

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 freien 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 Ärzten 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 Mitgesellschafter,

- 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 Ärztesliste 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 nachprüfbare 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 Arztverbünde 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 gewährleisten 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 Peripherieregionen 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.