt werden. Andererseits würde es wahrscheinlich von den Fachärzten auch als reizvoll empfunden werden, außerhalb der Hierarchie des Spitals als selbstständige Unternehmer tätig zu werden.
2. Um die mit einer Personalunion zwischen Kassenstelle und Peripheriekrankenhaus angestrebten Ziele zu verwirklichen, müssten folgende Bedingungen erfüllt sein:
 - a) Eine personelle Verschränkung zwischen Kassenvertrag und den im Peripheriekrankenhaus tätigen Spitalsärzten kommt nur dann in Frage, wenn am Standort der Peripheriekrankenanstalt nur ein einziger Kassenvertrag für das jeweilige Sonderfach existiert. Würden mehrere Kassenverträge bestehen und einer dieser Kassenverträge mit einer Gruppenpraxis aus Spitalsärzten besetzt sein, die anderen hingegen mit ausschließlich niedergelassenen Ärzten, würde dies zu Wettbewerbsverzerrungen führen.
 - b) Der Übergang auf ein Verschränkungsmodell in Form einer durch Spitalsärzte betriebenen Kassen-Gruppenpraxis kommt nur dann in Frage, wenn damit nicht in bestehende Rechtspositionen eingegriffen wird. Das bedeutet, dass für einen derartigen Übergang abgewartet werden muss, bis eine Kassenstelle am jeweiligen Standort vakant wird.
 - c) Alle Ärzte, die in der jeweiligen Abteilung des Peripheriekrankenhauses beschäftigt sind, müssen die Möglichkeit erhalten, an der Gruppenpraxis gleichberechtigt teilzunehmen. Gleichberechtigt bedeutet insbesondere,

- dass die Gesellschaftsanteile dem Aufwand entsprechen, den der jeweilige Arzt in die Gruppenpraxis einbringt.
- d) Die Gruppenpraxis erbringt im Rahmen ihrer Ordination während der Öffnungszeiten sämtliche ambulante Leistungen (allenfalls ausgenommen hochspezialisierte Leistungen, für die ein besonderer infrastruktureller Aufwand erforderlich ist). Während der Öffnungszeiten der Gruppenpraxis wird daher die Spitalsambulanz geschlossen. Außerhalb der Öffnungszeiten steht die Spitalsambulanz für ambulante Notfälle zur Verfügung.
 - e) Da die Gruppenpraxis die spitalsambulanten Leistungen übernimmt, verrechnet sie nicht nur die Kassenleistungen mit dem Krankenversicherungsträger, sondern auch die aus der Spitalsambulanz übernommenen Leistungen (einzeln oder in Pauschalform) mit der Peripheriekrankenanstalt. Damit wird dem Prinzip „Geld folgt Leistung“ Rechnung getragen.
3. Diese Lösung würde wahrscheinlich von den beteiligten Ärzten in Summe als gerecht empfunden werden. Derzeit erachten es die Spitalsärzte gerade in den Peripheriekrankenhäusern (mit überdurchschnittlich vielen Nachtdiensten und eher unterdurchschnittlichem Einkommen) als besonders unfair, dass die niedergelassenen Fachärzte sich nicht an der Rund-um-die-Uhr-Versorgung beteiligen müssen, während die Spitalsärzte auch in der Nacht und an Wochenenden zur Verfügung zu stehen haben. Bei einer personellen Verschränkung wie hier vorgeschlagen, wäre dieses Problem gelöst, weil die Teilnehmer an der Gruppenpraxis – die allesamt auch im Spital tätig sind – sich auch geschlossen an den Nachtdiensten beteiligen würden.
 4. Die Doppelgleisigkeit zwischen Spitalsambulanz und niedergelassenen Fachärzten wäre völlig beseitigt. Während der Öffnungszeiten der Gruppenpraxis würde nur mehr diese als Anlaufstelle zur Verfügung stehen. Eine Konkurrenzsituation zwischen niedergelassenem Facharzt und Spitalsambulanz, wie sie derzeit anzutreffen ist, wäre damit beseitigt.
 5. Die Gruppenpraxis könnte längere Öffnungszeiten anbieten als eine Einzelpraxis, weil sie von mehreren Ärzten betrieben wird.
 6. Die Kostensituation würde sich im Vergleich zur Einzelpraxis verbessern, weil die Investitionen durch die Übernahme der Tätigkeiten aus der Spitalsambulanz und den längeren Öffnungszeiten besser ausgelastet wären.
 7. Die Patienten hätten auch im Kassenbereich die Möglichkeit, zwischen mehreren Ärzten – nämlich den Gesellschaftern der Gruppenpraxis – auszuwählen, während sie im Rahmen eines Einzelvertrags in Peripherieregionen praktisch nur eine Option haben.

8. In der Gruppenpraxis könnten auch spezialisiertere Leistungen angeboten werden, weil mehrere Ärzte mit unterschiedlichen Schwerpunkten zusammenarbeiten.

Klargestellt muss allerdings werden, dass sich das Modell einer personellen Verschränkung zwischen Spitals- und Kassenärzten nur für Peripherieregionen eignet, keineswegs aber für den Zentralraum. Im Zentralraum gelten genau die Argumente, die für die Verschränkung sprechen, nicht. Vor allen Dingen besteht im Zentralraum ein Wettbewerb zwischen verschiedenen Kassenärzten der selben Fachrichtung, der tendenziell qualitätsfördernd ist und der den Patienten erhalten bleiben soll. Dieser Wettbewerb darf nicht dadurch beeinträchtigt werden, dass Spitalsärzte einzelne dieser Kassenverträge übernehmen und damit in Konkurrenz zu ausschließlich niedergelassenen Fachärzten treten. Im Zentralraum besteht auch nicht so wie an der Peripherie die Notwendigkeit, vakante Spitalspositionen durch einen zusätzlichen Kassenvertrag attraktiver zu machen und wird daher auch der Facharztmangel bei Weitem nicht zu solch spürbaren Konsequenzen führen wie in Peripherieregionen.

4. Gesundheitszentren

Von Seiten vieler Akteure des Gesundheitssystems, aber auch von externen Experten, wird immer wieder eine stärkere Kohärenz des Leistungsangebots und eine intensivere Integration der in den Behandlungsprozess eingebundenen verschiedenen Gesundheitsberufe verlangt. Die geltende Rechtslage – im Speziellen das Berufsrecht der Gesundheitsberufe – legt zwar fest, inwieweit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen Aufsichtspflichten bzw. Anordnungsverantwortungen bestehen. Eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen im Sinne einer Leistungsintegration ist aber derzeit rechtlich nur im Rahmen von Krankenanstalten (allenfalls in der Rechtsform selbstständiger Ambulatorien) vorgesehen. Faktisch existieren informelle Zusammenschlüsse, die sich auch durch die gemeinsame Nutzung von – oft als Gesundheitszentren bezeichneten – Immobilien ergeben. Die Struktur dieser Zusammenarbeit ist aber weder gesetzlich noch durch Vereinbarung mit den Sozialversicherungsträgern determiniert und der individuellen Gestaltung überlassen.

Betont werden immer wieder eine ganze Reihe von Argumenten, die für eine stärkere Integration der Gesundheitsdienstleistungen sprechen. Häufig genannt werden

- kürzere Wege und Zeitersparnis für den Patienten;
- erweitertes Behandlungsspektrum im ambulanten Bereich durch die Möglichkeit, Leistungen anzubieten, die nur im unmittelbaren Zusammenwirken verschieden ausgebildeter Gesundheitsberufe erbracht werden können;
- Ausweitung des Leistungsangebots über den derzeit stark kurativ zentrierten Ansatz auf umfassende Präventionsangebote (insbesondere auch Motivation zur gesunden Lebensführung);
- Qualitätssteigerung durch gegenseitige Unterstützung der Gesundheitsberufe bei unklaren Entscheidungsgrundlagen;
- bessere Koordinierung der Leistungsangebote der unterschiedlichen Gesundheitsberufe;
- Qualitätssicherung durch ärztliche Aufsicht und damit Abgrenzung gegenüber rein gewerblich orientierten Gesundheitsangeboten.

Angesichts der seit Jahren zumindest in Teilbereichen unbestrittenen Vorzüge einer stärkeren Integration von Gesundheitsdienstleistungen ist es überraschend,

dass es in der Praxis der ambulanten Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen nur in Ausnahmefällen zu den immer wieder eingeforderten integrativen Zusammenschlüssen kommt. Dies erklärt sich daraus, dass die Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem derartige integrative Zusammenschlüsse nicht nur nicht fördern, sondern in vielen Bereichen auch behindern.

- Das System der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung wird weit überwiegend von den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern finanziert. Aus Geldmangel ist eine Modernisierung des Leistungskatalogs, der von den Krankenversicherungsträgern finanziert wird, sehr mühsam. Komplexe Leistungen, die ein gemeinsames Zusammenwirken verschieden ausgebildeter Gesundheitsberufe erfordern, kommen daher in den Leistungskatalogen kaum vor. Dies auch vor dem Hintergrund, dass ein wesentlicher Teil dieser komplexeren Leistungen derzeit in Krankenanstalten angeboten wird und die Krankenversicherungsträger bei der Übernahme von Krankenhausleistungen in den extramuralen Bereich aufgrund des geltenden Finanzierungssystems (pauschale Zahlungen der Krankenversicherungsträger an die Spitäler, die sich auch bei Übertragung von Spitalsleistungen in den extramuralen Bereich nicht verändern) sehr zurückhaltend sind.
- Viele der in Frage kommenden Leistungen fallen in den Bereich der Gesundheitsinformation und Prävention. Während für den kurativen Leistungsbereich in der Regel für Sozialversicherte rechtlich eindeutige Leistungsansprüche bestehen, gibt es im Präventionsbereich keine vergleichbaren verbindlichen Festlegungen. Prinzipiell kommen als Kostenträger für Präventionsleistungen nicht nur die Krankenversicherungsträger, sondern auch die Gebietskörperschaften (Gemeinden, Land, Bund), allenfalls auch private Krankenversicherungen, in Frage. Traditionell wird allerdings die Bedeutung medizinischer Prävention von allen Seiten ständig beschworen, gleichzeitig aber bei der Frage der Kostentragung stereotyp auf die jeweils anderen potentiellen Financiers verwiesen. Präventionsmaßnahmen sind daher in Österreich chronisch unterfinanziert.
- Das Zusammenführen von Gesundheitsdienstleistungen erfordert einen besonderen Koordinationsaufwand, für den es weder klare Zuständigkeiten noch ausreichende Finanzressourcen gibt.
- Je integrierter Gesundheitsdienstleistungen erbracht werden, desto problematischer ist die Zuordnung der Verantwortung bei Schadensfällen. Die eindeutige Klarstellung der jeweiligen Verantwortung ist aber nicht nur für die beteiligten Gesundheitsberufe, sondern auch für den Patienten im Schadensfall von großer Bedeutung.
- Beim Zusammenschluss von Gesundheitsdienstleistungen ergibt sich in Österreich auch immer ein verfassungsrechtliches Problem, da das Gesundheits-

wesen nach Art 10 B-VG im Wesentlichen dem Bund zugeordnet ist, während das Krankenanstaltenrecht nach Art 12 B-VG nur in der Grundsatzgesetzgebung beim Bund liegt, den Ländern hingegen die Ausführungsgesetzgebung vorbehalten ist. Schließen sich Gesundheitsdienstleister zur Erbringung gemeinsamer Leistungen in einer Einrichtung mit höherem Organisationsgrad zusammen, dann wird damit unter Umständen die Grundlage des Art 10 B-VG verlassen. Es ergeben sich daher bei einfach gesetzlichen Regelungen für solche Organisationseinheiten immer wieder verfassungsrechtliche Zweifelsfragen.

- Der Zusammenschluss von Gesundheitsdienstleistern ist außerhalb der gesetzlich geregelten Erscheinungsformen (vor allem Krankenanstalten und Ordinationen) derzeit unreguliert. Solche Zusammenschlüsse bleiben daher zu einem hohen Grad informell, was im Hinblick auf die Vermeidung von Bürokratie als Vorteil empfunden werden kann. Wenn es aber um die gerade im Gesundheitsbereich sehr wesentliche Frage der Qualitätssicherung geht, hat die fehlende formale Struktur ihre Schattenseiten. Für den Konsumenten ist oft gerade bei Präventionsleistungen nicht erkennbar, wie weit diese auf einer medizinisch-seriösen Grundlage beruhen, was vor allem dann von Bedeutung ist, wenn Leistungsangebote außerhalb des öffentlich finanzierten Bereichs ausschließlich an Privatzahler adressiert sind.

Den oben angeführten Problemen könnte damit begegnet werden, dass Gesundheitszentren gesetzlich geregelt werden. Dazu wäre Folgendes vorzuschlagen:

- Die Bezeichnung Gesundheitszentrum müsste geschützt werden und dürfte nur von Zusammenschlüssen benutzt werden, die die (neuen) gesetzlichen Auflagen erfüllen.
- Ähnlich wie bei ärztlichen Gruppenpraxen sollte einfachgesetzlich eine Grenze nach oben eingezogen werden, was den Organisationsgrad und insbesondere die Anzahl der mitwirkenden Gesundheitsberufe anlangt. Damit sollte sichergestellt sein, dass das Gesundheitszentrum auf bundesgesetzlicher Basis geregelt werden kann und nicht in den verfassungsrechtlichen Kompetenztatbestand des Krankenanstaltenwesens fällt.
- Für das Gesundheitszentrum muss ein ärztlicher Leiter nominiert sein. Die ärztliche Leitung ist insbesondere dafür verantwortlich, dass das Leistungsangebot seriösen medizinischen Ansprüchen genügt.
- Für die Rechtsträgerschaft eines Gesundheitszentrums könnten drei verschiedene Gestaltungsformen zur Anwendung kommen:
 - a) ärztliche Ordination: jede ärztliche (Einzel-)Ordination sollte die Möglichkeit haben, gleichzeitig ein Gesundheitszentrum zu betreiben. In diesem Fall

wären die Vertreter der anderen Gesundheitsberufe Dienstnehmer der Arztordination bzw der Arzt-Gruppenpraxis.

- b) Die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe könnte im Rahmen einer bloßen Innengesellschaft erfolgen, die die gemeinsame Nutzung der Infrastruktur regelt. Voraussetzung für die Anerkennung als Gesundheitszentrum müsste allerdings sein, dass auch bei einem derartigen Zusammenschluss ein ärztlicher Leiter nominiert wird, was wieder bedeutet, dass am Gesundheitszentrum zumindest ein Arzt als Partner beteiligt sein muss.
 - c) Als Rechtsträger in Frage kommt schließlich eine ärztliche Gruppenpraxis im Sinne der §§ 52 a ff ÄrzteG. Eine derartige Gruppenpraxis könnte sowohl in der Gesellschaftsform einer OG als auch einer GmbH geführt werden und wäre berufsrechtlich berechtigt, weitere Angehörige nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe anzustellen. Hingegen kommt eine Außengesellschaft, an der Nicht-Ärzte als Gesellschafter beteiligt sind, für die Trägerschaft eines Gesundheitszentrums nicht in Frage. Eine Außengesellschaft, an der als Gesellschafter dritte Kapitalgeber insbesondere beteiligt wären, würde die Grenze gegenüber dem Krankenanstaltenrecht sprengen. Eine Gesellschaft, an der außenstehende (nicht aus einem Gesundheitsberuf kommende) Kapitalgeber beteiligt wären, könnte nach den bundesverfassungsgesetzlichen Vorgaben nur eine Krankenanstalt (und damit kein Gesundheitszentrum im hier besprochenen Sinne) führen. Aber selbst eine Gesellschaft mit eigener Rechtspersönlichkeit, die sich auf die am Gesundheitszentrum beteiligten Angehörigen der Gesundheitsberufe (einschließlich der nichtärztlichen Gesundheitsberufe) beschränken würde, erscheint aus rechtssystematischen Gründen problematisch. Für die Angehörigen der Gesundheitsberufe ist typisch, dass sie jeweils spezifischen Berufsrechten unterliegen, sodass es zu unlösbaren Konflikten käme, wenn eine Gesellschaft – bestehend aus Angehörigen unterschiedlicher Gesundheitsberufe – nach außen auftreten und als solche Leistungen erbringen würde.
- Um einen Anreiz dafür zu schaffen, dass sich Gesundheitsberufe den für Gesundheitszentren geltenden Regulativen unterwerfen und nicht bloß informell zusammenarbeiten, müsste gesetzlich sichergestellt werden, dass eine Finanzierung aus öffentlichen Gesundheitsmitteln (sei es der Gebietskörperschaften oder der Krankenversicherungsträger) nur an gesetzlich anerkannte Gesundheitszentren erfolgen kann.

Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenversicherungsträger

Soweit die gesetzlichen Krankenversicherungsträger Leistungen von Gesundheitszentren finanzieren, sind die Regelungen des 6. Teils des ASVG über das Ver-

tragspartnerrecht (bzw. die analogen Regelungen in den sozialversicherungsrechtlichen Sondergesetzen) zu beachten. Das hat für die hier diskutierten Formen der Rechtsträgerschaft von Gesundheitszentren unterschiedliche Konsequenzen. Wird das Gesundheitszentrum von einer Einzelordination oder einer ärztlichen Gruppenpraxis betrieben, gelten auch für die dort erbrachten Leistungen die in den §§ 340 ff ASVG genannten Bedingungen. Insbesondere müssen Leistungsspektrum und Tarife durch einen zwischen dem Hauptverband und der jeweiligen Ärztekammer abzuschließenden Gesamtvertrag geregelt werden, der wiederum Grundlage für den mit dem einzelnen Arzt oder der ärztlichen Gruppenpraxis abgeschlossenen Einzelvertrag ist.

Wird hingegen das Gesundheitszentrum als bloße Innengesellschaft betrieben und treten den Patienten gegenüber die Angehörigen der einzelnen Gesundheitsberufe direkt auf, gelten für die Übernahme von Kosten durch den gesetzlichen Krankenversicherungsträger die jeweils unterschiedlichen Vorschriften des 6. Teils des ASVG. Würde etwa ein Arzt mit einem Psychotherapeuten gemeinsam ein Gesundheitszentrum betreiben und nur eine Innengesellschaft gründen, würden für die vom Arzt erbrachten Leistungen wieder die Bestimmungen der §§ 340 ff ASVG (also Festlegung von Leistungsinhalt und Tarif im Rahmen des ärztlichen Gesamtvertrags) zur Anwendung kommen, während für die Leistung des Psychotherapeuten die Bestimmung des § 349 Abs 2 ASVG einschlägig wäre.

Finanzierung durch Gebietskörperschaften

Sowohl der Bund als auch die Gemeinden haben im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes die Kompetenz, Gesundheitsförderungsmaßnahmen durchzuführen und zu finanzieren. Als Partner für derartige Gesundheitsförderungsmaßnahmen kämen gerade die Gesundheitszentren mit ihren interprofessionellen Teams in Frage.

Sonstige Kostenträger

Private Krankenversicherungen sehen offenbar immer häufiger Zusatzangebote aus dem Bereich der Prävention als geeigneten Anreiz zum Abschluss von Verträgen. Sie kommen daher ebenfalls als Finanzierungspartner für Leistungen der Gesundheitszentren in Betracht. Schließlich ist auch festzustellen, dass gerade im Präventionsbereich – offensichtlich deutlich mehr als im kurativen Bereich – Bereitschaft besteht, Leistungsangebote privat zu bezahlen. Im Hinblick darauf, dass das integrative Leistungsangebot von Gesundheitszentren sich für Präventionsmaßnahmen besonders eignet und zu erwarten ist, dass Gesundheitszentren schwerpunktmäßig diesen Bereich abdecken, ist davon auszugehen, dass Privatleistungen wesentlich zur Finanzierung beitragen könnten.

5. Zusammenfassung

In diesem Artikel wurden verschiedene Aspekte diskutiert, die bei der Schaffung neuer Versorgungsformen im niedergelassenen Bereich in Betracht gezogen werden sollten:

1. Gruppenpraxen stellen eine sinnvolle und notwendige Ergänzung der extramuralen Gesundheitsversorgung dar, weil sie unter bestimmten Konstellationen Vorteile gegenüber Einzelordinationen haben. Es darf aber bei aller Euphorie über Gruppenpraxen auch nicht außer Acht gelassen werden, dass Einzelpraxen standortnahe Versorgung und freie Arztwahl besser gewährleisten können. Anreize für Gruppenpraxen sollen daher so gesetzt werden, dass sie die Errichtung von Gruppenpraxen (nur) dort fördern, wo diese besser als Einzelpraxen geeignet sind, die ärztliche Versorgung zu sichern.
2. Bei der Förderung von Gruppenpraxen geht es nicht nur um monetäre Anreize, sondern mindestens genauso um die Beseitigung von Hindernissen für deren Errichtung, vor allem rechtliche Unsicherheiten und ökonomische Nachteile gegenüber Einzelpraxen.
3. Dislozierte Gruppenpraxen bieten eine ausgezeichnete Möglichkeit zur Verbesserung der Versorgung in ländlichen Regionen, zumal dort wegen der Entfernung zwischen den einzelnen Ordinationen traditionelle Gruppenpraxen kaum in Frage kommen. Dislozierte Gruppenpraxen könnten dabei helfen, die heterogenen Interessen des Ärztenachwuchses zu bewältigen. Ärzte, die besonderes zeitliches Engagement zur Verfügung stellen wollen, werden derzeit in ländlichen Gebieten durch den räumlich begrenzten Einzugsbereich, vor allem aber auch durch Limitierungen und Degressionen behindert. Umgekehrt gibt es zunehmend Jungärzte, deren Familiensituation und Lebenszuschnitt es nicht erlauben, den für die Landarztpraxis notwendigen Zeitaufwand auf sich zu nehmen. Würde man diese unterschiedlichen Interessenlagen durch dislozierte Gruppenpraxen bündeln, könnte damit ein Beitrag zur Aufrechterhaltung der ärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen geschaffen werden.
4. Gruppenpraxen könnten auch dabei helfen, den vorhersehbaren Mangel an Fachärzten in Peripheriekrankenanstalten in den Griff zu bekommen, indem es zu einer personellen Verschränkung zwischen Spitals- und Kassenärzten kommt. Diese personelle Verschränkung könnte so aussehen, dass die jeweils bestehende Kassen-Facharztstelle in der Peripherieregion in Form einer Gruppenpraxis durch die Spitalsärzte am Standort betrieben wird. Diese Gruppenpraxis sollte während der Öffnungszeiten der Ordination die gesamte

ambulante Leistungsversorgung übernehmen und daher auch in dieser Zeit die Spitalsambulanz im jeweiligen Fach geschlossen bleiben. Zum Ausgleich sollten die für die Übernahme der Ambulanzleistungen benötigten Finanzmittel aus dem Spitalsbereich an die Gruppenpraxis transferiert werden. Diese personelle Verschränkung von Kassenordination und Spitalsabteilung ist aber nur in Peripheriegebieten sinnvoll und denkbar, während sie in Ballungsgebieten, wo mehrere Kassenverträge für ein Fach bestehen, kontraproduktiv wäre.

5. Die gesundheitspolitisch immer wieder geforderte integrative Gesundheitsversorgung durch unterschiedliche Gesundheitsberufe ist kein Allheilmittel, allerdings geeignet, in bestimmten Konstellationen den Behandlungsprozess zu optimieren. Die im Rahmen von integrativen Zusammenschlüssen erbringbaren Leistungen gehören allerdings vielfach zum Bereich der Gesundheitssinformation und Prävention, die in Österreich chronisch unterfinanziert ist. Integrative Zusammenschlüsse im Gesundheitsbereich scheitern daher vor allem daran, dass für Präventionsleistungen zu wenig öffentliche Mittel zur Verfügung gestellt werden. Bei Umsetzung integrativer Zusammenschlüsse von Gesundheitsberufen muss darauf geachtet werden, dass es weiterhin klare Leistungsverantwortungen gibt und dass – gerade im Hinblick auf neue, vom üblich angebotenen Spektrum abweichende Leistungen – die medizinische Seriosität des Angebots sichergestellt ist. Vorgeschlagen wird daher, dass integrative Zusammenschlüsse mehrerer Gesundheitsberufe in Form gesetzlich regulierter Gesundheitszentren erfolgen sollten. Betreiber solcher Gesundheitszentren sollten ausschließlich Angehörige von Gesundheitsberufen sein. Gesundheitszentren sollten unter der sanitätsrechtlichen Verantwortung eines ärztlichen Leiters stehen.

Mag. Nikolaus Herdega, MSc

*KAD-Stellvertreter, Abteilungsleiter Ärztereht & Arbeitsrecht
in der Ärztekammer für Oberösterreich*

Neues Versorgungs- modell für die ambulante pädiatrische Versorgung im Raum Kirchdorf

1. Struktur der ambulanten Gesundheitsversorgung in Österreich	136
2. Ausgangslage der pädiatrischen Versorgung im Raum Kirchdorf	138
3. Grundstrukturen des neuen Versorgungsmodells	144
4. Kritische Erfolgsfaktoren	154

1. Struktur der ambulanten Gesundheitsversorgung in Österreich

Die ambulante Gesundheitsversorgung in Österreich wird traditionell von drei verschiedenen Institutionen bespielt:

Den Spitalsambulanzen gem. § 26 KAKuG¹, denen aber ein von Gesetzes wegen sehr eingeschränktes Tätigkeitsportfolio zugeordnet ist, deren Versorgungswirksamkeit in der gelebten österreichischen Wirklichkeit aber weit darüber hinausgeht. Gerade die Behandlungszahlen in den Ambulanzen steigen seit vielen Jahren in durchaus beachtlichem Ausmaß an, sodass seitens der betroffenen Spitalsärzte immer wieder eine Entlastung gefordert wird. Diese wird von der Politik auch regelmäßig versprochen und ist Teil der jeweiligen Regierungsprogramme der letzten Bundesregierungen, tatsächlich geschehen ist jedoch wenig bis gar nichts.

Neben den Spitalsambulanzen wird die ambulante Gesundheitsversorgung vor allem von den niedergelassenen Ärzten wahrgenommen. Zusätzlich zu den Kassenärzten – also jenen Ärzten, die einen Versorgungsvertrag mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern haben – spielen in den letzten Jahren auch die sog. Wahlärzte – also Ärzte ohne Kassenvertrag – eine immer größere Rolle und ist deren Zahl stark im Steigen begriffen. Dabei besteht seit mehr als einem Jahrzehnt die Möglichkeit, dass neben dem „Einzelkämpfer“ auch Zusammenarbeitsformen von Ärzten – sog. Gruppepraxen – versorgungswirksam tätig werden. Mit der 2. Novelle zum Ärztegesetz² wurden ärztliche Gruppenpraxen in der Rechtsform der Offenen Gesellschaft (OG)³ ermöglicht, mit der 58. ASVG Novelle⁴ wurden diese auch in das kassenärztliche Versorgungssystem eingebaut. Mit der 14. Ärztegesetznovelle⁵ wurde zusätzlich zur OG auch die Gründung von

- 1 Das KAKuG nennt diese Einrichtungen „Anstaltsambulatorien“. Da es sich beim Krankenanstaltenwesen um eine sog. Art 12 (B-VG) Materie handelt, handelt es sich beim KAKuG um das Grundsatzgesetz, auf dem aufbauend die entsprechende Ausführungsgesetze der Länder ergangen sind. Da in den hier interessierenden Bereichen die Ländergesetze jedoch weitestgehend die Formulierungen des KAKuG übernommen haben, soll hier nur das KAKuG Erwähnung finden.
- 2 BGBl I 2001/110.
- 3 §§ 105 ff UGB.
- 4 BGBl I 2001/99. Neben dem ASVG wurden in gleicher Weise auch die anderen Sozialversicherungsgesetze (GSVG, BSVG, B-KUVG) geändert.
- 5 BGBl I 2010/61.

ärztlichen Gruppenpraxen in der Rechtsform der GmbH erlaubt. Gruppenpraxen können somit mit oder ohne Kassenvertrag gegründet werden und an der ambulanten Versorgung teilnehmen. Die Gründung von Gruppenpraxen ist aber nur nach Durchlaufen der sog. Zulassungsprüfung möglich, deren wesentlichster Bestandteil eine Prüfung nach dem Bedarf der von der Gruppenpraxis angebotenen Leistungen ist. Diese Bedarfsprüfung ist zwar für Kassen-Gruppenpraxen anders strukturiert als für Gruppenpraxen ohne Kassenvertrag, in beiden Fällen ist eine solche jedoch zwingend vorgesehen.⁶ Für niedergelassene „Einzelkämpfer“ ohne Kassenvertrag ist keine derartige Prüfung vorgesehen. Niedergelassene Ärzte und Gruppenpraxen unterliegen dem Anwendungsbereich des Ärztegesetzes.

Der Vollständigkeit halber soll hier auch noch die dritte am ambulanten Gesundheitsmarkt auftretende Institution, das sog. Selbstständige Ambulatorium gem. § 2 Abs 1 Z 5 KAKuG, Erwähnung finden. Bei dieser Einrichtung handelt es sich um eine nicht-bettenführende Krankenanstalt, deren Errichtung und Betrieb dem Regime des Krankenanstaltenrechts unterliegt. Obwohl es sich um eine Krankenanstalt handelt, darf das selbstständige Ambulatorium ebenfalls nur ambulante Leistungen erbringen. Die Abgrenzung zwischen Gruppenpraxen und Selbstständigen Ambulatorien ist mitunter durchaus schwierig, da diese oftmals idente Leistungsportfolios aufweisen. Für die weiteren Ausführungen spielt das Selbstständige Ambulatorium jedoch keine Rolle.

Die Trennung der ambulanten Versorgung zwischen einerseits Spitalsambulanzen und andererseits niedergelassenen Ärzten bzw Gruppenpraxen wird immer wieder als unbefriedigend angesehen, da auch hier oft Leistungsidentität besteht und vor allem seitens der in der Ambulanz tätigen Ärzte Klage darüber geführt wird, dass viele Patienten mit Krankheitsbildern in der Ambulanz vorstellig werden, deren Behandlung in den Aufgabenbereich der niedergelassenen Ärzteschaft fallen. Dies liegt an einer faktischen Fehlentwicklung im Leistungsbereich der Ambulanzen, die sich mittlerweile weit vom gesetzlich vorgesehenen Aufgabenbereich entfernt haben. Von Spezialfällen abgesehen, hat der Gesetzgeber die Ambulanzen dahingehend eingerichtet und gleichzeitig beschränkt, dass diese nur jene Leistungen erbringen sollten, die im niedergelassenen Bereich nicht oder nicht in angemessener Entfernung angeboten werden. Vereinfacht dargestellt sollten Ambulanzen daher hochspezialisierte Leistungen erbringen bzw. Leistungen mit hohem ökonomischen Aufwand, die hohe Patientenfrequenzen an einem Ort nötig machen sowie die Versorgung von Randzeiten abdecken, solange und soweit dafür keine extramuralen Strukturen bestehen. Betrachtet man die Realität, werden Ambulanzen vielerorts als Erstanlaufstelle auch für die medizinische Grundversorgung eingesetzt, brauchen hierfür hohe Personalressourcen und können

6 Für Kassen-Gruppenpraxen siehe dazu § 52 b, für Wahlärztliche Gruppenpraxen § 52 c ÄrzteG.

daher ihren eigentlichen Aufgaben nur mehr beschränkt nachgehen. In weiten Bereichen hat sich daher ein Nebeneinander von Spitalsambulanz und niedergelassenen Ärzten entwickelt, das weit von den gesetzlichen Vorgaben entfernt ist.

Es werden daher seit Jahren von verschiedensten Seiten neue Versorgungsmodelle für die ambulante Gesundheitsversorgung gefordert, denen bei aller Unterschiedlichkeit gemeinsam ist, dass mehr abgestimmtes „Miteinander“ und weniger planloses „Nebeneinander“ der ambulanten Versorgungsformen als sinnvolle Neuentwicklung angesehen wird. Das hier dargestellte „Modell Kirchdorf“ hat versucht, aufgrund der vorliegenden Gegebenheiten und Möglichkeiten eine derartige Neuentwicklung im Sinne von „Good Practise“ im realen Betrieb konkret umzusetzen.

Daher ist im ersten Schritt die konkrete Ausgangssituation in Kirchdorf aufzuzeigen, um in weiterer Folge die detaillierte Umsetzung des Modells nachvollziehbar darstellen zu können.

2. Ausgangslage der pädiatrischen Versorgung im Raum Kirchdorf

Die Versorgung mit pädiatrischen Leistungen wurde vor dem Start des neuen Modells im Jahre 2011 sowohl durch die einschlägige Abteilung im Krankenhaus als auch durch niedergelassene Ärzte sichergestellt. Im Krankenhaus wurde zusätzlich zur stationären Versorgung auch ein Ambulanzbetrieb angeboten. Im niedergelassenen Bereich haben ein niedergelassener Kassen- und ein niedergelassener Wahlarzt die Versorgung mit pädiatrischen Leistungen in der Region Kirchdorf vor Projektbeginn sichergestellt.

Eine Besonderheit dabei war, dass seit vielen Jahren der Abteilungsleiter der pädiatrischen Abteilung des Krankenhauses gleichzeitig auch Inhaber des Kassenvertrages als niedergelassener Arzt war. Dieser wollte nun aus Pensionsgründen sowohl aus dem Dienstvertrag im Krankenhaus als auch aus seinem Kassenvertrag ausscheiden und hat sowohl seinen Spitalsträger als auch die ärztliche Standesvertretung und die OÖ. Gebietskrankenkasse davon in Kenntnis gesetzt.

Der „übliche“ Weg wäre gewesen, die Kassenstelle neu auszuschreiben, mit einem nicht an der Spitalsabteilung tätigen Arzt zu besetzen und gleichzeitig im

Krankenhaus einen neuen Abteilungsleiter zu bestellen. Damit wäre in jedem Fall eine Aufrechterhaltung – ja sogar der weitere Ausbau – der Doppelgleisigkeit der Versorgungsstrukturen prolongiert worden. Eine derartige Vorgehensweise wurde sowohl von der Ärztekammer, der OÖ. Gesundheits- und Spitals AG (kurz Gespag) als Rechtsträger der Krankenanstalt als auch der OÖ. Gebietskrankenkasse (kurz OÖGKK) aus mehreren, zT durchaus unterschiedlichen Gründen als suboptimal angesehen:

Der Spitalsträger kämpfte seit Jahren mit zurückgehenden Fallzahlen im Bereich Pädiatrie, die in der Relation zu hohen, ökonomisch immer schwerer zu vertretenden Belastungen führten. Dabei war die stationäre Versorgung im Raum Kirchdorf allein schon aus geografischen Gründen für den Ort und für das zu versorgende Einzugsgebiet von hoher Wichtigkeit und garantierte eine wohnortnahe spitalsärztliche Versorgung. Gerade im Bereich der Pädiatrie ist aufgrund der zurückgehenden Geburtenraten bei gleichzeitig hohem Personalaufwand für die ärztliche und pflegerische Betreuung eine ökonomisch schwierige Situation vor allem für Krankenanstalten außerhalb von Zentralräumen entstanden. All diese Überlegungen mussten in die weiteren Planungen des Spitalsträgers einfließen, sodass durchaus die weitere dauerhafte pädiatrische Versorgung im Krankenhaus in Diskussion stand. Die Gespag hatte daher größtes Interesse an einer neuen Versorgungseinheit, die einerseits das weitere Betreiben vor allem der stationären Versorgung ermöglichte, gleichzeitig jedoch diesen Betrieb auch in Hinblick auf ökonomische Erfordernisse vertretbar machte. Da vor allem auch der Ambulanzbetrieb durchaus beachtliche Personalressourcen band, sollte vor allem die ambulante Versorgung in diese Überlegungen eingebunden und nach Möglichkeit reduziert werden. Dazu kam, dass aufgrund der zurückgehenden Ärztezahlen bei Ausschreibungen von neuen Spitalsarztstellen in peripheren Krankenanstalten, wie hier in der Pädiatrie Kirchdorf, der Bewerberandrang durchaus überschaubar bleibt und daher ein Anreizsystem über attraktive Arbeitsbedingungen für die Ärzte geschaffen werden sollte. Der Spitalsträger wollte daher bei optimalem Ressourceneinsatz eine dauerhafte Sicherstellung der stationären und (spitals) ambulanten Versorgung erreichen.

Die OÖGKK hatte naturgemäß prioritär die extramurale ambulante Versorgung mit pädiatrischen Leistungen im Blickfeld. Um diese weiter zu gewährleisten, war rasch klar, dass nach Pensionierung des bisherigen Abteilungsleiters als Kassenarzt wiederum eine pädiatrische Kassenstelle in Kirchdorf besetzt werden sollte. Allerdings zeigte sich, dass der bisherige Vertragsinhaber aufgrund der Doppelbelastung Spital/Kassenordination in der Praxis naturgemäß nicht jene Leistungsfrequenzen erreichen konnte, die bei einem ausschließlich freiberuflich tätigen Arzt möglich gewesen wären. Naturgemäß waren daher in der Spitalsambulanz Leistungen erbracht worden, die bei einem Neustart eines ausschließlich nieder-

gelassenen Kassenarztes in die Ordination „abwandern“ würden. Da aufgrund der geltenden Finanzierungsvorschriften im Gesundheitswesen die Kasse im Spitalsbereich – auch im spitalsambulanten Bereich - durch pauschale Zahlungen unabhängig vom tatsächlichen Frequenzaufkommen oder sonstigen Leistungsparametern ihrer Finanzierungsverpflichtung nachkommt, während im extramuralen Bereich die Kasse weitgehend als „Zahlungsmonopolist“ auftritt, bestand bei der OÖGKK die Befürchtung, dass eine Verlagerung von ambulanten Leistungen von der Spitalsambulanz in die Kassenordination zu höheren Ausgaben der Kasse führen würde. Die Kasse hatte daher zwar grundsätzlich ein Interesse an der Aufrechterhaltung der pädiatrischen Kassenordination im Raum Kirchdorf und einer hochqualitativen extramuralen Versorgung, versuchte aber in ihren Überlegungen eine Kostensteigerung aufgrund von Leistungsverlagerungen wenn schon nicht zu verhindern, so doch wenigstens möglichst gering zu halten. Da Versorgungsverträge zwischen Krankenversicherungsträger und Spitalsträger zur Erbringung ambulanter Leistungen, die üblicherweise von niedergelassenen Ärzten erbracht werden – also Kassenverträge für Spitalsambulanzen –, nach hA nicht zulässig sind⁷, war die Kasse durchaus an einem neuen integrativen Modell über die Grenzen zwischen Krankenhaus und Niederlassung hinaus interessiert.

Für die ärztliche Standesvertretung galt es mehrere Aspekte zu berücksichtigen. So war zum einen die Aufrechterhaltung der Spitalsabteilung zentral. Dabei spielte sowohl die Sicherung der wohnortnahen medizinischen Betreuung für die Bevölkerung eine Rolle, aber vor allem auch die Tatsache, dass mit einem Abbau derselben auch Arbeitsplätze für Spitalsärzte verloren gehen würden. Selbst wenn einige derselben in einer weiter entfernten größeren Krankenanstalt zusätzlich geschaffen würden, wäre es für die betroffenen Spitalsärzte, die im Raum Kirchdorf ihren Lebensmittelpunkt gefunden haben, eine große Belastung, hier weite Entfernungen in Kauf nehmen zu müssen oder ihren Lebensmittelpunkt neu zu finden.

Zum anderen galt es auch die Kassenstelle zu erhalten, da die wohnortnahe fachärztliche Versorgung nach wie vor einen hohen Stellenwert bei der Bevölkerung hat. Zwar konnte mit der OÖGKK rasch der Konsens gefunden werden, dass eine solche weiterhin bestehen und ausgeschrieben werden soll, aber die zurückgehenden Bewerberzahlen in den letzten Jahren haben gezeigt, dass für periphere Kassenstellen die Bewerberanzahl nicht nur überschaubar ist, sondern oftmals mehrmals ausgeschrieben werden mussten und trotzdem manche Kassenstelle nicht besetzt werden konnte. Es galt daher, die Kassenstelle in jedem

7 Siehe dazu Resch, Kassenvertragsärzte und Spitalsambulanzen, in Resch/Wallner (Hrsg), Gmundner Medizinrechtskongress 2010 mit weiteren Literaturhinweisen.; ebenso Eilmannsberger/Rüffler, Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen aus Sicht des nationalen und EU-Beihilfenrechts, RdM 2011/42.

Fall zu attraktivieren, um eine Nachbesetzung sicherstellen zu können. Gerade weil die Kassenstelle vom Vorgänger aufgrund der Doppelfunktion, die er alleine zu bewältigen hatte, über stark unterdurchschnittliche Frequenzen verfügte, im Gegensatz dazu an der pädiatrischen Spitalsambulanz vergleichsweise hohe Frequenzen gegeben waren, war es für die Sicherstellung einer entsprechenden Bewerberlage notwendig, hier neue Wege anzudenken. Daher galt es auch, ein Modell zu finden, das den darin tätigen Ärzten auch ein ökonomisches Auskommen sichert und vor allem eine möglichst hohe Arbeitszufriedenheit ermöglicht.

Gerade bei Besetzungen von niedergelassenen Fachärzten im Peripheriebereich kommt als zusätzliche Problematik oftmals die Tatsache hinzu, dass die Neubesetzung meist durch einen Facharzt der vor Ort ansässigen einschlägigen Fachabteilung des Krankenhauses erfolgt, da für die dort tätigen Ärzte dies in ihrem Umkreis eine im wahrsten Sinn des Wortes „einmalige“ Gelegenheit darstellt, weil in peripheren Städten oftmals nur eine Facharztstelle eines Sonderfaches vorhanden ist. Naturgemäß wird der durch Ausschreibung ermittelte Facharzt seine Tätigkeiten auf die Ordination konzentrieren müssen, um diese in der notwendigen Quantität und Qualität betreiben zu können und damit seine Spitalstätigkeit beenden. Oftmals wird in der Folge dann eine breite und offensive Kooperation auch durch die Konkurrenzsituation zwischen Spitalsambulanz und Niederlassung nicht gerade gefördert. Das im Spital verbleibende Team hat zunächst die Last des Ausstiegs des bisherigen Kollegen zu tragen, bis dieser wieder ersetzt ist, was gerade in peripheren Räumen durchaus längere Zeit in Anspruch nehmen kann. Da aufgrund der bei der Vergabe von Kassenstellen anzuwendenden Reihungsrichtlinien (Punktliste) Zeiten der ärztlichen Tätigkeit eine hohe Punktezahl zukommt, wird in aller Regel ein Facharzt als neuer Kassenstelleneinhaber zum Zug kommen, der schon einiges an Erfahrung und Dienstzeit aufzuweisen hat und vor seinem „Abgang“ zu den Stützen des Spitalsteams gezählt hat. Der neue Kassenstelleneinhaber kann aufgrund seiner Einzelkämpferstellung im Vergleich zur Teamarbeit im Krankenhaus nur eingeschränkte Ordinationszeiten anbieten und hat keine Nachdienstverpflichtungen mehr, was von den im Spital verbleibenden Ärzten oftmals als „Privilegierung“ des dann niedergelassenen Ex-Kollegen angesehen wird. Kurzum: Derartige Situationen, die in der Praxis durchaus häufig vorkommen, können sowohl für das verbleibende Team im Spital problematisch als auch für die weitere Kooperation mit dem bisherigen Teamkollegen als neuem Kassenstelleneinhaber durchaus belastend sein. Die so oft propagierte Überwindung der Grenze zwischen intra- und extramuraler Versorgung wird dadurch, wenn schon nicht erschwert, so zumindest nicht gefördert.

Zu den hier in aller gebotenen Kürze dargestellten wesentlichsten Zielsetzungen der einzelnen Systempartner (Ärztekammer für OÖ, Gespag und OÖGKK), die durchaus von sehr unterschiedlichen Positionen und Motiven getragen sind,

kamen noch die allgemeinen und ohnedies bekannten Problemlagen an den Nahtstellen zwischen Niederlassung und Spital auch im konkreten Fall in Kirchdorf hinzu. So vor allem die Tatsache, dass der Patient meist über Jahre im niedergelassenen Bereich betreut wird, bei höhergradigen Krankheitsbildern dann jedoch das gewohnte Betreuungssetting verlassen muss und sich neuen ärztlichen Bezugspersonen im Krankenhaus anvertrauen muss. Ein Faktum, dem gerade bei der Betreuung von Kindern wie im gegenständlichen Fall durchaus hohe Bedeutung zukommt. Dazu kommen die unterschiedlichen EDV-Systeme zwischen Niederlassung und Krankenhaus, die zwar durch Befundübertragungssysteme uäm durchaus Informationsaustausch zulassen, eine unmittelbare ärztliche Kenntnis des Patienten durch ein und denselben Arzt über längeren Zeitraum hinweg oder zumindest den direkten Zugriff auf die im konkreten Anlassfall eventuell nötigen Daten können Sie jedoch nie ersetzen. Dass auch aus ökonomischer Sicht ein zum Teil identes Vorhalten von Medizintechnik im Spital und in der Niederlassung zumindest bei enger räumlicher Nähe der beiden Versorgungseinrichtungen und hochwertigeren und damit oft hochpreisigen technischen Geräten durchaus problematisch erscheint, gilt es hier ebenfalls zu erwähnen.

Notwendig war auch, die Parameter zu definieren, nach denen die mit dem neuen Modell geplanten Besserstellungen für Patienten, Ärzte und Systempartner im Rahmen von Evaluierungsperioden gemessen werden können. Die Parameter sollten sich ähnlich wie in BSC-Modellen für Managementprozesse üblich auf verschiedenste, zum Teil auf den ersten Blick durchaus gegenläufige Parameter erstrecken (zB kürzere Wartezeiten, aber auch niedrigere Gesamtkosten), damit sich alle Systempartner wiederfinden können. Allen Beteiligten war dabei klar, dass es nicht um die sprichwörtliche Quadratur des Kreises gehen konnte, aber eine Win-Win-Situation für die gesamte Gesundheitsversorgung und alle Betroffenen insgesamt galt es in jedem Fall anzustreben und umzusetzen. So war den Systempartnern von vornherein klar, dass eine entsprechende Evaluierung und ein begleitendes Controlling der Erfolgsparameter des Modells sowohl für die Überprüfung der eigenen Ziele als auch für eine allfällige Weiterentwicklung des Modells notwendig war. Schließlich war allen Systempartnern daran gelegen, dass bei Schaffung eines „Erfolgsmodells“ dieses auch auf andere, zumindest ähnlich gelagerte Ausgangslagen Anwendung finden könnte und sollte.

All diese Ziele und Problemlagen fanden Eingang in die gemeinsamen Überlegungen von Ärztekammer, Gespag und OÖGKK, die letztlich in dem hier darzustellen neuen Versorgungsmodell „Pädiatrie Kirchdorf“ mündeten. Dass dies letztlich über die Systemgrenzen und bisherigen Gepflogenheiten hinweg gelungen ist, ist vor allem auch dem Engagement und der Initiative der an der Spitalsabteilung tätigen Fachärzte zu verdanken. Beim Abgang des bisherigen Abteilungsleiters und gleichzeitigem Kassenstelleninhaber begnügte man sich nicht, den „üblichen“

Weg zu gehen und den Dingen seinen gewohnten Lauf zu lassen, sondern wollte ein neues, vor allem aber ein für die Patienten und im System tätigen Ärzten besseres Modell umsetzen. Die Ärzte sind daher ca. ein Jahr vor Abgang des Primarius mit der Bitte an die ärztliche Standesvertretung herangetreten, aus ihren Wünschen und Vorstellungen ein rechtlich mögliches und praxistaugliches Modell hierfür zu entwickeln. Nach einer intensiven Informations- und Abstimmungsphase zwischen den Experten des Kammerbüros und den betroffenen Spitalsärzten an der pädiatrischen Abteilung im Krankenhaus Kirchdorf, konnte eine Modellkonzeption durch das Kammerbüro erarbeitet werden, die einerseits den Wünschen der Ärzte weitestgehend gerecht werden konnte, mit den Selbstverwaltungsgremien der Ärztekammer abgestimmt war und andererseits als Verhandlungsgrundlage für die weiteren Gespräche mit den Systempartnern Gespag und OÖGKK herangezogen werden konnte. Die Gespräche mit den Systempartnern verliefen in der Konzeptdarstellungsphase größtenteils jeweils getrennt zwischen Ärztekammer und Gespag und Ärztekammer und OÖGKK, und zwar so lange, bis von allen Systempartnern Einigkeit über die wesentlichsten Eckpfeiler und Rahmenbedingungen bestand. In weiterer Folge wurden in gemeinsamen Gesprächsrunden aller Systempartner das Prozessmanagement, die Aufgabenverteilung sowie die weitere Detaillierung festgelegt. Die Abarbeitung dieses Managementprozesses erforderte einerseits immer wieder Abstimmungen aller Systempartner, um die einzelnen erzielten Detailumsetzungen in das Gesamtkonzept einzubinden, und zum anderen auch die Abklärung von Einzelaspekten mit externen Organisationen, wie zB der Sanitätsabteilung des Landes OÖ, der Krankenhausleitung Kirchdorf, dem Steuerberater uÄm. Die entsprechenden Koordinationsarbeiten wurden von der Ärztekammer zusätzlich getragen. Da der Zeitpunkt des Beginns des neuen Modells zeitlich von Anfang an mit dem Pensionsstichtag des Abteilungsleiters mit 1.7.2011 fixiert war, war ein sehr enges Zeitmanagement notwendig, um die rechtzeitige Umsetzung garantieren zu können.

3. Grundstrukturen des neuen Versorgungsmodells

Die Strukturen des Versorgungsmodells wurden nach Abschluss des gesamten Prozesses in einer Drei-Parteieneinigung der Systempartner festgeschrieben. Diese Vereinbarung war die Grundlage für alle weiteren rechtlichen und faktischen Umsetzungsschritte. Die Sicherstellung der rechtzeitigen Umsetzung der einzelnen Schritte wurde von der Ärztekammer übernommen, die damit die Rolle des „Motors“ für die koordinative Gesamtplanung übernahm. Die Zusammenarbeit mit den einzelnen Abteilungen der Systempartner war in den meisten Fällen problemlos. Dies auch deshalb, da auf bewährte, seit Jahren funktionierende und effiziente Zusammenarbeitsstrukturen zurückgegriffen werden konnte. Auch die betroffenen Ärzte wurden laufend eingebunden, sodass auch diese über den aktuellen Stand der Umsetzung zu jedem Zeitpunkt informiert waren bzw. sich selbst einbringen konnten.

Die rechtliche Umsetzung machte - wie bei Pilotprojekten üblich - auch die Veränderung von einzelnen Rechtsvorschriften notwendig, soweit diese überhaupt von den Systempartnern beeinflussbar waren. Dies galt vor allem für den Gruppenpraxengesamtvertrag (GP-GV), der die bisherigen Motivationslagen zur Gründung von Gruppenpraxen gut abdecken konnte, für das hier geplante Modell jedoch adaptiert werden musste. Dies galt aber auch für andere rechtliche Rahmenbedingungen, wie zB die Vereinbarung über die Abgabe von Anteilen an den Ambulanzentgelten an die Ärzteschaft uÄm.

3.1. Ambulante Versorgung aus einer Hand, stationäre Versorgung bleibt aufrecht

Wesentlichster Grundpfeiler der Neukonzeptionierung der pädiatrischen Versorgung im Raum Kirchdorf war die Einigung darauf, dass die ambulante Versorgung soweit als möglich nur mehr von einer Institution getragen werden sollte. Da für die Gespag ein Ausbau der Ambulanz keinesfalls denkbar war und andererseits, wie vorweg bereits angeführt, Kassenverträge für Spitalsambulanzen unzulässig sind, war es naheliegend, im extramuralen Bereich eine Versorgungsform aufzubauen, die faktisch in der Lage und ökonomisch vertretbar sämtliche Ambulanzleistungen bündeln und abarbeiten kann. Als dafür sinnvoll einzusetzende Organisationsform wurde eine Gruppenpraxis gem. § 52 a Ärztegesetz gewählt. Da die

OÖGKK und die Ärztekammer für OÖ bereits im Jahre 2002 als damals erstes Bundesland die gesetzlich geschaffene Möglichkeit des Zusammenschlusses von Ärzten zu Gruppenpraxen für den Abschluss eines Gesamtvertrages für ärztliche Gruppenpraxen nützten, war die Errichtung einer Gruppenpraxis mit Kassenvertrag in der Rechtsform der Offenen Gesellschaft (OG) möglich. Damit zeigt sich auch, dass die so oft und von so vielen beschworene Aufwertung des extramuralen Bereiches und die Verlagerung von komplexeren medizinischen Aufgaben vom Spitals- in den niedergelassenen Bereich nur dann überhaupt denkbar ist, wenn neben den finanziellen Rahmenbedingungen auch durch entsprechende Gesamtverträge die Gründung von Gruppenpraxen ermöglicht wird. Insofern zeigt die österreichische Landschaft derzeit ein durchaus differenziertes Bild. Während in den Bundesländern OÖ, Wien, NÖ, Burgenland und Salzburg entsprechende kassenrechtliche Grundlagen in Form von Gruppenpraxengesamtverträgen – wenngleich in sehr unterschiedlichen Struktur- und Ausprägungsformen – bestehen, gibt es in Tirol, Vorarlberg, Steiermark und Kärnten bis dato keine flächendeckenden allgemein geltende Regelungen, sondern allenfalls einzelne Pilotprojekte oder Versuchsmodelle.

Die Rechtsform der OG wurde deshalb gewählt, weil einerseits zum Zeitpunkt der Gründung dieser Gruppenpraxis noch keine andere rechtliche Möglichkeit bestand⁸ und andererseits die Rechtsform der GmbH im konkreten Fall als steuerlich nachteilig klassifiziert wurde.

Diese neu zu gründende Gruppenpraxis mit Kassenvertrag übernimmt grundsätzlich die Gesamtlast der ambulanten Versorgung. Dies bedeutete die Schließung der Spitalsambulanz und Übernahme von deren bisherigen Tätigkeiten durch die Gruppenpraxis. Mit anderen Worten: Es kam zu einer Auslagerung von spitalsambulanten Leistungen in den niedergelassenen Bereich. Damit konnte der Spitals-träger Ressourcen, die bisher in diesem Bereich gebunden waren, sowohl im pflegerischen als auch im ärztlichen Bereich inklusive der entsprechend zu reduzierenden Gerätschaften und den damit verbundenen tertiären Leistungsportfolios abbauen. Im Gegenzug ist durch die damit gestiegenen Finanzierungsspielräume für den Träger die Möglichkeit und auch die Verpflichtung verbunden, die stationäre Versorgung aufrecht zu erhalten. Die ärztliche Versorgung in Kirchdorf wird daher seit 1.7.2011 im stationären Bereich durch das Krankenhaus, im ambulanten Bereich durch eine Gruppenpraxis mit Kassenvertrag sichergestellt.

8 Zwar war die gesetzliche Grundlage zur Gründung von Gruppenpraxen auch in der Rechtsform der GmbH bereits geschaffen, die zur Gründung von GmbHs aber notwendige kassenrechtliche Umsetzung in Form eines entsprechenden Gesamtvertrages war jedoch noch nicht gegeben, sodass rechtlich nur die Gründung als OG möglich war.

Das spitalsambulante Leistungsportfolio wurde dahingehend durchleuchtet, ob allenfalls einzelne Leistungen aus welchen Gründen auch immer das Setting des Spitals erfordern oder allesamt ausgelagert werden können. Bis auf eine einzige Leistung hatte diese Überprüfung ergeben, dass eine Übertragung in den extramural niedergelassenen Bereich ohne Qualitätseinbußen möglich ist.

Auch wenn die Gruppenpraxis über mehr als zwei Gesellschafter verfügt, war allen Beteiligten klar, dass zwar eine Ausdehnung der Ordinationszeiten derselben gegenüber den Einzelpraxen von Kinderfachärzten notwendig und sinnvoll ist, eine vollkommene ambulante Rund-um-die-Uhr-Versorgung durch die Gruppenpraxis aber in ökonomisch vertretbarer Weise nicht möglich sein kann. Die Lösung des Problems konnte dabei schnell gefunden werden: Da im Krankenhaus für die stationäre Versorgung ohnedies ärztliche Kapazität vorgehalten werden muss und sich die Leistungsfrequenzen im pädiatrischen Bereich außerhalb der üblichen Hauptfrequenzzeiten als nicht speziell hoch erwiesen, wurde vereinbart, dass die Abdeckung von Randzeiten – also jener Zeiten, in denen durch die Gruppenpraxis keine Versorgungsleistung erfolgt – durch die für die stationäre Versorgung ohnedies anwesenden Spitalsärzte gewährleistet werden kann. Diese Vorgehensweise sichert nicht nur die Leistungserbringung auf hohem fachärztlichem Qualitätsniveau, sondern ist auch hinsichtlich der Kostensituation tragbar. Die für die Abdeckung dieser ambulanten Leistungen erforderlichen Gerätschaften stehen zum Großteil ohnedies im Bereich der stationären Versorgung zur Verfügung, zu einem geringen Anteil können diese von anderen Leistungsbereichen des Krankenhauses mitverwendet werden.

In rechtlicher Hinsicht wurde die Übernahme der bisherigen spitalsambulanten Tätigkeiten durch die Gruppenpraxis durch den Abschluss einer Vereinbarung gem. § 50 Abs 2 OÖKAG (entspricht § 26 Abs 3 KAKuG) umgesetzt. Nach dieser Bestimmung können Spitalsträger ihrer Verpflichtung zur Abdeckung spitalsambulanter Versorgungsbedürfnisse durch entsprechende Vereinbarungen zB mit Gruppenpraxen entsprechen, die der Genehmigung durch die Landesregierung bedürfen. Die Gespag hat daher mit der hier angesprochenen ärztlichen Gruppenpraxis eine derartige Vereinbarung abgeschlossen.

3.2. Identische Ärzte in Gruppenpraxis und Spitalsteam

Ein wesentlicher Eckpfeiler des Modells ist die Tatsache, dass schon im Rahmen der Konzeptionierung rasch klar war, dass die effizienteste Zusammenarbeitsform zwischen Niederlassung und Spital im konkreten Fall darin bestand, dass die in der Gruppenpraxis tätigen Ärzte auch gleichzeitig die fachärztliche Versorgung im Spital übernehmen. Es sollte daher eine möglichst totale Identität zwischen den Teams an der Abteilung und der Gruppenpraxis erreicht werden. In dieser Konstellation und Konstruktion sah man ganz entscheidende Vorteile verwirklicht:

Aus Sicht der Patienten kann damit die Stellung des Arztes des Vertrauens, die üblicherweise nur in der Niederlassung aufgrund kontinuierlicher Betreuung durch ein und den selben Arzt gewährleistet werden kann und an den Spitalstoren regelmäßig endet, da das Krankenanstaltenrecht keine freie Arztwahl im Spital vorsieht, auch in das Spital mitgenommen werden. Es ist wohl aus Patientenperspektive als Optimalvariante anzusehen, wenn der ständig betreuende Arzt auch in der akuten Behandlungssituation im Spital oder im Rahmen von sonstig notwendigen Spitalsaufenthalten als mein Vertrauensarzt die Behandlung weiterführt. Dass dies im Bereich der Betreuung und Behandlung von Kindern noch schwerer wiegt als bei Erwachsenen, war im konkreten Fall zusätzlich begünstigend. Dass damit auch Reibungsverluste bei der Informationsweitergabe von wichtigen medizinischen Informationsflüssen praktisch zur Gänze ausgeschlossen sind, dass medizinisch unnötige Doppeluntersuchungen ausbleiben, dass dies für die prä- und postoperative Versorgung nur vorteilhaft sein kann, liegt auf der Hand. Dazu kommt, dass der fachlich oft notwendige Austausch damit im selben Ärzteteam erfolgt und auch die Weiterbetreuung im Urlaubs- oder Krankheitsfall eines Arztes ohne jegliche Abstimmungsprobleme erfolgen kann, sind nur die augenfälligsten Vorteile dieser Identität beim Ärzteteam. Naturgemäß kann auch in der Gruppenpraxis nicht immer sichergestellt werden, dass die Betreuung nur durch ein und den selben Arzt erfolgen kann (zB Urlaubs- oder Krankheitsfall), aber grundsätzlich ist in § 52 a ÄrzteG sichergestellt, dass der Patient zwischen den Gesellschaftern der gleichen Fachrichtung – so wie hier gegeben – die freie Arztwahl haben muss. In jedem Fall ist aber mit der hier umgesetzten Identität der Ärzte sichergestellt, dass jeweils das selbe Ärzteteam die Betreuung übernimmt. Und naturgemäß trachten die Ärzte auch danach, dass bei der Spitalsbehandlung jener Arzt die Hauptbehandlung übernimmt, der auch in der Niederlassung diese innehatte. Umgekehrt ist auch die Weiterbetreuung im extramural ambulanten Bereich nach einem Spitalsaufenthalt bei Beibehaltung des betreuenden Arztes ohne jegliche besondere Abstimmungserfordernisse sicherstellbar. Es war daher davon auszugehen, dass die Herstellung dieser Identität aus Sicht der Patienten und der Systempartner wünschenswert ist. Naturgemäß setzt die Herstellung

derselben Freiwilligkeit der betroffenen Ärzte voraus, sich zu diesem Team nicht nur innerhalb, sondern auch außerhalb des Spitals zu bekennen und zusammenzuschließen. Dies war im konkreten Fall gegeben, da die betroffenen Spitalsärzte von vornherein klar gemacht haben, dass sie diese Teamkonstellation wünschen. Damit war klar, dass ein Modell gefunden werden musste, das den Spitalsärzten an der betreffenden Fachabteilung auch die Gesellschafterstellung in der Kassen-gruppenpraxis ermöglichte.

Aus rechtlicher Sicht stellte sich dabei die Problematik, dass die Besetzung von Gesellschaftern in Gruppenpraxen nur aufgrund einer öffentlichen Ausschreibung und unter Anwendung der sog. Vergaberichtlinie⁹, die wiederum die Vorgaben der Reihungskriterienverordnung¹⁰ des Gesundheitsministers zu berücksichtigen hat, erwirkt werden kann. Zwar ist bei der konkret anzuwendenden OÖ. Vergaberichtlinie eine Bewerbung von Ärzteteams zulässig, aber rechtlich war nicht verbindlich vorgebar, dass genau jenes Ärzteteam zum Zug kommen muss, das die stationäre Betreuung im Krankenhaus innehat. Um die Personenidentität im Spital und in der Niederlassung zu gewährleisten, war es daher notwendig zu vereinbaren, dass sich die Gespag als Rechtsträger der Krankenanstalt Kirchdorf verpflichtet, das aufgrund der kassenrechtlich notwendigen Ausschreibung bestbewertete Team in den Dienststand zu übernehmen. Umgekehrt musste sich jedes Bewerberteam verpflichten, neben der Gruppenpraxis auch die spitalsärztliche Betreuung mit zu übernehmen. Zwar war die Wahrscheinlichkeit, dass sich ein alternatives Ärzteteam bewirbt, nicht allzu groß, aber dennoch gegeben. Letztlich hat sich aber nur das eine Team für die Kassengruppenpraxis beworben. Sollten seitens der Gesundheitspolitik Verschränkungsmodelle in der Form auch der Personenidentität – die, wie aufgezeigt, zahlreiche Vorteile bieten – zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung insgesamt und zur Überwindung der Nahtstelle Krankenhaus-Niederlassung forciert werden, müssten jedenfalls gesetzgeberische Maßnahmen eingesetzt werden, die Personenidentität unter Wahrung der Objektivierungsgrundsätze auf einfachem Weg und rechtlich sicherem Terrain herstellen zu können. In konkreten Fall in Kirchdorf waren durchaus auch aufgrund der Besonderheiten des Einzelfalles günstige Gegebenheiten vorhanden, dies kann aber in anderen Konstellationen schon wieder ganz anders aussehen. Neue Versorgungsstrukturen verlangen aber auch ein gesichertes Umfeld und vorhersehbare Abläufe, damit sie in die Versorgung systematisch eingebunden werden können.

Die Anzahl der in der Gesellschaft tätigen Ärzte, die nach der gesetzlichen Vorgabe für Gruppenpraxen allesamt Fachärzte sein müssen, wurde in Relation zur geplanten Endgröße im Krankenhaus mit maximal vier festgelegt. Die Abteilung im Kran-

9 Im konkreten die „Richtlinie für die Vergabe von Vertragsarztstellen inkl. Gruppenpraxen in OÖ“.

10 BGBl II 2002/487 idF BGBl 2009/239.

kenhaus sieht in Entsprechung dazu eine Ausstattung von dreieinhalb Fachärzten und einen Ausbildungsarzt vor. Ausgeschrieben wurde eine Gruppenpraxis nach dem OÖ GP-GV in Form des sog. Modell 3, also einer Job-Sharing-Praxis. Dieses Modell basiert darauf, dass sich mehrere Ärzte einen Kassenvertrag in der Form teilen, dass jeder Gesellschafter entsprechend seinem Gesellschaftsanteil an den Ein- und Ausgaben beteiligt ist sowie seinen Tätigkeitsumfang in dieser Relation zu erbringen hat. Die derzeitige Gruppenpraxis besteht aus drei Fachärzten – dem neuen Primar der Krankenhausabteilung und zwei seiner Oberärzte. Die Spitalabteilung besteht ebenso aus diesen Personen sowie einem weiteren teilzeitbeschäftigten Facharzt, der nicht an der Gruppenpraxis beteiligt ist, und einer Ärztin in Fachausbildung. Im Endausbau soll die Ausbildungsärztin bei Abschluss der Ausbildung die Teilzeitstelle in der Krankenanstalt besetzen und die noch mögliche Gesellschafterposition in der Gruppenpraxis ausfüllen. Die Aufnahme von zusätzlichen Gesellschaftern sowie der Gesellschafterwechsel bedürfen jeweils wiederum einer eigenen kassenrechtlichen Ausschreibung, wobei nach dem OÖ. Gesamtvertrag eine Auswahl durch die Gesellschafter der Gruppenpraxis aus den vier erstgereihten Bewerbern der Ausschreibung möglich ist. Naturgemäß besteht auch für neueintretende Gesellschafter die Verpflichtung, auch die spitalsärztliche Betreuung in Form eines Dienstvertrages mit zu übernehmen.

Die Diensteinteilung ist sowohl im Krankenhaus als auch in der Gruppenpraxis zwingend so durch das Ärzteteam zu gestalten, dass die notwendigen Anwesenheiten sowie Rufbereitschaftsdienste an der Abteilung ebenso abgedeckt werden können wie die Öffnungszeiten der Gruppenpraxis. Letztere wurden mit mindestens 27 Wochenstunden und einer Verteilung auf die einzelnen Wochentage anhand der bisherigen Erfahrungen der Hauptfrequenzzeiten festgelegt. Darin sind auch Abendordinationen sowie Ordinationszeiten am Samstag enthalten. Die gänzliche Schließung der Gruppenpraxis ist unzulässig, daher ist eine Ganzjahresbetreuung sichergestellt. Gegenüber den Patienten ist in transparenter Form darzustellen, welcher Gesellschafter zu welchen Zeiten anwesend ist, damit die freie Arztwahl gewährleistet ist.

Die Gruppenpraxis wurde bewusst nicht in den Räumlichkeiten der Krankenanstalt angesiedelt, sondern hat die Räume des Vorgängers außerhalb des Spitals, aber in räumlicher Nähe zur Krankenanstalt, übernommen. Der Hauptgrund für diese strategische Entscheidung lag vor allem darin, dass die Schließung der Spitalsambulanz und deren Tätigkeitsübernahme durch die Gruppenpraxis auch ein Abgehen der gewohnten Wege für die Patienten darstellte, der eine gewisse Vorlaufzeit benötigte. Dieser Prozess machte es jedoch notwendig, den Patienten nicht weiterhin zuerst mit dem Spital in Berührung zu bringen, sondern ihn gleich in Richtung Gruppenpraxis umzuleiten. Damit konnte in kurzer Zeit bei der Bevölkerung das Bewusstsein verankert werden, dass die Gruppenpraxis nunmehr

Erstanlaufstelle ist und von dort aus im Rahmen eines Triageprozesses, wenn notwendig, die Weiterverweisung ins Krankenhaus erfolgt. Soweit nach dieser kurzen Zeit bereits erkennbar, ist dieser Prozess schnell und gut gelungen. Da nach ersten Erkenntnissen die stationären Aufnahmen seit Beginn der Gruppenpraxis gesenkt werden konnten, zeigt sich, dass der Weg den Patienten – von Notfällen abgesehen – über die ärztliche Niederlassung ins Spital zu führen und damit unnötige Spitalsbehandlungen möglichst zu vermeiden, durchaus Erfolge zeitigt.

Als weiterer Grund für die räumliche Trennung ist anzuführen, dass Ordinationen in Krankenanstalten bei den umliegenden niedergelassenen Ärzten oftmals als unzulässiger Wettbewerbsvorteil gesehen wird, den es gerade bei einem Pilotprojekt zu vermeiden galt.

3.3. Finanzierung

Ein wesentlicher Knackpunkt für die erfolgreiche Konzeptionierung und Umsetzung des Modells war naturgemäß die Frage der Finanzierung. Aus Sicht des Spitalsträgers war dies im ersten Schritt mit der Realisierung von Einsparungen verbunden, die sich durch den Abbau der Anstaltsambulanz ergeben haben. Auch die personelle Ausstattung der verbleibenden stationären Versorgung konnte kapazitätsmäßig angepasst werden. Aus Sicht des Krankenversicherungsträgers wurden Bedenken dahingehend erhoben, dass mit der weitgehenden Schließung der Spitalsambulanz die Kosten der Kasse für die Honorare im extramuralen Bereich, also vor allem durch Frequenzsteigerungen in der Gruppenpraxis, ansteigen werden. Klar war, dass die vom bisherigen Vertragsinhaber erreichten Patientenfrequenzen aufgrund der Doppelfunktion (Abteilungsleiter und Kassenarzt) und damit Doppelbelastung, die dieser alleine zu tragen hatte, erheblich unterdurchschnittlich im Vergleich zur gesamten Fachgruppe waren. Den Bedenken der Kasse war vor allem entgegenzuhalten, dass die Besetzung der Kassenstelle durch einen neuen Arzt, der in keinerlei Verbindung mit dem Krankenhaus stünde, in jedem Fall zu einer erheblichen Frequenzsteigerung führen würde. Sollte die spitalsärztliche pädiatrische Versorgung in Kirchdorf durch Wegfall der spitalsärztlichen Versorgung insgesamt umgesetzt werden, würden die Frequenzen des niedergelassenen Arztes weit über den Fachgruppendurchschnitt hinaus wachsen und allenfalls sogar der Druck zur Schaffung einer weiteren Vertragsarztstelle gegeben sein. Im Vergleich dazu könnte bei Umsetzung des schließlich realisierten Konzeptes gerade die aus Sicht der Kasse meistbelastende Situation der gänzlichen Schließung der Abteilung verhindert werden und durch die Personenidentität der Ärzte in beiden Bereichen Doppelstrukturen und vor allem Konkurrenzdenken, das im niedergelassenen Bereich durchaus zu Frequenzoptimierung führen könnte,

verhindert werden. Andererseits waren die Bedenken der Kasse durchaus berechtigt, führt doch aufgrund des derzeitigen Finanzierungssystems eine Auslagerung von Spitalsleistungen zwar insgesamt möglicherweise zu Kostenreduktion, in jedem Fall aber zu einer Kostenverlagerung in Richtung Krankenversicherung. Aufgrund der bisherigen Frequenzen in der Ambulanz konnte davon ausgegangen werden, dass mit einem Anheben der Fallzahl der Gruppenpraxis auf das Niveau des Durchschnitts der Fachgruppe das Auslangen gefunden werden kann und es wurde diese Grenze daher als Frequenzdeckelung vereinbart. Da die Ärzte durch die Übernahme der Spitalsambulanztätigkeit in die Gruppenpraxis im Rahmen des vorhin erwähnten Vertrages mit der Gespag diese Leistungen verpflichtend übernommen haben, mussten dem auch die Ärzteanteile an den Ambulanzgebühren gem. § 53 Abs 4 OÖKAG folgen und kommen diese hinkünftig an das Ärzteteam zur Auszahlung. Damit werden Mittel aus dem intramuralen Bereich in den extramuralen Bereich verschoben, was bei Leistungsverlagerung zwischen diesen beiden Bereichen konsequent ist. Allerdings werden diese Mittel nicht zwischen dem Spitalträger und der Krankenversicherung verschoben, sondern kommen direkt den Ärzten zugute. Die Ärzte haben daher als Einkommensquelle neben dem Honorar aus dem Kassenbereich noch die entsprechenden Anteile an den Ambulanzgebühren aufgrund der Übernahme der bisherigen spitalsambulanten Tätigkeit zur Verfügung.

3.4. Zielsetzungen und Evaluierung

Grundgedanke des Modells war eine Verbesserung der Gesamtversorgungssituation im pädiatrischen Bereich für die Patienten zu erreichen, bei gleichzeitig möglichst effizientem Einsatz der dafür nötigen Mittel.

Dieser Grundgedanke war nicht nur der Leitfaden bei der Konzeption des Modells, sondern es haben sich die Systempartner auf eine Reihe von konkreten Zielen dazu verständigt sowie eine qualitätsgesicherte professionelle Evaluierung vieler Parameter auch im Zeitlauf vereinbart. Es war von vornherein klar, dass die Evaluierung nur Sinn macht und aussagekräftige Werte liefern kann, wenn ausreichend Zeit zur Etablierung des Modells bleibt und eine entsprechende Laufzeit vor Erstevaluierung abgewartet wird. Es wurde daher vereinbart, die Evaluierung erstmals im Jahre 2014 vorzunehmen. Hier können daher noch keine Ergebnisse, sondern lediglich die wichtigsten Zielsetzungen, Indikatoren und Parameter dargestellt werden.

Der wichtigste zu evaluierenden Indikator stellt die Patientenzufriedenheit dar. Konkret wird daher die Zufriedenheit mit der stationären Versorgung genauso wie

jene der ambulanten Versorgung in der Gruppenpraxis erhoben. Aber auch die Frage, inwieweit für akute ambulante Fälle in Randzeiten die eingerichteten Versorgungsstrukturen funktionieren und angenommen werden. Ebenso eine Rolle werden die Wartezeiten auf einen Termin und die Wartezeit bei Wahrnehmung eines Termins in der Gruppenpraxis spielen. Da in diesen Bereichen bereits umfangreiche Daten und Auswertungen von landesweiten Umfragen auch aus der Zeit vor Gründung des Modells zur Verfügung stehen und auch entsprechend auf die lokale Situation weitgehend zurückgerechnet werden können, stehen ausreichende Vergleichsdaten für die Ergebnisse im Jahre 2014 zur Verfügung.

Aber nicht nur die Patientenzufriedenheit ist ein Gradmesser für den Erfolg des Projektes, sondern auch die Zufriedenheit der Ärzte. Wobei hier nicht nur jene der Gesellschafter der Gruppenpraxis gemeint ist, sondern die des gesamten ärztlichen Umfeldes. So ist bspw. eine genaue Erhebung der Zufriedenheit der ärztlichen Zuweiser mit dem neuen Modell, aber auch eine Zufriedenheitsstudie innerhalb des Krankenhauses geplant.

Ein weiteres wichtiges Feld für die Evaluierung ist die Frage der ökonomischen Entwicklung. Dazu zählt neben der Beobachtung der ärztlichen Einkommen des betroffenen Ärzteteams auch die Frage der gesamten Kostenentwicklung durch das Modell. Dazu wurden eine Reihe von Kostengrößen definiert, die im Zeitlauf verglichen werden sollen, wie bspw. die Entwicklung der Frequenzen insgesamt, aber auch getrennt nach Gruppenpraxis und Krankenhaus, sowie innerhalb des Krankenhauses getrennt nach stationär und ambulant. Ebenso sind entsprechende Folgekosten (Zuweisungen zu anderen Ärzten und Einrichtungen, Heilbehelfe, Hilfsmittel und vor allem Medikamente) einem genauen Controlling zu unterziehen. Dazu wurden bei Modellstart genaue Kostengruppen definiert, die mit den Werten vor Beginn des Modells dann verglichen werden können.

Die Evaluierung wird vom Ärztlichen Qualitätszentrum in Linz im Auftrag aller drei Systempartner durchgeführt. Da diese Institution über hohes Know-how bei entsprechenden Abfrage- und Auswertungstools besitzt, kann von einer praxisnahen Auswertung auf hohem Niveau ausgegangen werden. Es war den Systempartner auch wichtig, dass die Auswertung nicht in eine tendenzielle Richtung geht, sondern nach wissenschaftlichen Methoden und Grundsätzen in qualitätsgesicherter und aussagekräftiger Struktur abgewickelt wird.

Da die Evaluierung erst 2014 beginnen wird, können noch keine statistisch veritablen Daten vorgelegt werden. Es zeichnet sich aufgrund von Einzelgesprächen mit Gesellschaftern der Gruppenpraxis, mit der ärztlichen Leitung des Krankenhauses, mit Rechträgervertretern auch umliegenden niedergelassenen Ärzten und vor allem aus Mitteilungen aus der Bevölkerung ab, dass im Hinblick auf die Patientenzufriedenheit positive Ergebnisse zu erwarten sein werden. Auch die

Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Wahlfacharzt für Pädiatrie in Kirchdorf scheint reibungslos zu funktionieren. Hinsichtlich der Frequenzentwicklungen liegen ebenfalls noch keine genau strukturierten Daten vor, aber die Anhebung der Gruppenpraxisfrequenzen liegt ziemlich genau im vorberechneten Ausmaß, ebenso die Ambulanzfrequenzen im Krankenhaus aufgrund der oben dargestellten verbliebenen Ambulanzleistungen. Auch die stationären Leistungen sind um einen zweistelligen Prozentsatz gesunken, was für die Evaluierung der Kostenseite durchaus positive Entwicklungen erwarten lässt. Es wäre unseriös und gegen die zwischen den Systempartner vereinbarte Gesamtdarstellung der Evaluierungsergebnisse, wenn hier weitere einzelne Parameter wahllos angeführt werden würden.

Die Evaluierung ist dabei nicht nur von wissenschaftlichem Interesse oder für die weitere Ausrollung derartiger Modelle auf vergleichbare Sachverhalte in OÖ von Bedeutung, sondern unmittelbar auch für das Modell selbst. Sollten bestimmte Kerngrößen nicht erreicht werden, haben die Systempartner entsprechende gemeinsame Anstrengung zu deren Verbesserung vereinbart. Bei ganz krassen Fehlentwicklungen wären auch Kündigungsmöglichkeiten eingebaut, diese sind aber wohl eher theoretischer Natur, da zum einen sämtliche bereits vorliegende Einzelparameter erfreuliche Entwicklungen aufzeigen und zum anderen eine Verbesserung derartiger Modelle und nicht deren Liquidation für alle Systempartner im Vordergrund steht. Man darf auf die Ergebnisse der Evaluierung gespannt sein und vor allem auf die daraus von den Systempartnern im Einvernehmen zu treffenden Verbesserungsmaßnahmen. Schließlich ist die stetige Verbesserung aller vereinbarten Parameter – so weit möglich und sinnvoll – ein wichtiges Ziel des Projektes.

4. Kritische Erfolgsfaktoren

Naturgemäß können ohne veritable und gesamthafte Darstellung der Entwicklung des Modells noch keine abschließenden Aussagen zu erfolgskritischen Faktoren getroffen werden. Aber zu denselben für die Konzeptions- und Einführungsphase soll hier kurz Stellung genommen werden.

Aus Sicht der ärztlichen Standesvertretung haben sich drei Faktoren als für den Erfolg oder Misserfolg entscheidend herauskristallisiert:

4.1. Mitarbeit der betroffenen Ärzteschaft

Wie bereits oben dargestellt, war die betroffene Ärzteschaft, vor allem die Fachärzte für Pädiatrie an der Abteilung, nicht nur positiv gegenüber einer Neuregelung eingestellt, sondern hat diese initiativ mitbetrieben. In der Planungsphase, also solange noch keine gesicherten Strukturen vorhanden sind und sich durch notwendige Planungsänderungen Gegebenheiten sehr schnell ändern können, ist eine dem Projekt gegenüber positiv eingestellte Ärzteschaft wahrscheinlich sogar der größte Erfolgsfaktor. Die Motivation der betroffenen Personen hängt jedoch auch wesentlich davon ab, dass diese nicht nur ständig in den Informationsfluss eingebunden sind und damit immer über den aktuellen Stand des Projektes im Bilde sind, sondern vor allem auch daran, dass diese in die Entscheidungsprozesse aktiv eingebunden werden, dass sie „gehört“ werden und auch die für die Praxisnähe eines derartigen Projektes notwendige Sicht vor Ort einbringen. Letztlich geht es beim Erfolg ja auch darum, dass für die Betroffenen ein Arbeitssetting entsteht, das motivierte Leistungen fördert. Nur wenn diese erreicht werden kann, wird die Qualität der Arbeit auch die Kunden (=Patienten) überzeugen können.

Zusammengefasst kann daher festgehalten werden, dass ohne Einbindung der betroffenen Ärzteschaft auf Augenhöhe und mit vollwertigen (Mit)Entscheidungsrechten in ein Projektteam zur Umsetzung neuer Versorgungsformen mit Sicherheit kein erfolgreiches Modell entstehen kann. Ein „Drüberfahren“ über die Betroffenen oder ausschließlich auf dem Schreibtisch von Institutionen des Gesundheitswesens entworfene Modelle lassen derartige Projekte schon im Ansatz scheitern.

4.2. Gelebte Sozialpartnerschaft im Gesundheitswesen

Während im Spitalsbereich gesetzlich verordnet seit vielen Jahren „zentrale Staatsplanung“ von Bund und Ländern vorherrscht, wurde im niedergelassenen Bereich vom Gesetzgeber eine sozialpartnerschaftliche Planung zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Vertretern der jeweiligen Gesundheitsdienstleister etabliert. Dass die Sozialpartnerschaft im Gesundheitswesen durchaus auch im Vergleich zum staatlich gelenkten und mit öffentlichen Mitteln massiv subventionierten Spitalsbereich bei gesünderer Finanzentwicklung beachtliche Erfolge erreicht hat, darf als bekannt vorausgesetzt werden. Sozialpartnerschaft hat eben den Vorteil, dass sie flexibel auf Entwicklungen reagieren kann, aufgrund der gegenseitigen Abhängigkeit keinen der Partner unter die Räder kommen lässt und auf Seiten der Anbieter aufgrund der Konkurrenzsituation stets zu Qualitätsverbesserungen zugunsten der Patienten anhält. Dabei ist es auch Aufgabe der Sozialpartner, über Weiterentwicklungen nicht nur nachzudenken, sondern solche auch umzusetzen. Dies setzt aber die Bereitschaft der einzelnen Player voraus, die bestehenden Systemgrenzen nicht als unabdingbar anzusehen, denn dann wäre Weiterentwicklung nie möglich. Notwendig ist ein gemeinsamer Dialog auf Augenhöhe der betroffenen Partner und die Bereitschaft zur Verbesserung des Gesamtsystems und nicht (nur) die der eigenen Positionierung. Eine solche „Sozialpartnerschaft“ wurde in OÖ in den letzten Jahren aber nicht nur in Zusammenarbeit mit der OÖGKK, sondern auch im Spitalsbereich – soweit gestaltbar – mit der Gespag aufgebaut. Gerade aufgrund dieser Partnerschaft konnten in den letzten Jahren in OÖ sowohl im niedergelassenen als auch im Spitalsbereich positive Entwicklungen vorangetrieben werden, die in der Folge auch bundesweite Bedeutung und Nachahmer gefunden haben. Erinnerung darf daran, dass OÖ als erstes Bundesland einen Gruppenpraxisgesamtvertrag etabliert hat und mittlerweile über 200 Gruppenpraxen gegründet werden konnten, dass die Frage der Eindämmung der Medikamentenkosten in sozialpartnerschaftlicher Betrachtung bearbeitet wurde, dass die Chefärztliche Genehmigung in OÖ als einzigem Bundesland entfallen ist, dass der erste Kollektivvertrag für Spitalsärzte abgeschlossen werden konnte uvm.

Diese Bereitschaft der Systempartner Ärztekammer, Krankenversicherungs- und Spitalsträger, Neuentwicklungen initiativ voranzutreiben, ist ein wichtiger Erfolgsfaktor, um derartige Projekte starten zu können. Im Falle Kirchdorf konnte dabei auf bewährte sozialpartnerschaftliche Zusammenarbeitsstrukturen aufgesetzt werden, die ein rasches Agieren möglich gemacht haben. Um Projekte im Zusammenarbeitsbereich von Spitälern und ärztlichen Praxen vorantreiben zu können, ist

auch ein innerkameraler Ausgleich zwischen den Interessen der Spitalsärzte und der niedergelassenen Ärzte ein kritischer Erfolgsfaktor. Auch in diesem Bereich konnte in der OÖ. ärztlichen Standesvertretung auf über viele Jahre bewährte kooperative Strukturen zwischen den jeweiligen Entscheidungsträgern zurückgegriffen werden.

4.3. Rechtliche Rahmenbedingungen

Notwendigerweise verlassen Pilotprojekte gesicherte Strukturen, um Neuentwicklungen probeweise einzuleiten zu können. Dennoch ist eine möglichst sichere Rechtsbasis notwendig, um neue Modelle kurzfristig aufbauen und vor allem dann den Erfolg auch mittel- bis langfristig sicherstellen zu können. Auch dabei ist die Sozialpartnerschaft einem ausschließlich gesetzesdominierten Bereich gegenüber im Vorteil, da sie rascher und individueller auf notwendige Neuerungen reagieren und diese absichern kann. So konnten bspw. die notwendigen Adaptierungen im GP-GV beim Modell Kirchdorf auf sehr kurzem Weg umgesetzt werden. Schwierigkeiten treten dort auf, wo gesetzliche Maßnahmen die vorherrschenden Modelle regeln, diese Regelungen aber kaum Raum für daneben laufende Pilotprojekte mit neuen Ansätzen bieten. Es wäre daher sinnvoll, wenn der Gesetzgeber für Pilotprojekte im Gesundheitswesen, **die von den Sozialpartnern im Einvernehmen entwickelt und getragen werden**, Freiräume zu deren zumindest probeweiser Entfaltung schaffen und damit eine gesicherte rechtliche Basis geschaffen würde. Dies gilt auch für die dafür oft notwendigen Anschubfinanzierungsnotwendigkeiten. Da die Sozialpartnerschaft im Gesundheitswesen bei weitem besser, schneller und individueller als die Legislative auf modellhafte Entwicklungen reagieren kann, erschiene es sinnvoll, wenn der Gesetzgeber diese rechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten (insbesondere auch für Pilotprojekte) stärker auf die Sozialpartner übertragen würde und nicht durch direkte Gesetzgebung eingzugreifen versucht.

Mag. Katharina Riedler

*Gesundheitsökonomie, Linzer Institut
für Gesundheitssystem-Forschung*

Finanzierungssystem und ambulanter Sektor

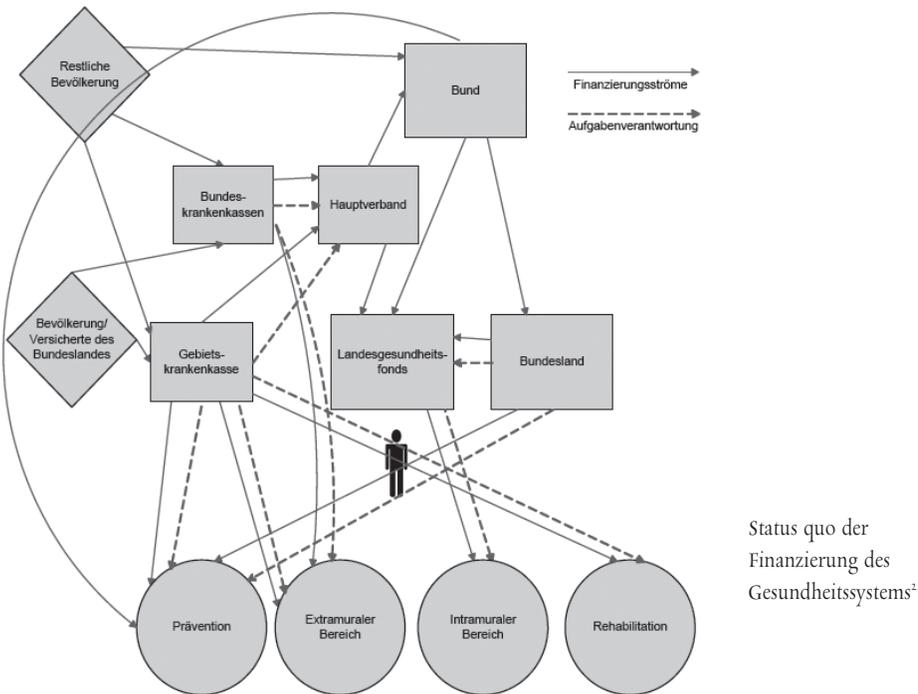
Das Modell einer homogenen Finanzierung von
spitalsambulantem und niedergelassenem Bereich

- | | |
|---|-----|
| 1. Finanzierungssystem und Allokationsineffizienzen | 158 |
| 2. Abgeltung ambulanter Leistungen aus einem Topf | 165 |

1. Finanzierungssystem und Allokationsineffizienzen

Das derzeitige System der Finanzierung des Gesundheitssystems behindert eine effiziente Allokation von Behandlungsfällen. Durch die unterschiedlichen Finanziers und Entscheidungsträger des stationären Bereichs (Land) und der extramuralen Versorgung (Kassen) kommen Einzelinteressen zum Tragen, die weder die Bedürfnisse der PatientInnen widerspiegeln, noch eine bereichsübergreifende Kosteneffizienz zum Ziel haben. Das erschwert die Entwicklung neuer, integrierter Versorgungsformen erheblich, denn es mangelt an der Abstimmung durch einen gemeinsamen Organisator. Laimböck meint, dass unter anderem auch die Versorgungsqualität darunter leide.¹

Die unten stehende Grafik zeigt, wie komplex die Finanzierungsströme heute sind und welche Bereiche der Gesundheitsversorgung durch wen finanziert werden.



1 Laimböck: *Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems*. 2009. S.139.
 2 IHS: *Finanzierung aus einer Hand – Reformoption für Österreich*. 2009. S.304.

1.1. Finanzierung der Landesfondskrankenanstalten und sich daraus ergebende Interessen

Seit 1978 bildet die Art.-15a-B-VG-Vereinbarung zwischen Bund und Ländern die Grundlage für die Finanzierung der Landesfondskrankenanstalten. Seit 1997 werden die Krankenanstalten aus den sogenannten Landesgesundheitsfonds abgegolten. Dieser wird aus Mitteln des Bundes, der Länder, der Gemeinden und der Krankenkasse gespeist.³ Die Mittel der Landesgesundheitsfonds sind in ihrer Höhe prinzipiell gesetzlich geregelt und spiegeln nicht den Bedarf im Gesundheitswesen wider. Die Haupteiträge gem. §15a-Vereinbarung des Gesundheitsfonds setzen sich in Oberösterreich wie folgt zusammen:

Haupteiträge gem. 15a-Vereinbarung*	in Euro	in % Ausgaben**
Umsatzsteueranteile Land (0,949% d. Landes-USt)	27.956.859	1,58%
Umsatzsteueranteile Gemeinden (0,642% d. Gem.-USt)	18.912.859	1,07%
Beiträge d. Bundes gem. §57 KAKuG	93.918.388	5,29%
Beiträge d. Bundes n.d. Beihilfengesetz (GSBG)	109.854.294	6,19%
Beiträge der Sozialversicherung gem. §447 ASVG	759.521.452	42,80%
Sonstige Beiträge z.B. ausländische Gastpatienten	23.724.014	1,34%

* OÖ. Gesundheitsfonds, Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben: Geschäftsbericht 2011. S. 32.

** Anteil an den Gesamtkosten der Landesfondskrankenanstalten in OÖ. 2011, eigene Berechnungen.

Haupteiträge der oö. Landesgesundheitsfonds-Krankenanstalten 2011

Darüber hinaus gehende Kosten der Landesfondskrankenanstalten werden über die sogenannte Abgangsdeckung finanziert, die im Wesentlichen von den Ländern und Gemeinden getragen wird. Diese betrug im Jahr 2011 rund 720 Mio. Euro⁴, was 40,58% der Gesamtkosten der Landesfondskrankenanstalten in Oberösterreich ausmacht. Diese Verpflichtung, Mehrkosten im Zuge der Abgangsdeckung auszugleichen, bedeutet eine maximale Kostenabhängigkeit der Länder. Daraus ergibt sich ein natürliches Interesse, Leistungen aus dem intramuralen in den extramuralen Bereich auszulagern.

Die Kasse hingegen leistet zwar einen großen Anteil an der Finanzierung des intramuralen Bereichs, zahlt jedoch einen Pauschalbetrag, der jährlich lediglich

3 Flemmich, Ivansits: *Einführung in das Gesundheitsrecht und die Gesundheitsökonomie*. 2000. S.307ff.

4 OÖ. Gesundheitsfonds, Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben: *Geschäftsbericht 2011*. S.32.

nach deren Beitragseinnahmenentwicklungen valorisiert wird. Der Betrag, den die Kassen im intramuralen Bereich beisteuern, kann sich also auch rückläufig entwickeln⁵, steht aber jedenfalls in keinem Zusammenhang mit den dort entstehenden Kosten. Die soziale Krankenversicherung hat daher kein monetäres Eigeninteresse an Kostendämpfungen im intramuralen Bereich.⁶

1.2. Finanzierungsdualismus in den Spitälern und sich daraus ergebende Handlungseffizienzen

Der stationäre Bereich wird über das sogenannte LKF-System abgegolten. Grob gesagt dokumentiert hier jede Krankenanstalt Diagnosen und Einzelleistungen und bekommt dann festgelegte Punktwerte für diese Fälle. Für jeden Punkt bekommt die Krankenanstalt einen bestimmten Eurowert aus dem Landesgesundheitsfonds. Dieser Punktwert ergibt sich aus den Mitteln des Landesgesundheitsfonds, dividiert durch die dokumentierten LKF-Punkte der Landesfondsspitäler. Der Punktwert divergiert also von Bundesland zu Bundesland. Jedenfalls stehen in diesem System einer erbrachten Leistung aber Einnahmen gegenüber, wenn diese auch nicht die tatsächlichen Kosten widerspiegeln.

Die Spitalsambulanzen hingegen werden nicht nach der erbrachten Leistung, sondern pauschal abgegolten. Das bedeutet, dass hier einer Leistung keine direkten Einnahmen gegenüberstehen und eine Mehrleistung daher lediglich Mehrkosten produziert. Die Kosten der Spitalsambulanzen sind mit der Pauschalabgeltung in den meisten Fällen nicht abgedeckt. Dieser Bereich der Spitäler ist daher schlechter finanziert als der stationäre und erwirtschaftet oft erhebliche negative Deckungsbeiträge. In Oberösterreich wurden 2008 laut Rechnungshofbericht lediglich durchschnittlich 32% der Kosten der Spitalsambulanzen abgedeckt. In Niederösterreich waren es durchschnittlich 44%, in Vorarlberg immerhin 85%.⁷

Die Spitäler sind allerdings eine wirtschaftliche Einheit aus stationärem und spitalsambulanten Bereich. Das duale Finanzierungssystem der Krankenanstalten erzeugt daher monetäre Anreize für betriebswirtschaftlich gesehen „effizientes“ Handeln, das jedoch das Gesundheitssystem belastet. So ist es aus Sicht der Krankenhäuser sinnvoll, ambulante Patienten, etwa nach einer teuren Untersuchung (z.B. MRT, CT), kurzfristig stationär (als 1-Tages-, oder 0-Tages-Patienten) aufzunehmen, da so zusätzliche LKF-Punkte und damit zusätzliche Einnahmen

5 Flemmich, Ivansits: *Einführung in das Gesundheitsrecht und die Gesundheitsökonomie*. 2000. S.309.

6 Laimböck: *Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems*. 2009. S. 143.

7 Der Rechnungshof: *Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen*. 2011. S. 95ff.

generiert werden.⁸ Auch der Landesrechnungshof stellte 2011 fest, dass solche Praktiken üblich sind, und errechnete, dass alleine das LKH Krems daraus etwa 211.000 Euro an Mehreinnahmen erzielte. Der Rechnungshof kritisiert in seinem Bericht vor allem die Mehrkosten für die PatientInnen (täglicher Kostenbeitrag von 10,48 Euro).⁹ Durch diese Handlungsweise maximiert die Krankenanstalt als Gesamtes zwar ihre Einnahmen, produziert jedoch unnötig höhere Kosten durch zusätzliche stationäre Aufnahmen, die hauptsächlich die Länder – und im Endeffekt der Steuerzahler – trägt. Darüber hinaus belastet diese Vorgehensweise Patienten mit zusätzlichen Unannehmlichkeiten und Aufregungen. Laimböck schätzt, dass etwa 15% der bisher stationären Aufenthalte in den Spitalsambulanten Bereich verschoben werden würden, wenn es eine kostendeckende Abgeltung der Spitalambulanzen gebe.¹⁰ Da der stationäre Betrieb an sich teurer ist als der ambulante, würde dies zu erheblichen Einsparungen führen.

1.3. Finanzierung des extramuralen Bereichs und sich daraus ergebende Interessen

Für die Finanzierung der im niedergelassenen Bereich erbrachten Leistungen sind die Kassen verantwortlich. Auch hier gibt es ein Mischsystem aus Pauschalen und Einzelleistungsabgeltungen¹¹, die zur Folge haben, dass eine erhöhte Nachfrage auch zu erhöhten Kosten bei den Kassen führt. Das wiederum bedeutet, dass die Verschiebung einzelner Leistungen aus den Spitalsambulanzen in den niedergelassenen Bereich bei den Kassen zu Kostensteigerungen führt. Die Kasse hat also kein monetäres Interesse an der Umsetzung solcher Leistungsverlagerungen, auch wenn diese einen gesamtwirtschaftlichen Kostendämpfungseffekt im Gesundheitssystem zur Folge haben und aus Patientensicht angezeigt sind.

Aber auch die Finanzierung der Kassen selbst macht eine dynamische, bedarfsorientierte Leistungsentwicklung im vertragsärztlichen Bereich unmöglich. Denn die Einnahmen der sozialen Krankenkasse hängen von den Versicherungsbeiträgen ab, deren Höhe vom Versicherteneinkommen und der Zahl der Versicherten abhängt, jedoch in keinem Zusammenhang mit dem Bedarf an Gesundheitsleistungen steht. In Zukunft wird die Nachfrage nach ambulanten Leistungen auf Grund der demographischen Zusammensetzung und den neuen ambulanten Möglichkeiten jedoch stärker ansteigen als die Krankenversicherungsbeiträge. Diese prekäre

8 Laimböck: *Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems*. 2009. S.150f.

9 Der Rechnungshof: *Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen*. 2011. S. 111.

10 Laimböck: *Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems*. 2009. S.154.

11 Hofmarcher, Rack: *Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich*. 2006. S.203

Finanzierungssituation führt dazu, dass weniger Leistungen aus dem spitalsambulanten Bereich ausgelagert werden können, als medizinisch sinnvoll und gesundheitsökonomisch angezeigt wäre. Denn im spitalsambulanten Bereich ist eine ungedeckelte Finanzierung im Rahmen der Abgangsdeckung quasi gewährleistet.¹²

1.4. Der Reformpool

Im Spitalssektor tragen die Länder einerseits eine große Finanzierungslast, übernehmen andererseits aber auch alle Aufgaben des Leistungseinkäufers, des Leistungserbringers und der Stewardship-Funktion¹³. Dasselbe gilt im extramuralen Bereich für die soziale Krankenversicherung. Das bedeutet, dass sich hier zwei Player gegenüberstehen, die einerseits in ihrem Bereich alle Entscheidungsmacht haben und andererseits unterschiedliche Interessen verfolgen.

Um diese Schranke im Gesundheitswesen zu überwinden, welche die Beseitigung von Ineffizienzen behindert, wurde der Reformpool geschaffen, der ein Teil der Landesgesundheitsfonds ist.

„Der Bund und die Länder kommen überein, Projekte der Integrierten Versorgung und Projekte, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich auf Landesebene zur Folge haben, sowie die sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs über einen gemeinsamen Reformpool zu finanzieren. Voraussetzung für die Förderung eben dieser Projekte ist, dass sich das jeweilige Land und die Sozialversicherung im Voraus auf diese Maßnahmen inhaltlich einigen.“¹⁴

Der Reformpool soll die Kooperation zwischen den Ländern und der Sozialversicherung vereinfachen und damit die Effizienz und Effektivität des Gesundheitswesens erhöhen.¹⁵ Eingereichte Gesundheitsprojekte, bei denen ein beiderseitiger Nutzen von Land und Sozialversicherung erwartet wird, sollen durch den Reformpool finanziert werden. Nach Abschluss der Projekte müssen diese kritisch evaluiert werden. Lässt sich ein positives Kosten/Nutzenverhältnis tatsächlich nachweisen, so soll eine Übernahme in die Regelversorgung erfolgen.¹⁶

12 Dörner (Hrsg.): *Gesundheitspolitische Perspektiven*. 2009. S.174.

13 Verantwortung für die Umsetzung der Gesundheitsziele

14 Artikel 31(1) der 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens im B-VG

15 Reformpool des OÖ Landesgesundheitsfonds <http://www.oogesundheitsfonds.at/index.php/wirueberuns/reformpool>

16 OÖ Landerechnungshof: *Aspekte der Entwicklung einer integrierten Gesundheitsversorgung*. 2005. S.30.

Grundsätzlich ist die Idee der Reformpools zu begrüßen, jedoch gibt es viele Kritikpunkte, die die Wirksamkeit der Reformpools in Frage stellen. Etwa ist das zur Verfügung stehende Budget sehr gering. So wurde bei der Gründung der Reformpools angestrebt, 10% der Gesamtmittel des intra- und extramuralen Bereichs zur Verfügung zu haben. Geworden sind daraus lediglich 2% – auf freiwilliger Basis.¹⁷ Dazu gibt es zahlreiche Möglichkeiten, Projekte einfach nicht aufzunehmen. Ein weiteres Manko ist, dass es noch keine Lösungen zur Abgeltung von Leistungsverchiebungen bei Übernahme in den Regelbetrieb gibt.

1.5. Warum keine Finanzierung aus einer Hand?

Darüber, dass das derzeitige Finanzierungssystem immense Ineffizienzen birgt, ist man sich einig. Der diesbezügliche O-Ton lautet, das ganze Gesundheitswesen solle einem Finanzier überlassen werden. Slogans wie „Finanzierung aus einer Hand“ oder „Finanzierung aus einem Topf“ sind bekannte Forderungen. Warum die Umsetzung allerdings aus heutiger Sicht völlig unrealistisch ist und neue Ineffizienzen mit sich bringen würde, wird in diesem Kapitel erläutert.

Wollte man die Finanzierung aus einer Hand realisieren, müssten alle Mittel und Verantwortlichkeiten an eine zentrale Stelle übertragen werden. Diese Stelle(n) könnten die Länder, die Landesgesundheitsfonds, überregionale Gesundheitsagenturen (z.B. vier, gemäß den Versorgungszonen im ÖSG), die bestehenden Kassen oder ein zentrales Kassensystem (z.B. vier, gemäß den Versorgungszonen im ÖSG) sein.¹⁸ Will man aber entweder dem Land oder den Kassen oder diesen nahe stehenden Institutionen die alleinige Finanzierungs- und Einkaufsverantwortung für das gesamte Gesundheitssystem übertragen, so wird dies politisch schwer bis nicht durchsetzbar sein. Denn kein Akteur verzichtet gerne auf historisch gewachsene Kompetenzen und lässt sich auf die Funktion des Zahlers reduzieren.

Hinzu kommt, dass weder die Länder noch die Kassen über das notwendige Know-how und die physischen Ressourcen verfügen, um sowohl intra- als auch extramurale Leistungen einzukaufen. Es müssten erst viel Zeit und Geld investiert werden, um diese Kompetenzen zu erlangen.¹⁹ Einerseits ist also weder der politische Wille, um bisherige Aufgaben abzugeben, vorhanden, noch das Rüstzeug, um Fremde zu übernehmen. Überträgt man die Funktion der „einen Hand“ an

17 Dr. Clemens Auer, Sektionsleiter im Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
IN *Leistungsverchiebungen im Gesundheitswesen – Reformpool mit Hindernissen*. Medical
Tribune 41. Jahrgang Nr. 8/2009.

18 IHS: *Finanzierung aus einer Hand – Reformoption für Österreich*. 2009. S.304ff.

19 IHS: *Finanzierung aus einer Hand – Reformoption für Österreich*. 2009. S.307.

überregionale Player, wie einem Dachverband der Kassen oder überregionalen Gesundheitsagenturen, so müssten zusätzlich noch neue Strukturen (Organisationen) geschaffen werden, was mit großem Zeit- und Geldaufwand verbunden ist.

Will man den Ländern die Funktion der „einen Hand“ übertragen, so besteht darüber hinaus auch die Gefahr, dass Mittel, die bisher für den ambulanten Sektor eingesetzt wurden, zukünftig verstärkt dem stationären Bereich zugeteilt werden. Denn die Länder können so die notwendigen Mittel zur Finanzierung der Spitäler über die Abgangsdeckung verringern und somit das eigene Budget schonen. Dies würde den niedergelassenen Sektor schwächen, die wohnortnahe Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gefährden und zu einer noch stärkeren Krankenhaus-zentriertheit führen.

Darüber hinaus ist zu erwarten, dass bei einer gemeinsamen Finanzierung von intra- und extramuralem Bereich, unabhängig davon, welcher Player diese übernimmt, der ambulante Sektor starke Benachteiligungen in Kauf nehmen muss. Denn wegen der stärkeren Kostenentwicklung des stationären Bereichs würde dieser Sektor immer mehr Mittel des gemeinsamen Budgets für sich beanspruchen und dadurch die für den ambulanten Sektor verfügbaren Mittel schmälern. Der finanzielle Spielraum für den extramuralen Bereich würde quasi erdrückt. Diese restriktive Finanzentwicklung würde der Leistungsfähigkeit des primären Versorgungssystems schaden. Ein vergleichbares Beispiel aus der Praxis sind die starken Kostensteigerungen bei Arzneimitteln, die das Budget zur Finanzierung ärztlicher Leistungen im extramuralen Bereich verkleinerten.²⁰

20 Dorner (Hrsg.): *Gesundheitspolitische Perspektiven*. 2009. S.173.

2. Abgeltung ambulanter Leistungen aus einem Topf

Das derzeitige Finanzierungssystem ist zu komplex und von Einzelinteressen geprägt, die verhindern, dass die Qualitäts- und Einsparungspotentiale einer abgestuften Versorgung genutzt werden können. Eine Studie des IHS aus dem Jahr 2012²¹ attestiert dem österreichischen Gesundheitssystem ein im internationalen Vergleich besonders starres, duales System im Bereich zwischen Spitälern und extramuraler Versorgung. Spitalsambulanzen und Ambulatorien würden als Konkurrenz zu niedergelassenen Arztpraxen gesehen. Es muss also eine Reform der derzeitigen Finanzierungs- und Zuständigkeitsmodelle erfolgen, um den Menschen in Österreich auch in Zukunft ein möglichst effektives und effizientes Gesundheitssystem zur Verfügung stellen zu können. Ziel ist eine Struktur, bei der Einzelinteressen von potenten Akteuren des Gesundheitssystems in den Hintergrund treten und Behandlungsentscheidungen nur noch in Hinblick auf die bestmögliche Gesundheitsversorgung für die Patienten getroffen werden. Warum eine Finanzierung aus einer Hand nicht der ideale Weg ist, wurde weiter oben bereits erläutert. In diesem Kapitel wird eine alternative Finanzierungsform vorgestellt, die alle ambulanten Leistungen aus einem Topf begleicht, die Finanzierung der stationären Versorgungsleistungen jedoch beim Gesundheitsfonds belässt.

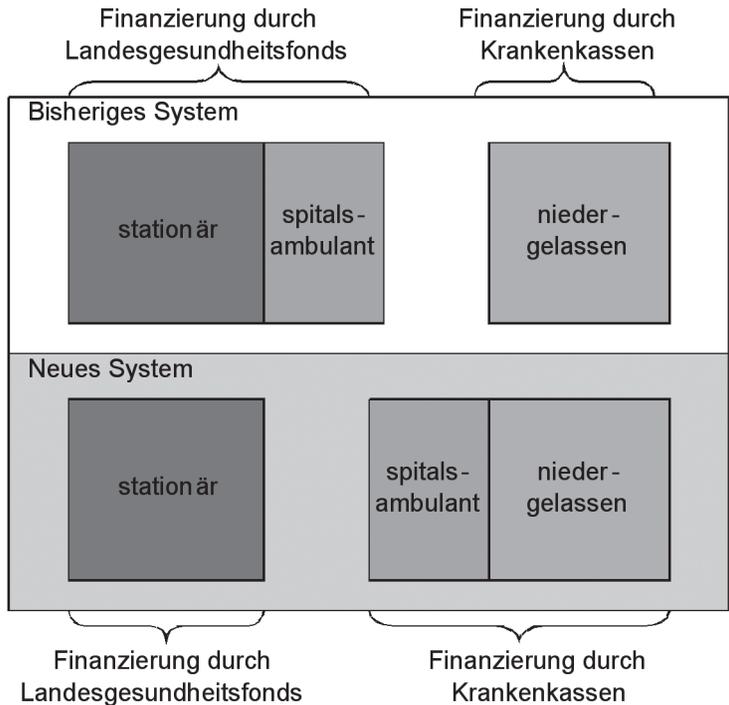
2.1. Spitalsambulanzen durch die Kassen finanzieren

Die Spitalsambulanzen werden heute durch die Landesgesundheitsfonds finanziert. Allerdings bei weitem nicht kostendeckend, denn die pauschale Finanzierung basiert auf dem Leistungsangebot von 1996. Daher sind die Deckungsgrade der einzelnen Spitalsambulanzen auch sehr unterschiedlich hoch²², denn Ambulanzen, die ihr Leistungsspektrum seither ausgeweitet haben (z.B. Dialyseeinheiten, medizinische Großgeräte), bekommen dafür keine finanzielle Abgeltung. Das bedeutet, dass die Spitalsambulanzen Mitteldefizite erwirtschaften, die von den Ländern – im Zuge der Abgangsdeckung für die Krankenanstalten – abgedeckt werden müssen.

21 IHS: *Health Cooperation: Kostendämpfung durch Kooperation im Gesundheitswesen*. April 2012. S. 75.

22 vgl. Daten des Rechnungshofes in Kapitel

Die Leistungen, die in Spitalsambulanzen erbracht werden, ähneln zudem stark den Leistungen des niedergelassenen Bereichs, was die Frage aufwirft, warum diese nicht ebenfalls über die Kassen abgegolten werden. In diesem Modell wird daher der spitalsambulante Bereich dem Finanzierungssystem des niedergelassenen Sektors angegliedert. Das ermöglicht eine kostendeckende Finanzierung des spitalsambulanten Sektors. Unten stehende Grafik stellt diese Finanzierungsverschiebung dar.



Finanzierungsmodell stationär / ambulant – alt und neu²³

Das IHS ist der Meinung, dass die sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs und eine kostengetreue Abdeckung des Ambulanzbetriebes ohne hohe Up-front-Kosten umgesetzt werden könnten und einen wesentlichen Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen leisten würden. Vor allem würden sich daraus erhebliche Einsparungen im stationären Bereich ergeben.²⁴

23 Eigene Grafik nach: Ärztekammer für Oberösterreich: *Verschränkung der ambulanten ärztlichen Leistungen*. IN Dörner (Hrsg.): *Gesundheitspolitische Perspektiven*. 2009. S.171.

24 IHS: *Health Cooperation*. 2012. S. 91.

2.2. Klare Kompetenzverteilung und Stärkung der primären Versorgung

Wie bereits erwähnt, werden die Spitalsambulanzen von Patienten heute als ein gleichwertiges System zu den niedergelassenen Ärzten gesehen – mit dem Unterschied, dass diese rund um die Uhr verfügbar sind. Daher kommen Patienten auch wegen Bagatellen in die Spitalsambulanzen. In der Folge sind diese stark überlastet und belasten damit das österreichische Gesundheitsbudget unnötig.

Bei Übernahme der Finanzierung der Spitalsambulanzen durch die Krankenkassen soll es zu einer klaren Kompetenzverteilung zwischen spitalsambulatem und niedergelassenem Bereich kommen, durch die unnötige Doppelgleisigkeiten in der Versorgung vermieden werden. Im Wesentlichen sollen die Spitalsambulanzen wieder auf ihre Kernaufgabe – die Notfallversorgung – konzentriert werden. Zusätzlich können Spezialleistungen übernommen werden, wenn diese aus medizinischen oder ökonomischen Gründen effizienter erbracht werden können oder eine Leistung vom niedergelassenen Bereich im Versorgungsgebiet nicht abgedeckt werden kann. Auch die Vor- und Nachsorge soll nur noch bei fachlich notwendigen Fällen in der Spitalsambulanz erbracht werden. Mit Ausnahme der Notfallversorgung sollen also nur noch Patienten mit Überweisungsschein vom Fach- oder Hausarzt bzw. dem Spital übernommen werden. Der Zugang zu den Spitalsambulanzen wird dadurch reguliert und diese dadurch entlastet. Es kann überlegt werden, ob bei Inanspruchnahme ohne Überweisungsschein und ohne das Vorliegen eines Notfalls eine Ambulanzgebühr fällig werden soll, die den Kassen zu Gute kommt.

Durch die klare Aufteilung von Behandlungszuständigkeiten kann die doppelte Vorhaltung von z.B. medizinischen Geräten und Personal reduziert werden. Dies führt zu Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen – ohne jedoch eine qualitativ hochwertige und flächendeckende Versorgung für die Bevölkerung zu gefährden. Im Gegenteil – durch die Fokussierung der Spitalsambulanzen auf ihre Kernaufgaben wird auch der niedergelassene Bereich gestärkt und es werden vermehrt Leistungen in dezentralen Strukturen angeboten. Das Gesundheitssystem rückt also wieder näher an den Patienten und garantiert durch den niederschweligen Zugang eine sozial gerechte Verteilung von Gesundheit und eine Hebung des allgemeinen Gesundheitszustandes durch die stärkere Betonung des Hausarztssystems. Der Hausarzt kann seiner Funktion als Navigator durch das Gesundheitswesen wieder nachkommen, wodurch Kosten, die durch falsche Selbstzuweisungen der Patienten entstehen, vermieden werden.

Um die neue Kompetenzverteilung zwischen spitalsambulantem und niedergelassenem Bereich realisieren zu können, muss allerdings der extramurale Sektor gestärkt werden, damit er dieser Aufgabe auch gerecht werden kann. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es unbedingt notwendig, den Beruf des Hausarztes wieder attraktiver zu machen, neue Zusammenarbeitsformen zu ermöglichen und in der Ausbildungszeit mehr Jungärzte für diesen Beruf zu wappnen und zu interessieren. Auch eine Flexibilisierung im Bereich der Gruppenpraxen ist unumgänglich.

Hier soll ein interessantes Reformpoolprojekt aus Salzburg Erwähnung finden, in dessen Zuge die präoperative Befundung bei planbaren Operationen in den extramuralen Bereich ausgelagert wurde. Unterstützung finden die niedergelassenen Ärzte dabei in Form einer EDV-Software namens PROP, die einen einheitlichen Abklärungslogarithmus für alle Patienten zur Verfügung stellt. So wird die präoperative Befundung, je nach Patientencharakteristika und Art der Operation, standardisiert und damit qualitätsgesichert. Grundlage für das Reformpoolprojekt war eine Analyse von 205 Patienten, die in Spitälern der SALK operiert wurden. Hier zeigte sich, dass nach der neuen Systematik der präoperativen Diagnostik 72% der Laboruntersuchungen, 47% der EKGs und 84% der Thoraxröntgen potentiell eingespart werden können, was sich im Laufe des Projektes tatsächlich realisieren ließ. 44% der Patienten benötigen außer dem Anamnesegespräch und der klinischen Untersuchung keine weiteren präoperativen Untersuchungen. Für das Land Salzburg ließ sich allein aus der verringerten Anzahl von Laboruntersuchungen eine Kostenersparnis von 1,4 Mio. Euro errechnen. Für den Fall einer österreichweiten Umsetzung errechnete das IHS eine Gesamtersparnis von 18,88 Mio. Euro.²⁵

An diesem Projekt zeigt sich, dass eine gemeinsame Finanzierung des gesamten ambulanten Bereichs hohe kostendämpfende Potentiale birgt und diese daher rasch verwirklicht werden sollte, da so Leistungen dort angesiedelt werden, wo sie qualitativ hochwertig und kosteneffizient erbracht werden können.

25 IHS: *Health Cooperation*. 2012. S. 88f.

2.3. Personelle Organisation in den Spitalsambulanzen

Im System der homogenen Finanzierung ambulanter Leistungen sollen auch die in den Spitalsambulanzen tätigen Ärzte nicht mehr als Angestellte fungieren, sondern selbstständig, mit Kassenvertrag, tätig sein. Analog zum niedergelassenen Bereich werden die in den Spitalsambulanzen erbrachten Leistungen dann mit den Kassen verrechnet. Zu diesem Zweck muss ein Gesamtvertrag für die Verrechnung spitalsambulanter Leistungen zwischen der sozialen Krankenversicherung und den Landes-Ärztékammern verhandelt und abgeschlossen werden, wie das für Einzel- und Gruppenpraxen bereits der Fall ist. Auf Basis dieses Gesamtvertrages werden dann Einzelverträge mit den Ärzten in den Spitalsambulanzen abgeschlossen.

Die Kassenverträge für die Tätigkeit in der Ambulanz sollen vorrangig an Spitalsärzte vergeben werden, da dies einen zusätzlichen Anreiz schafft, im Spital zu arbeiten. Vor allem für Häuser in der Peripherie ist dieser Punkt von großer Wichtigkeit, um auch in Zukunft genügend ärztliches Personal gewinnen zu können. Denn bereits heute ist es schwierig, in dezentralen Spitälern Arztstellen nachzubesetzen und damit die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Die als Kassenärzte in den Spitalsambulanzen tätigen Ärzte werden verpflichtet, für die Nutzung der Infrastruktur der Krankenanstalten einen Hausrücklass²⁶ an die Spitalsträger zu bezahlen. Es muss jedoch darauf geachtet werden, dass der Betrag eine angemessene Höhe nicht überschreitet. Ansonsten käme es zu einer ungerechtfertigten Kostenverschiebung zwischen ambulantem und stationärem Bereich. Jedenfalls dann, wenn diese Kostenverschiebung durch eine höhere Leistungsvergütung durch die Kassen ausgeglichen wird. Anderenfalls tragen die Ärzte die überzogenen „Mieten“ und die Übernahme eines Kassenvertrages in einer Spitalsambulanz würde somit unattraktiv – was zu Personalmangel und damit zur Gefährdung der Versorgungsaufgabe in diesem Bereich führen würde. Es ist also besonders wichtig, bei der Festschreibung des Hausrücklasses auf wirtschaftliche Fairness zu achten.

²⁶ ausgehandelter, prozentueller Anteil des Honorars

2.4. Budgetneutrale Finanzierungsanpassung

Um alle ambulanten Leistungen durch die Kasse organisieren und finanzieren zu können, bedarf es selbstverständlich einer Anpassung der derzeitigen Budgetverteilung, da ansonsten die Kasse nicht in der Lage wäre, diesen zu übernehmen. Das Besondere bei dieser Budgetanpassung ist jedoch, dass sie vorgenommen werden kann, ohne einem Player Budgetkürzungen oder zusätzliche Kostenübernahmen zuzumuten. Es kommt hier lediglich zu einer budgetneutralen Verschiebung, die weder den stationären noch den ambulanten Sektor benachteiligt.

2011 überwies die Krankenversicherungsträger gemäß § 447f ASVG einen Betrag von 4,34 Mrd. Euro an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung.²⁷ Die stationäre Versorgung in den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten kostete 2011 rd. 8,81 Mrd. Euro, die spitalsambulante Versorgung rd. 1,65 Mrd. Euro.²⁸ Es bedarf also lediglich einer gesetzlichen Anpassung, die bewirkt, dass sich der Überweisungsbetrag der Krankenversicherungsträger an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung um den Betrag verringert, den die Spitalsambulanzen kosten.

Das Budget des Gesundheitsfonds wird daher um genau den Betrag vermindert, der durch die Finanzierungsübernahme der Spitalsambulanzen durch die Kassen eingespart wird – es steht also für die stationäre Versorgung derselbe Betrag zur Verfügung wie bisher. Die Kassen hingegen dürfen genau jenen Teil des bisher an den Gesundheitsfonds überwiesenen Budgets einbehalten, den sie für die Finanzierung der Spitalsambulanzen (bei unveränderter Kostensituation) benötigen. Die Budgetveränderungen decken sich daher in beiden Bereichen mit den Mehr- bzw. Wenigerkosten.

27 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: *Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2012*. S.78.

28 Bundesministerium für Gesundheit: *Kosten in Landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten nach Kostenstellenbereichen 2002-2011*.

2.5. Politische Verwirklichbarkeit und Reformaufwand

Eine Homogenisierung der Finanzierung von ambulanten Leistungen in der hier vorgeschlagenen Form ist bei weitem realistischer als die immer wieder zitierte „Finanzierung aus einer Hand“, da weder das Land noch die Krankenkassen in einem Bereich Kompetenzen aufgeben müssen, um dann nur noch die Rolle des Zahlers zu übernehmen. Die Länder geben den defizitären Bereich der Spitäler auf, der nach wie vor nicht in die Landeskrankenanstaltenfinanzierung LKF mit eingegliedert wurde. Bei der Übernahme durch die Kassen entsteht die Chance, die Spitalsambulanzen endlich leistungsgerecht, und damit kostendeckend, zu finanzieren. Die Kassen hingegen bekommen das Werkzeug in die Hand, um ambulante Leistungen, nach Qualitäts- und Kostenkriterien, möglichst effizient bereitzustellen und damit einerseits die ambulante Versorgung für die Bevölkerung zu verbessern und andererseits Kosten einzusparen.

Im Vergleich zur Umstellung des Systems auf einen einzigen Finanzier ist dieses Modell auch bei weitem unaufwendiger umzusetzen. Denn einerseits sind die Kompetenzen für die Übernahme der Finanzierung der Spitalsambulanzen bei den Kassen bereits weitestgehend vorhanden und müssen nicht erst erworben werden. Andererseits muss das bestehende Finanzierungssystem nicht völlig neu strukturiert werden, sondern lediglich eine budgetneutrale Verschiebung vorgenommen werden.

2.6. Nutzung von Potentialen aus Leistungsverlagerungen

Durch den gemeinsamen Organisator und Zahler aller ambulanten Leistungen kommt es zu effizienten Leistungsallokationen. Das heißt, dass die Entscheidung, ob eine Leistung beim niedergelassenen Arzt oder in der Spitalsambulanz erbracht werden soll, nur noch nach den Kriterien der Behandlungseffektivität, -qualität und der Ökonomie getroffen wird. Denn von eventuellen Kosteneinsparungen profitiert dann immer auch der Entscheidungsträger. Die sich daraus ergebenden Einsparungen können den zu erwartenden Mehrbedarf an ambulanten Leistungen abfedern und damit die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen dämpfen.

2.7. Vermeidung unnötiger stationärer Aufnahmen durch leistungsgerechte Finanzierung

Die Übernahme der Spitalsambulanzen in das Finanzierungssystem der Kassen bietet die Chance, diesen Bereich leistungsgerecht und kostendeckend entgelten zu können. Es wurde hier bereits erläutert, warum die heutige Unterfinanzierung der Spitalsambulanzen dazu motiviert, teure Fälle unnötig stationär aufzunehmen, um den hohen Kosten, Einnahmen gegenüberzustellen. Diese betriebswirtschaftlich gesehen effiziente Handlungsweise verursacht jedoch höhere Kosten für das Gesundheitssystem und schadet obendrein den Patienten (Tagespauschale, unnötiger Stress). Kommt es durch die vorgeschlagene Finanzierungsreform zu einer leistungsgerechten Finanzierung der Spitalsambulanzen, so fällt dieses Verhalten weg. Voraussetzung ist allerdings, dass alle (Einzel)Leistungen der Spitalsambulanzen kostendeckend entgolten werden, denn ansonsten würde es hier zum Streben nach Gewinnmaximierung kommen. Das bedeutet, dass gut bezahlte Fälle übernommen, defizitäre Fälle jedoch möglichst an den stationären Bereich weiterüberwiesen werden. Dies gilt nicht nur zwischen spitalsambulantom und stationärem Bereich, sondern auch zwischen niedergelassenem und spitalsambulantomem Bereich. Eine adäquate Entgeltung ist also für alle Versorgungsebenen und Teilleistungen unbedingt notwendig.

2.8. Leistungsverlagerungen stationär/ambulant mit Hilfe einer Schiedsstelle vereinfachen

Die Übernahme der Finanzierung der Spitalsambulanzen durch die Kassen bedingt jedoch auch eine erschwerte Leistungsverlagerung zwischen stationärem und spitalsambulantomem Bereich. Der medizinische Fortschritt macht es immer wieder möglich, bislang stationäre Fälle ambulant zu behandeln, ohne dabei gesundheitliche Nachteile für die PatientInnen befürchten zu müssen. Ist eine solche Leistungsverlagerung auch ökonomisch angezeigt, so sollte sie auch umgesetzt werden.

Bislang ist die Realisierung einer solchen Leistungsverlagerung dann schwierig, wenn sie zu einer Verschiebung in den niedergelassenen Bereich führt, da es dann für die Kassen zu Mehrkosten kommt. Im vorgeschlagenen Modell gibt es diese Barriere auch dann, wenn eine stationäre Leistung in die Spitalsambulanz verlagert werden soll. Leistungsverlagerungen zwischen den Bereichen stationär/ambulant könnten also etwas schwerer als bisher zu realisieren sein. Um diesem Problem entgegenzuwirken soll eine Schiedsstelle eingerichtet werden, die dafür

sorgt, dass Leistungsverchiebungen auch die dafür notwendigen Mittel folgen (Prinzip „Geld folgt Leistung“). Es sollten auch die Reformpools der Länder verstärkt genutzt werden, um eine potentielle Optimierung der Versorgungsqualität und/oder der Kosten durch eine Leistungsverchiebung im Rahmen eines Projektes zu evaluieren. Ob und zu welchen Bedingungen das Projekt dann in den Regelbetrieb übernommen wird, soll mit Hilfe der Schiedskommission entschieden werden.



Jan van Huysum, Detail aus «Blumen in einer Terrakottavase», 1725
© LIECHTENSTEIN, The Princely Collections, Vaduz - Vienna



Wann ist es Zeit für eine ganz persönliche Beratung?

Wenn Sie Ihre Anlageziele mit einer maßgeschneiderten Strategie erreichen möchten. Nehmen Sie sich Zeit für ein Gespräch mit uns: LGT Bank Österreich
Wien Tel. 01 227 59-0 und Salzburg Tel. 0662 2340-0.

¹⁷⁴
LGT Partner für Generationen. In Wien, Salzburg und an mehr als 20 weiteren Standorten weltweit. www.lgt.at



**Private
Banking**

Die Zeitschrift für Gesundheitspolitik (ZGP) des Linzer Instituts für Gesundheitssystem-Forschung (LIG) versteht sich als Medium zur Veröffentlichung neuer Denkanstöße und Perspektiven zu aktuellen Problemen des österreichischen Gesundheitssystems. Sie will damit einen Beitrag zur innovativen Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems leisten. Themenbereiche sind etwa intra- und extramurale Versorgung, Nahtstellenmanagement, Finanzierung, Organisation und Akteure des Gesundheitssystems. Die ZGP richtet sich an Personen aus Politik, Sozialversicherung, Kammern, Wissenschaft und an alle, die am Gesundheitssystem interessiert sind.

Einzelne Ausgaben befassen sich mit Management und Organisation in Non-Profit-Organisationen und Verbänden.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Gerne lassen wir Ihnen unverbindlich und kostenlos ein Exemplar zukommen.

Bestelladresse:

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG)

Dinghoferstraße 4, 4010 Linz

Tel.: ++43/732/77 83 71-320

Fax: ++43/732/78 36 60-320

E-Mail: riedler@aekoee.or.at



