

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.

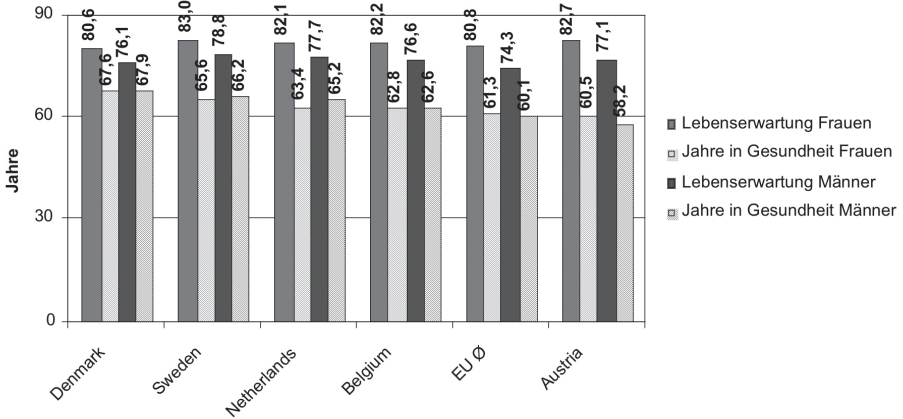
3 Macinko: *The Contribution of primary care Systems to Health Outcomes within Countries 1970-1998*. 2003. OECD

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

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

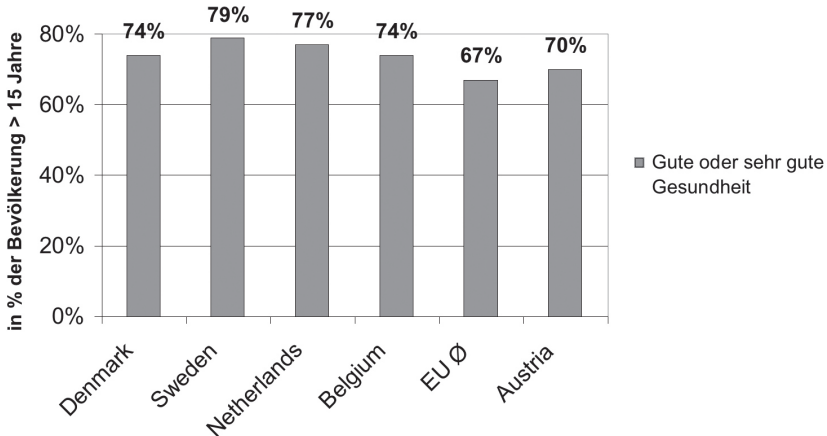
4 Laimböck: *Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems*. 2009. S.203f.

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.

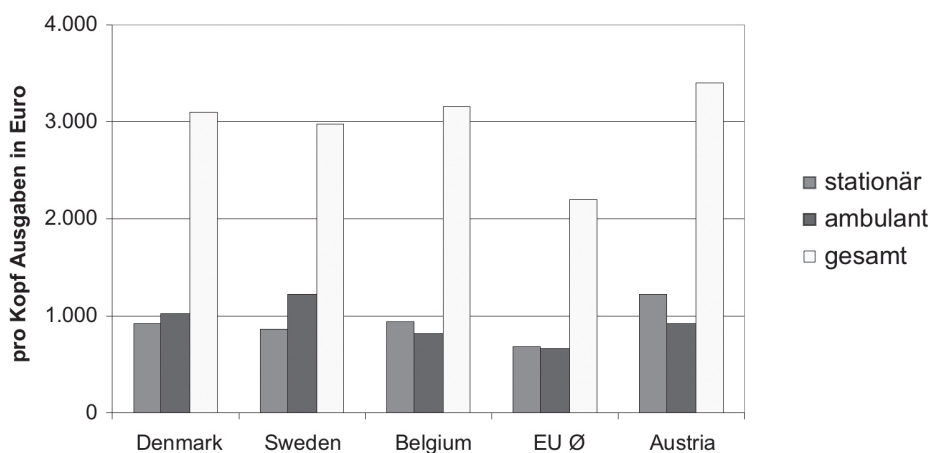


Subjektive Einschätzung der Gesundheit mit „gut“ oder „sehr gut“ im Ländervergleich, 2008⁶

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.

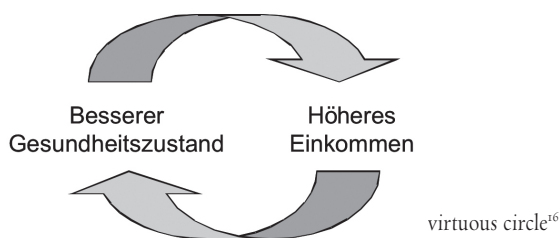
2.3. Volkswirtschaftlicher und individueller Nutzen¹⁴

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 Selbstbehaltszahlungen 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, genutzt 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 ausgenutzt. 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 Fallzahlungen 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: Hausärztemodell*. 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 krankenhauszentrierter 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 Ärztezahl in 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 Leistungsverchiebungen 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.