

Ärztliche Kooperationen

Die Zusammen-
arbeit kennt
viele Formen!



Ärztliche Kooperationen – die Zusammenarbeit kennt viele Formen!

Versorgungsstrukturen für den extramuralen Bereich

Z
GP

Ärztliche Kooperationen – die Zusammenarbeit kennt viele Formen!

Versorgungsstrukturen
für den extramuralen Bereich

Ausgabe 1/2022

Impressum:

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

LIG – Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Obmann: Präs. Dr. Peter Niedermoser

Geschäftsführer: Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

ZGP – Zeitschrift für Gesundheitspolitik

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

www.lig-gesundheit.at

Coverfoto: Shutterstock (Mizkit)

Redaktion: Mag. Sabine Weißengruber-Auer, MBA

Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien

Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

Liebe Leserin, lieber Leser,

Kooperation im Bereich der ärztlichen Niederlassung ist ein Thema von besonderer Aktualität. Die Formen der Leistungserbringung im niedergelassenen Bereich sind vielfältiger geworden: Ob Einzelordination, Gemeinschaftspraxis oder die Tätigkeit in einem PVE, in den letzten Jahren sind unterschiedliche Modelle und Kooperationsformen entwickelt worden. Gleichzeitig wächst die Komplexität in Bezug auf die gesetzlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen, Sichtwort Gesellschafterverträge unter Ärzten.

Für die vorliegende Ausgabe haben wir Expertinnen und Experten eingeladen, die vielfältigen Kooperationsmöglichkeiten im niedergelassenen Bereich und die damit verbundenen Herausforderungen zu beleuchten. Mit Blick auf die bisherigen Erfahrungen identifizieren die Autoren mögliche Problemfelder, die für eine praxistaugliche Weiterentwicklung der neuen Modelle in Zukunft gelöst werden müssen.

Trotz der vielen neuen Organisationsformen im niedergelassenen Bereich sind die Gründe und Motive für die Wahl einer Gesellschaftsform bislang wenig erforscht. Das letzte Kapitel zeigt die Ergebnisse einer aktuellen Umfrage über die Beweggründe und Faktoren von niedergelassenen Ärzten für die Wahl ihrer Organisationsform.

Wir freuen uns, Ihnen in dieser Ausgabe der Zeitschrift für Gesundheitspolitik abermals einen umfassenden Einblick in eine Thematik zu gewähren, welche in Bewegung bleibt, und wünschen anregende Momente beim Lesen

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser
Obmann LIG

Inhalt

Kooperationen zwischen Kassenärzten in Österreich – ein Überblick	9
<i>Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner</i>	
Neue Formen der ärztlichen Zusammenarbeit – was in Zukunft gelöst werden muss	21
<i>Dr. Thomas Holzgruber</i>	
Ärztliche Kooperations- und Zusammenarbeitsformen in Oberösterreich	45
<i>Mag. Kerstin Garbeis, Mag. Nick Herdega</i>	
Problemfelder des derzeitigen PVE-Gesetzes	71
<i>Mag. Nick Herdega</i>	
Einflussfaktoren auf die Wahl der Ordinationsform. Ergebnisse einer Umfrage	77
<i>Mag. Sabine Weißengruber-Auer, MBA</i>	
Niederlassungspräferenzen der ÄrztInnen in Ausbildung in Tirol und Oberösterreich	101
<i>Ass.-Prof. Silvia Angerer, PhD, Univ.-Prof. Dr. Harald Stummer</i>	

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Ärztammer für Oberösterreich

Kooperationen zwischen Kassenärzten in Österreich – ein Überblick

1. Einleitung	10
2. Gruppenpraxen	12
3. Erweiterte Vertretung/gemeinsame Vertragserfüllung	18
4. Teilung einer Kassenstelle (Jobsharing) ohne Bildung einer Gruppenpraxis	19

Vor ziemlich genau 20 Jahren wurde in Österreich die gesetzliche Möglichkeit geschaffen, Gruppenpraxen zu gründen. Die Detailregelungen wurden zwar in den Gruppenpraxis-Gesamtverträgen mit den damals noch bestehenden Gebietskrankenkassen vereinbart. Dennoch gibt es weitgehend ähnliche Lösungen, die sich nur in Randbereichen unterscheiden (um unterschiedlichen regionalen Bedürfnissen zu entsprechen). Im Folgenden wird versucht, einen Überblick über die derzeit in Österreich bestehenden Regelungen zu vermitteln.

1. Einleitung

Die Diskussion über die Schaffung einer Rechtsgrundlage zur Gründung von Gruppenpraxen zwischen niedergelassenen Ärzten zog sich über viele Jahre hin. Grund für diesen langen Entwicklungsprozess war allerdings nicht Uneinigkeit darüber, dass Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärzten im Interesse der Attraktivierung von Kassenstellen, vor allem aber im Interesse der Patientenversorgung liegen. Die Ursache für dieses ursprüngliche Zögern lag vielmehr in verfassungsrechtlichen Bedenken. Bekanntlich fußt das Ärztegesetz als Bundesgesetz auf der kompetenzrechtlichen Grundlage des Art. 10 Abs. 1 Z12 B-VG, also auf dem Kompetenztatbestand „Gesundheitswesen“, der in Gesetzgebung und Vollziehung dem Bund obliegt. Hingegen ist das Krankenanstaltenrecht eine Materie, die von Art. 12 Z1 B-VG erfasst ist und bei der dem Bund nur die Grundsatzgesetzgebung zukommt, während Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung Landessache sind. Die Abgrenzung zwischen Ordinationen, deren Regelung in die Bundeszuständigkeit fällt, und Krankenanstalten, deren Rechtsgrundlagen der Bund nur grundsätzlich gestalten kann, ist bis heute strittig. Es gab daher die Befürchtung, dass eine Zusammenarbeit mehrerer Ärzte bereits unter den Kompetenztatbestand „Krankenanstaltenwesen“ fällt und daher der Bund keine Regelungszuständigkeit hätte. Mittlerweile ist es einhelliger Meinungsstand, dass der Kompetenztatbestand „Gesundheitswesen“ die Regelung von Gruppenpraxen hergibt. Der Gesetzgeber hat sich daher im Rahmen der zweiten Ärztegesetznovelle, BGBl. I 2001/110, einen Ruck gegeben und Gruppenpraxen, zunächst allerdings nur in der Gesellschaftsform der Offenen Gesellschaft, zugelassen. Mit der Ärztegesetznovelle BGBl. I 2010/61 wurde zusätzlich die Möglichkeit geschaffen, eine Gruppenpraxis auch als GmbH zu gründen. Diese Möglichkeit wird zwar in der Praxis wegen der höheren Gründungskosten und des höheren laufenden administrativen Aufwandes weiterhin seltener gewählt als die Rechtsform der OG. Bei größeren Zusammenschlüssen sind aber durchaus die Haftungsbegrenzung, aber auch die mit der GmbH verbundenen steuerlichen Möglichkeiten ein Anreiz, diese Rechtsform zu wählen. Tatsächlich gibt es gerade im Bereich der Zusammenschlüsse von diagnostischen Fächern, aber auch bei jenen allgemeinmedizinischen Gruppenpraxen, die eine Primärversorgungseinrichtung betreiben, bereits überwiegend GmbH-Lösungen.

Ursprünglich bestand die Möglichkeit, Gruppenpraxen genauso wie Ordinationen ohne weitere Bewilligung zu gründen. Das Ärztegesetz sah dafür lediglich eine Anzeigepflicht an die Ärztekammer vor. Unter dem Eindruck der Entscheidung des EuGH in der Rechtssache *Hartlauer* (EUGH vom 10.3.2009, Rs C-169/07)

wurden die Zugangsvoraussetzungen allerdings mit der Ärztegesetznovelle BGBl. I 2010/61 dahingehend eingeschränkt, dass wahlärztlich tätige Gruppenpraxen (ähnlich wie krankenanstaltenrechtliche Ambulatorien) einer Zulassung bedürfen, die im Unterschied zu Krankenanstalten allerdings aus kompetenzrechtlichen Gründen nicht von der Landesregierung, sondern vom Landeshauptmann zu erteilen ist, genauso wie bei Krankenanstalten aber den Nachweis eines entsprechenden Bedarfs erbringen müssen.

Parallel zur berufsrechtlichen Einführung der Gruppenpraxis in das Ärztegesetz mit der 2. Ärztegesetznovelle wurde durch die 58. Novelle zum ASVG, BGBl. I 2001/99, die Möglichkeit geschaffen, Gruppenpraxen mit einem Kassenvertrag auszustatten. Voraussetzung dafür sind gesamtvertragliche Regelungen (Gesamtverträge für Vertrags-Gruppenpraxen). Auf dieser Rechtsgrundlage wurden sowohl mit den Sonderkranken-versicherungsträgern, als auch mit den jeweiligen Gebietskrankenkassen Gruppenpraxis- Gesamtverträge abgeschlossen, wobei letztere aufgrund der Übergangsbestimmung des § 118 Abs. 6 ASVG auf die Österreichische Gesundheitskasse übergeleitet wurden.

In der Praxis haben sich aber nicht nur unterschiedliche Formen von Gruppenpraxen herausgebildet, sondern auch Konstruktionen, die eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Ärzten ermöglichen, ohne den formalen Weg der Gründung einer Gesellschaft (OG oder GmbH) gehen zu müssen. Eine Zusammenarbeit mehrerer Ärzte innerhalb von Ordinationen ist daher nicht nur im Rahmen von Gruppenpraxen üblich, sondern auch

- im Rahmen sog. Erweiterter Vertretungen (darunter wird die Zusammenarbeit mit einem durch einen freien Dienstvertrag an die Ordination gebundenen Berufskollegen verstanden, der allerdings im Unterschied zur regulären Vertretung nicht nur in Abwesenheit, sondern auch in Anwesenheit des Ordinationsinhabers parallel zu diesem tätig werden kann) sowie
- die Teilung von Kassenstellen durch Ärzte, die sich in Ordinationsgemeinschaft befinden, aber nicht vergesellschaftet sind.

In der weiteren Darstellung wird auch auf diese Kooperationsformen eingegangen, nicht aber auf die seit der Ärztegesetznovelle BGBl. I 2019/20 mögliche Anstellung von Ärzten in Ordinationen.

2. Gruppenpraxen

2.1. Rechtsform von Gruppenpraxen

Alle Gesamtverträge in den Bundesländern sehen die Möglichkeit vor, Gruppenpraxen als OG zu gründen (außer in einem Bundesland, wo derzeit für diagnostische Fächer noch keine Gruppenpraxen vorgesehen sind). Als GmbH können Gruppenpraxen mittlerweile auch in fast allen Bundesländern errichtet werden.

2.2. Einteilung der Gruppenpraxen nach ihrem Versorgungsausmaß

Die Gesamtverträge sehen je nach Versorgungsausmaß unterschiedliche Formen der Gruppenpraxen vor:

- *Fusionierungs-/Zusammenlegungs-Gruppenpraxen:* in allen Bundesländern besteht die Möglichkeit, dass sich mehrere Kassenärzte zu einer Gruppenpraxis zusammenschließen. Dieser Zusammenschluss wird in einigen Bundesländern als Fusionierungsgruppenpraxis, in anderen als Zusammenlegungsgruppenpraxis bezeichnet. Schließen sich im selben Versorgungsgebiet niedergelassene Kassenärzte zusammen, bedürfen sie für diesen Zusammenschluss in der Regel keiner Zustimmung der Kasse oder der Ärztekammer. Lediglich in einem Bundesland ist vorgesehen, dass bei einer Fusionierung nach Vollendung des 67. Lebensjahres eine Zustimmung von Kammer und Kasse notwendig ist.
- *Originäre Gruppenpraxen:* Unter originärer Gruppenpraxis wird eine solche verstanden, die von vornherein als Gruppenpraxis ausgeschrieben wird, also nicht aus einem Zusammenschluss bestehender Kassenverträge besteht. Auch diese Form der Gruppenpraxis ist in allen Bundesländern vorgesehen. Im Hinblick darauf, dass es in der Vergangenheit aber in der Regel nicht so umfassende Lücken bei der kassenärztlichen Versorgung gab, dass gleichzeitig mehrere Vertragsarztstellen in engerer Umgebung vakant sind und damit für eine originäre Gruppenpraxis herangezogen werden können, blieb diese Form der Gruppenpraxis bislang die Ausnahme.

- *Erweiterungsgruppenpraxis*: Erweiterungsgruppenpraxen sind eine Mischform zwischen Fusionierungs- und originären Gruppenpraxen. Darunter werden Gruppenpraxen verstanden, bei denen eine bestehende Kassenstelle durch die Integration zusätzlicher Planstellen in eine Gruppenpraxis umgewandelt und ein zusätzlicher neuer Arzt, der bisher keinen Kassenvertrag hatte, aufgenommen wird. Auch diese Form der Gruppenpraxis ist in allen Bundesländern üblich.
- *Bruchstellenpraxis*: Als Bruchstellenpraxen bezeichnen die Gesamtverträge Gruppenpraxen mit einer Versorgungswirksamkeit von mehr als einer und weniger als zwei Kassenstellen. Die Möglichkeit zur Gründung von Bruchstellenpraxen gibt es in den meisten Bundesländern.
- *Jobsharing- oder Teilgruppenpraxis*: In einer Jobsharing- oder Teilgruppenpraxis betreut die Gruppenpraxis gemeinsam eine einzige Kassenstelle. Diese Form der Gruppenpraxis ist in fast allen Bundesländern vorgesehen. Wo es sie nicht gibt, existieren zumindest andere Formen des Jobsharings. In einigen Bundesländern obliegt es der freien Entscheidung der beteiligten Ärzte, den Kassenvertrag aufzuteilen, in einigen anderen Bundesländern müssen persönliche Gründe für das Jobsharing nachgewiesen werden (z.B. höheres Alter, Kinder, Angehörigenpflege).
- *Nachfolgepraxis/Übergabepaxis*: Die Nachfolgepraxis hat den Sinn, dass Kassenärzte in Pensionsnähe oder solche, die in absehbarer Zeit den Kassenvertrag zurücklegen, noch einige Zeit mit dem Übernehmer der Praxis zusammenarbeiten, um diesen als Nachfolger einzuführen. Auch diese Form der Gruppenpraxis ist in fast allen Bundesländern bekannt und in der Praxis üblich. In einigen Bundesländern gibt es anstelle derartiger Gruppenpraxen andere, weniger formalisierte Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit dem Ordinationnachfolger.

2.3. Vorgaben für und Überprüfung des Gesellschaftsvertrages einer Gruppenpraxis

In den meisten Bundesländern muss der Gesellschaftsvertrag ebenso wie Änderungen dazu Kasse und Kammer zur Prüfung vorgelegt werden, ob es Widersprüche zu den gesamtvertraglichen Vorgaben gibt.

Diese gesamtvertraglichen Vorgaben sehen teilweise ausdrücklich vor, dass der Gesellschaftsanteil genau dem Arbeitsanteil entsprechen muss. In anderen Bundesländern kann zumindest über Antrag der Beteiligten die Honoraraufteilung im

Gesellschaftsvertrag nachträglich durch die Kammer und/oder Kasse überprüft werden.

Für Bruchstellen- und Jobsharing-Praxen gibt es in den Bundesländern i.d.R. einen Mindestanteil, den jeder Gesellschafter halten muss (zw. 10 % und 50 %).

2.4. Ausschreibung von Gruppenpraxen bzw. Anteilen an Gruppenpraxen

Wird eine Gruppenpraxis originär ausgeschrieben, ist in allen Gesamtverträgen vorgesehen, dass für die Reihung der Bewerber die Punkte der jeweiligen Teams zusammengezählt werden. Wird – was in der Praxis die Regel ist – eine bestehende und besetzte Kassenstelle zu einer Gruppenpraxis erweitert (etwa indem eine ganze zusätzliche Stelle zugeschlagen oder zumindest eine Bruchstelle angefügt wird oder wenn eine Einzelkassenstelle im Rahmen eines Jobsharings vom bisherigen Kassenarzt mit einem neuen Partner geteilt werden soll), wird die neue Stelle zwar ausgeschrieben, es besteht aber eine Auswahlmöglichkeit des bisherigen Inhabers der Kassenstelle. I.d.R. werden die Bewerber nach dem jeweils im Bundesland gültigen Punkteschema gereiht, allerdings kann der Vertragsinhaber unter den Bestgereihten auswählen, sofern diese zumindest 75 % der Punkte des Bestgereihten erreichen. Dies allerdings in allen Bundesländern mit der Einschränkung, dass sowohl die Kammer als auch die Kasse ein Einspruchsrecht gegen den vom Ordinationsinhaber gewählten Bewerber haben, wenn es gerechtfertigte Einwände gegen die Person des Gewählten gibt.

2.5. Auflösung der Gesellschaft

Da die meisten Gruppenpraxen nur aus zwei Gesellschaftern bestehen, führt das Ausscheiden eines Gesellschafters aus der OG zur Auflösung der Gesellschaft. Dasselbe gilt aber auch, wenn zwei Gesellschafter eine GmbH zum Betrieb der Gruppenpraxis gegründet haben, weil nach derzeitiger Rechtslage eine Einmann-GmbH berufsrechtlich nicht zulässig ist. Einige Gesamtverträge sehen für diesen Fall vor, dass der Gruppenpraxis-Einzelvertrag fortgeführt werden kann, wenn die Nachbesetzung innerhalb kurzer Zeit (i.d.R. sechs Monate) erfolgt. Kommt es nicht zur Fortsetzung des Gruppenpraxis-Einzelvertrages durch Neuaufnahme eines Gesellschafters, so sehen die Gesamtverträge unterschiedliche Konsequenzen vor. In einigen Bundesländern kommt es jedenfalls zum Wiederaufleben des oder der ursprünglichen Einzelverträge, die die Gesellschafter vor

Gründung der Gesellschaft hatten. In den meisten Bundesländern setzt allerdings die Rückkehr in den ursprünglichen Einzelvertrag die Zustimmung von Kasse und Kammer voraus.

Bei Jobsharing-Praxen, bei denen ja von der Gesellschaft nur ein einziger Kassenvertrag betrieben wird, erhält i.d.R. der verbleibende Gesellschafter alleine den bisherigen Gruppenpraxis-Vertrag als Einzelvertrag. Um eine auf diesem Weg denkbare Umgehung der der Bewerberauswahl zugrunde liegenden Reihungsrichtlinien zu verhindern, gibt es dabei allerdings Einschränkungen (bei der Jobsharing-Gruppenpraxis besteht, wie zuvor ausgeführt, gewöhnlich ein Auswahlrecht des bisherigen Ordinationsinhabers, sodass es von der regulären Punkteliste abweichende Auswahlentscheidungen geben kann). I.d.R. erfolgt der automatische Übergang des Einzelvertrages bei Auflösung der Jobsharing-Gruppenpraxis nur im Falle des Todes eines Gesellschafters oder wenn die Jobsharing-Gruppenpraxis schon länger gedauert hat bzw. der verbleibende Gesellschafter bei der Ausschreibung ohnehin erstgereiht war.

2.6. Nebentätigkeiten als Wahlarzt und Gesellschafter einer Gruppenpraxis

Die meisten Gesamtverträge sehen Einschränkungen für wahlärztliche Nebentätigkeiten durch Gesellschafter eine Kassengruppenpraxis vor. I.d.R. gibt es für Patienten von Gruppenpraxis-Gesellschaftern, die eine wahlärztliche Zweitordination betreiben, keinen Rückersatz.

2.7. Mindestordinationszeiten

Alle Gesamtverträge enthalten konsequenterweise für Gruppenpraxen höhere Mindestordinationszeiten als für Einzelordinationen.

In den meisten Gesamtverträgen ist vorgesehen, dass bei der Gruppenpraxis mit zwei Gesellschaftern die Mindestordinationszeit von üblicherweise in der Einzelordination geltenden 20 Wochenstunden auf 30 Wochenstunden angehoben wird. Gewöhnlich sehen die Gesamtverträge eine weitere Staffelung vor, die dazu führt, dass bei einer zwei übersteigenden Anzahl von Gesellschaftern die Mindestordinationszeiten weiter erhöht werden. Diese Erhöhung erfolgt allerdings nicht linear, weil auch sichergestellt werden soll, dass zu den Hauptfrequenzzeiten mehrere Ärzte gleichzeitig tätig sein können.

Ausgenommen von der Anhebung der Mindestordinationszeiten sind naturgemäß die Gruppenpraxen, die gemeinsam nur eine Kassenstelle betreuen, also Jobsharing-Gruppenpraxen und Nachfolgepraxen.

2.8. Degressions- und Staffelregelungen sowie Rabattvorgaben für Gruppenpraxen

Die meisten Honorarordnungen sehen Degressionen und Staffellungen vor, die dazu führen, dass Mehrleistungen ab einem gewissen Ausmaß schlechter honoriert werden. Diese Degressionen und Staffellungen werden in allen Bundesländern bei Gruppenpraxen aliquot angepasst, also etwa bei Gruppenpraxen mit zwei Gesellschaftern gewöhnlich verdoppelt, um den Effekt der Degression abzuschwächen.

Die Gründung von Gruppenpraxen war ursprünglich dadurch stark behindert, dass die Sozialversicherungsträger Honorarrabatte verlangt haben und es deshalb für die niedergelassene Ärzteschaft unattraktiv wurde, sich auf Gruppenpraxen einzulassen. Diese Rabatte wurden in einigen Bundesländern daher mittlerweile zur Gänze abgeschafft bzw. in anderen Bundesländern zumindest reduziert. Tatsächlich gibt es aber noch Gesamtverträge, die Rabattierungen vorsehen, die bei diagnostischen Fächern auf bis zu 13,5 % ansteigen können.

2.9. Begrenzung der Patientenzahlen bei Jobsharing- und Übergabepraxen

Wird eine einzige Kassenstelle gemeinsam bewirtschaftet (bei Jobsharing- und Nachfolgepraxen), sehen die Gesamtverträge i.d.R. eine Begrenzung der Patientenzahl vor, um sicherzustellen, dass der Leistungsumfang tatsächlich nur demjenigen einer einzelnen Kassenstelle entspricht. In einigen Bundesländern führt ein Überschreiten der Grenze zwar nicht zum vollständigen Honorarverlust, sondern nur zu Abschlägen. In den Bundesländern, in denen bei Überschreitung der Fallgrenze kein Honorar mehr bezahlt wird, gibt es gewöhnlich Toleranzgrenzen gegenüber der vereinbarten höchstzulässigen Patientenzahl (die sich gewöhnlich an der Patientenzahl orientiert, die von der ursprünglich als Einzelpraxis geführten Ordination betreut wurden).

2.10. Ablöseregulungen

In einigen wenigen Bundesländern gibt es gesamtvertragliche Vorgaben bzw. Ärztekammerrichtlinien, die regeln, welcher Preis für die Übertragung eines Gesellschaftsanteiles einer Gruppenpraxis zu bezahlen ist. Dieser berücksichtigt einerseits den von der übernommenen Ordination übergebenen Substanzwert, aber andererseits auch deren Firmenwert.

2.11. Besonderheiten der Nachfolge-/ Übergabepaxis

In den meisten Gesamtverträgen ist vorgesehen, dass der Ordinationsvorgänger und -nachfolger noch einige Zeit die Ordination gemeinsam führen können. In einigen Bundesländern ist das nur im Rahmen einer Gruppenpraxis möglich, in anderen Bundesländern auch ohne die Gründung einer solchen. Da mit der Nachfolgepraxis nur die Übergabe vorbereitet wird und es zu keiner langfristigen Zusammenarbeit kommt, ist in allen Bundesländern vorgesehen, dass nur der bei der Ausschreibung Erstgereichte als Nachfolger in Frage kommt und – anders als bei der auf Dauer angelegten Jobsharing- oder Bruchstellen-Praxis – kein Auswahlrecht des Übergebers besteht. Nur für den Fall, dass gegen den Erstgereihten gerechtfertigte sachliche Einwände bestehen, gibt es ein Ablehnungsrecht des Ordinationsvorgängers.

I.d.R. besteht die Möglichkeit zur Gründung einer Nachfolgepraxis bis zum 70. Lebensjahr des Kassenarztes. Je nach Bundesland kann der Übergeber Nachfolgepraxen in der Dauer zwischen 12 und 48 Monaten beantragen. Zumeist ist der Ordinationsübergeber verpflichtet, einen wesentlichen Teil (meist über 50 %) der Ordinationszeit weiterhin mitzuarbeiten.

3. Erweiterte Vertretung/ gemeinsame Vertragserfüllung

In den meisten Bundesländern gibt es auch die Möglichkeit, dass Kassenärzte nicht im Rahmen einer Gruppenpraxis, sondern im Rahmen sog. erweiterter Vertretungen oder gemeinsamer Vertragserfüllungen zusammenarbeiten. Unter erweiterter Vertretung wird eine Konstruktion verstanden, bei der Kassenärzte mit einem durch freien Dienstvertrag an die Ordination gebundenen Arzt zusammenarbeiten, der nicht nur vertretungsweise, sondern auch parallel zum Kassenarzt in der Ordination tätig werden kann.

Der erweiterte Vertreter kann vom Kassenarzt frei ausgewählt werden, weil es im Unterschied zur Vertragsvergabe an eine Gruppenpraxis keine Ausschreibung gibt. Nur wenn gegen den erweiterten Vertreter sachliche Bedenken bestehen, können Kasse und Kammer die Auswahl beeinspruchen.

In einigen Bundesländern setzt das Modell der erweiterten Vertretung voraus, dass die Ordination bereits mehrere Jahre bestanden hat. I.d.R. ist auch Voraussetzung, dass der Kassenarzt zumindest 50 % weiterhin selbst mitarbeitet und ist es daher unzulässig, die Ordination zur Gänze an eine erweiterte Vertretung weiterzugeben.

Ein Kassenarzt, der eine erweiterte Vertretung beschäftigen möchte, bedarf gewöhnlich nur dann einer Zustimmung von Kasse und Kammer, wenn er die Ordination ausweitet.

Nur in wenigen Bundesländern bedarf es einer Begründung für die Beiziehung einer erweiterten Vertretung (z.B. temporäre Überlastung, saisonale Spitzenbelastungen, Kinderbetreuung, politische Mandatsausübung).

4. Teilung einer Kassenstelle (Jobsharing) ohne Bildung einer Gruppenpraxis

Um die Notwendigkeit der Gründung einer Gruppenpraxis zu vermeiden, sehen einige Bundesländer die Möglichkeit vor, dass sich mehrere Ärzte eine Kassenstelle auch ohne Bildung einer Gruppenpraxis teilen können und dafür Teileinzelverträge erhalten.

Diese Möglichkeit ist i.d.R. zeitlich befristet und führt dazu, dass – im Unterschied zu Gruppenpraxen – der ursprüngliche Kassenarzt den Partner ohne Ausschreibung frei wählen kann. Mit Zustimmung von Kasse und Kammer sehen diese Bundesländer allerdings auch die unbefristete und dauerhafte Teilung eines Kassenvertrages vor, wobei es dann auch zu einer Ausschreibung kommen und als Partner der Erstgereichte akzeptiert werden muss.

Um eine Ausweitung der Patientenzahlen bei Stellenteilung zu vermeiden, sind (genauso wie bei Jobsharing-Gruppenpraxen) Degressionen bei Überschreiten der vereinbarten (einer Einzelpraxis entsprechenden) Patientenzahl vorgesehen.

Dr. Thomas Holzgruber

Kammeramtsdirektor der Ärztekammer für Wien

Neue Formen der ärztlichen Zusammenarbeit

Was in Zukunft gelöst werden muss

1. Einleitung	22
2. Gesetzliche Weiterentwicklung bestehender Strukturen	23
3. (Gesamt-)vertragliche Maßnahmen	32
4. Versorgung unbesetzter Kassenstellen	41
5. Zusammenfassung	44

Betrachtet man die Entwicklung der kassenärztlichen Versorgung der letzten Jahrzehnte, so ist festzustellen, dass trotz einer wachsenden Zahl an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten die kassenärztliche Versorgung stagniert bzw. sogar viele Kassenarztstellen nicht besetzt werden können.

1. Einleitung

In der Politik und in Teilen der Ärzteschaft glaubt man diesem Problem durch neue Zusammenarbeitsformen begegnen zu können. Während die Ärzteschaft mit ihren Ideen nach jahrzehntelangem Bemühen wie bei der Anstellung von Ärzten bei Ärzten durchaus Erfolge im Innovationsmanagement hat, versucht sich die Politik in einer „Primärversorgungshysterie“, die zwar gut gemeint ist, aber weder der Schlüssel zur Verbesserung der Zusammenarbeitsformen ist noch eine flächendeckende Versorgung sicherstellen kann. Wenn, wie der RSG Wien von 800 Kassenplanstellen, man bis 2025 nur 108 Planstellen (gerechnet 36 PVE; 13,5 % aller Planstellen) in PVE umwandeln will, dann zeigt dies, dass nicht einmal die Politik an das Projekt PVE in der Breite der Versorgung glaubt.

Wenn dazu noch eine medizinische Entwicklung kommt, die in der Medizin mehr ambulante Behandlungsmöglichkeiten schafft, in den Spitälern seit Jahren Ressourcen zurückgefahren werden und immer neue Spezialbehandlungsangebote ambulant geschaffen werden müssen, die tatsächlich nur punktuell und ohne großen Plan entstehen, zeigt das auch, warum immer mehr Patientinnen und Patienten in der kassenärztlichen Versorgung kein Behandlungsangebot finden. Die Einführung der Kinder- und Jugendpsychiatrie war ein jahrzehntelanges, keineswegs abgeschlossenes Ringen zwischen Kassen und Kammer, in der Nuklearmedizin sind erstmals Stellen in Wien mit 2022 geschaffen worden und Strahlentherapie extramural ambulant gibt es nur privat und die Kassen verweigern den Kostenrückerstattung. Multicolore Gruppenpraxen (Gruppenpraxen mit Gesellschafter unterschiedlicher medizinischer Fachrichtung) verhindert das ASVG, indem man Honorierungsregelungen ins Gesetz aufgenommen hat, was besser in den Händen der Gesamtvertragsparteien läge.

Dass die Finanzierungsregelungen zwischen Ländern und Kassen eine versorgungspolitische Katastrophe sind, weil die Länder Geld gewinnen, wenn Leistungen extramural erbracht werden, und die Kassen, wenn Patienten intramural behandelt werden, ist schon dutzende Male bedauert worden, aber diesen gordischen Knoten der österreichischen Gesundheitspolitik hat noch niemand zerschlagen können.

Unter Beachtung dieser Prämissen und der Unfähigkeit der Zielsteuerungspartner Bund, Länder und Kassen, strukturierte Innovationen zur ambulanten ärztlichen Versorgung auf den Weg zu bringen, hat die niedergelassene Ärzteschaft im Rahmen der Bundeskurie niedergelassene Ärzte der Österreichischen Ärztekammer eine Reformagenda zusammengestellt, die hier auszugsweise, skizzenhaft dargestellt wird.

2. Gesetzliche Weiterentwicklung bestehender Strukturen

2.1. Weiterentwicklung der Gruppenpraxen

Die Gruppenpraxenentwicklung hat genau das Tempo, das Ärztevertreter vorausgesagt haben. Es war immer grob unrealistisch, dass diese Gruppenpraxen sofort die gesamte Versorgung übernehmen. In Wien arbeiten 323 Gesellschafterinnen und Gesellschafter in 121 Gruppenpraxen und haben damit einen Gesamtversorgungsanteil von 20 %, Tendenz steigend.

Die Rechtsform sollte weiter selbstständig berufsberechtigten Ärztinnen und Ärzten vorbehalten bleiben, aber in jeder Rechtsform mit eigener Rechtspersönlichkeit geführt werden, ausgenommen Aktiengesellschaften. Die Geschäftsführungs- und Vertretungsbefugnis in einer Gruppenpraxis sollte den Ärzten oder angestellten nicht ärztlichen Fremdgeschäftsführern, die nicht Gesellschafter sein dürfen und keine Vertretungsbefugnis in allen medizinischen, ärztlichen Belangen haben (z.B. Behandlungsverträge), übertragen werden können.

Zudem sollte man Arbeitsgesellschafter auch offiziell als eine Beteiligungsvariante zulassen und auch auf den Stellenplan anrechnen, allerdings soll jeder Gesellschafter weiterhin maßgeblich an der GP mitarbeiten. Die Anstellung des geschäftsführenden Arztes sollte endlich ermöglicht werden.

Die im Ärztegesetz vorgesehene Verpflichtung zur Aufnahme des Namens eines ärztlichen Gesellschafters in die Firma der Gruppenpraxis ist zu streichen. Diese Bestimmung stammt aus einer Zeit, in der es nur zwei bis drei Gesellschafter in einer Gruppenpraxis gab. Mittlerweile zeigt sich im Zusammenhang mit dem Zusammenschluss von Diagnostikern, aber auch durch die Gründung der PVEs, die Tendenz zu wesentlich größeren Gruppenpraxen, bei denen es schwierig ist, sich entweder auf einzelne Namen zu einigen oder alle Namen anzuführen. Außerdem soll es für ganz Österreich ein Regulativ geben, in dem Vorgaben für die Firma einer Gruppenpraxis, insbesondere hinsichtlich fachlich medizinischer und regionaler Bezeichnungen, festgehalten werden sollen

Transistorische Modelle sollten etabliert werden können, z.B.:

- vorübergehendes Halten von Kapital durch Nicht-Ärzte (siehe § 12 Abs. 2 Z 2 ApoG) bzw. befristeter Verbleib von ausscheidenden Gesellschaftern im Sinne

von Fremdkapital (Earn-Out-Modell). In solchen Fall hätte Junggesellschafter folgende Möglichkeit: Altgesellschafter bleibt für fünf bis zehn Jahre in Gesellschaft – in dieser Zeit erwirbt der Junggesellschafter Anteile.

- Recht des neu einsteigenden Arztes: Anstellung des Neugesellschafter für z.B. fünf Jahre und danach Übergang in die Gesellschafterstellung.

All das wären sinnvolle Weiterentwicklungen, um die Gruppenpraxen noch mehr zu fördern.

2.1.1. Fremdbeteiligung: Sonderregelungen für Gruppenpraxen Radiologie und Labor

Innerhalb der Ärzteschaft gab es schon lange Diskussionen zur Frage der Fremdbeteiligung an Gruppenpraxen. Vor allem in Fächern mit sehr hohen Umsätzen, weil hohem Technisierungsgrad, wird es für junge Ärztinnen und Ärzte immer schwieriger, das Kapital zum Eintritt in die Gruppenpraxis aufzubringen. Gleichzeitig ist aber immer mehr wirtschaftliches Wissen notwendig, um diese Gruppenpraxen zu führen.

Da z.B. Radiologie oder Labormedizin aber de facto nur mehr in Gruppenpraxen ausgeübt werden kann, wird vorgeschlagen, eine Fremdbeteiligung von bis zu x % (< 50 %) auch Nicht-Ärzt*innen eingeschränkt auf diese Fächer zu eröffnen.

Das System kann aber nur ohne ungewollte Beeinflussungen funktionieren, wenn man bestimmte Personen- bzw. Unternehmensgruppen bei der Beteiligung ausschließt; gleiches gilt für Gesellschaften, an denen diese Personen/Unternehmen beteiligt sind:

- Apotheker und andere Gesundheitsberufe mit denen freiberuflich zusammengearbeitet werden kann,
- andere Ärzte, sofern sie nicht mitarbeitende Gesellschafter sind,
- Pharmaindustrie, Pharmagroßhandel, Medizinprodukteindustrie, Arztsoftwarehersteller, Arztbewertungsplattformen, Krankenversicherungen und Eigentümer von bettenführenden Krankenanstalten

Es sollte klar sein, dass Zuweiser, Zulieferer oder sonstige Dritte, die an der Gruppenpraxis eigenes Interesse haben, sich nicht beteiligen können sollten, damit der Fokus der Gruppenpraxis nicht weg vom Patienten zum Gesellschafter gewendet wird.

Zusätzlich muss es ein Verbot von Treuhandverträgen und sonstigen Umsatzbeteiligungen geben, ein Verbot und Nichtigerklärung von Umgehungsgeschäften und dem Verfall der Beteiligung des Dritten.

Weiters wäre eine kartellrechtliche Beteiligungsgrenze von 3 % österreichweit einzuführen, d.h., dass die Beteiligung einer Person/eines Unternehmens bei nicht mehr als 3 % aller Gruppenpraxen im jeweiligen Fachgebiet zulässig ist. Diese kartellrechtliche Schranke ist extrem wichtig, da sonst ein Anbieter den gesamten Markt oder zumindest regionale Märkte beherrschen könnte, was die Ärzteschaft nicht will und auch von der Politik nicht gewollt sein kann. Zur Umsetzung bedarf es der Überprüfung einer Genehmigung der Beteiligung und jeder Änderung der Beteiligungsanteile durch einen Regulator (z.B. Österreichische Ärztekammer), bei Verweigerung wäre ein Rechtszug an das OLG Wien als Kartellgericht vorzusehen.

Selbstverständlich wären Gruppenpraxen mit Beteiligung von Nicht-Ärzt*innen gesamtvertraglich so zu behandeln wie andere Gruppenpraxen, d.h., der ärztliche Gesamtvertrag würde weiter Geltung haben, weil ja nach wie vor Ärzt*innen die Mehrheit haben.

Mit der Fremdbeteiligung von Gruppenpraxen wird der Realität Tribut gezollt. Labormedizinische und radiologische Gruppenpraxen sind heutzutage Großbetriebe, wo für einen guten Erfolg für alle Beteiligten medizinisches Know-how mit wirtschaftlichem zusammengeführt werden muss, aber klar unter dem Primat der Medizin, da schließlich die Gruppenpraxis die Versorgung der Patienten und Patientinnen im Fokus haben muss.

Selbstverständlich kann man das auch für die eine oder andere Gruppenpraxis in einem anderen Fachgebiet behaupten; allerdings ist der Schritt so groß, dass man innerhalb der Ärzteschaft der Meinung war, man solle die Möglichkeit des Fremd(Co-)besitzes vorerst auf Radiologie und Labor einschränken, auch um Erfahrungen zu sammeln.

2.2. Weiterentwicklung der Anstellung von Ärzten bei Ärzten

Die Anstellung von Ärzten bei Ärzten kann man wirklich als ein innovatives Erfolgsmodell bezeichnen. Nachdem erst mit 2020 die gesetzlichen und gesamtvertraglichen Regelungen in Kraft getreten sind, zeigen die Zahlen in Wien (allein in Wien gab es 2021 bereits 50 Anträge um Anstellung), dass diese Form der

Zusammenarbeit in der kassenärztlichen Versorgung trotz Pandemie voll eingeschlagen hat.

Trotzdem zeigen die ersten Jahre auch, dass noch mehr möglich wäre, weshalb man auch in diesem Bereich eine weitere Liberalisierung im Ärzterecht vorschlägt.

- Einzelordinationen dürfen bis zu drei (statt einem) Vollzeitäquivalenten (VZÄ) Ärzt*innen anstellen.
- Gruppenpraxen dürfen bis zu sechs (statt zwei) VZÄ Ärzt*innen anstellen.
- Keine Beschränkung der Anzahl der teilzeitbeschäftigten Ärzte gemäß den vorangegangenen Punkten.
- Ärzte, die in den nächsten fünf Jahren in eine Gesellschafterstellung nachrücken, werden im Stellenplan nicht angerechnet.
- Anrechnung von Arbeitsgesellschaftern bei Gruppenpraxen als ein VZÄ im Stellenplan.
- Klarstellung, dass Anstellung von fachfremden Ärzten in Ordinationen und Gruppenpraxen (z.B. Facharzt für Innere Medizin stellt Facharzt für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie für die Durchführung von Endoskopien [Gastroskopie, Koloskopie] an; Arzt für Allgemeinmedizin stellt Facharzt für Innere Medizin für spezifische Untersuchungen [z.B. Ultraschall] an) möglich ist, wenn damit keine Ausweitung der Berufsberechtigung für die Ordinationsstätte verbunden ist. Zusätzlich soll es die Möglichkeit der Anstellung eines fachgebietserweiternden Arztes geben, wenn damit die Erbringung gemeinsamer Leistungen ermöglicht wird (Chirurg stellt Anästhesist an).

Auch wenn es den Puristen der Freiberuflichkeit nicht gefallen mag, viele Ärzt*innen wollen als angestellte Ärzt*innen arbeiten, wobei, so wie in anderen freien Berufen, die Tätigkeit als Angestellter bei einem Freiberufler in sehr vielen Fällen als Einstieg zum Umstieg in die eigene Freiberuflichkeit zu betrachten ist. Als angestellter Spitalsarzt ist es logisch, dass man sich nicht vorstellen kann, so einen Betrieb selbst zu führen. Als angestellter Arzt in einer Ordination ist der Zugang diesbezüglich komplett anders, weshalb die Tätigkeit als angestellter Arzt in einer Ordination in vielen Fällen als Vorstufe für die eigene Selbstständigkeit zu sehen ist.

2.3. Weiterentwicklung des Vertretungsrechts

Die häufigste und damit am meisten unterschätzte Zusammenarbeitsform zwischen Ärzt*innen ist das Instrument der Vertretung. Es funktioniert seit Jahrzehnten friktionsfrei und geht deshalb in der Zusammenarbeitsdiskussion scheinbar unter.

Hier wäre es analog zur Anstellung notwendig, dass Vertretungen in Ordinationen und Gruppenpraxen auch durch fachfremde Ärzte erfolgen können; natürlich nur im Rahmen der Berufsberechtigung des Ordinationsinhabers (z.B. Facharzt für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie lässt sich bei der Durchführung von Endoskopien [Gastroskopie, Koloskopie] durch einen Facharzt für Innere Medizin vertreten).

Auch über eine verbesserte Honorierung von Vertretungen durch die Sozialversicherung wird man reden müssen. Man könnte z.B. an das bestehende Modell in Salzburg anknüpfen, wo es für Behandlungen, die von einem Vertreter durchgeführt werden, ein Zuschlag (z.B. € 10.-) pro Fall und Quartal gebührt. Selbstverständlich sind dazu Regelungen in der jeweiligen regionalen Honorarordnung erforderlich, da es unzweifelhaft Obergrenzen geben muss, aber es ist vollkommen unrealistisch, dass ein niedergelassener Kassenarzt ohne Urlaub, Fortbildung oder Krankheit 25 bis 30 Jahre Tag und Nacht allein seine kassenärztliche Tätigkeit ausübt. Dass man für derartige Tätigkeiten niemanden mehr findet, ist eigentlich logisch. Daher braucht es Vertreter, um die Versorgung aufrecht zu erhalten, und das sollte respektiert und auch honoriert werden, vor allem, wenn man gleichzeitig immer mehr eine ganzjährige Öffnung verlangt.

2.4. Weiterentwicklung des Ambulatoriums/ Institutsrechts

Ambulatorien (vulgo Institute) sind Krankenanstalten in der Rechtsform selbstständiger Ambulatorien und unterliegen dem Krankenanstaltenrecht. Hinter dieser rechtlichen Definition verbirgt sich eine der größten Tragödien des österreichischen Gesundheitsrechts, nämlich die Abgrenzung von einer rein ambulanten Krankenanstalt zu einer ärztlichen Gruppenpraxis. Die Judikatur quält sich mit dieser Fragestellung zu Recht seit Jahrzehnten herum und die Ergebnisse sind so, dass im Ergebnis die Rechtsanwender hemmungslos verunsichert sind. Dazu kommt noch, dass vollkommen unsinnigerweise das Krankenanstaltenrecht Art. 12 B-VG Materie ist und Gruppenpraxen Art. 10-B-VG unterliegen, eine Regelung die ihren Ursprung im 19. Jahrhundert hat und schon längst nicht mehr zeitgemäß ist, da teilweise vollkommen idente Leistungen angeboten werden.

Jedenfalls ist eine Abgrenzung von Krankenanstalten in der Rechtsform selbstständiger Ambulatorien zu Gruppenpraxen endlich klar im Krankenanstaltenrecht zu formulieren.

Nachdem Ärzte bis zu drei angestellte VZÄ beschäftigen können sollen (siehe oben), sollen erst Einrichtungen ab vier ärztlichen VZÄ-Angestellten als Ambulatorium gegründet werden können (gilt nicht für bestehende Ambulatorien). Ärztlicher Direktor und Stellvertreter müssen Angestellte des Ambulatoriums sein, was derzeit absurderweise von den Vollzugsbehörden ignoriert wird. Damit wäre endlich eine sinnvolle Grenze eingezogen.

Die Umwandlung einer Kassenplanstelle in ein Ambulatorium sollte nur dann zulässig sein, wenn eine Stelle an diesem Ort als Kassen-(Gruppenpraxis-)Einzelvertrag ausgeschrieben und binnen einer zu definierenden Frist nicht besetzt werden kann. Umwandlungen von Kassenordinationen/Gruppenpraxen in Ambulatorien am selben Standort sollen überhaupt ausgeschlossen werden. Derzeit haben wir die Perversion, dass ein Einzelvertrag ein nicht handelbares Gut ist, aber gleichzeitig erlaubt die Judikatur Ärzten, ihren Einzelvertrag in ein Ambulatorium am selben Standort umzuwandeln, wenn nach der Umwandlung die Kasse dann an das Ambulatorium wieder einen Vertrag gibt, was tatsächlich regelmäßig passiert. Kann man selbiges verkaufen, hat dies auch noch den Vorteil, dass als Käufer de facto jeder Dritte (also in- oder ausländische jur. oder physische Person) auftreten kann oder man, was beim Einzelvertrag auch nicht geht, Anteile vererben kann.

Wie bei Neuregelungen immer sinnvoll, sollte es ein erleichtertes Umgründungsrecht von Ambulatorien in Gruppenpraxen geben; natürlich nur bei Beteiligung von Ärzten bzw. in Radiologie/Labor auch bei der Beteiligung von Nicht-Ärzten. Dabei könnte mit einer weiteren historischen Unsinnigkeit des österreichischen Gesundheitssystems aufgeräumt werden, nämlich CT- und MR-Geräte als Großgeräte anzusehen und man deren Betrieb betreffend der Vergabe von Kassenverträgen ausschließlich in Ambulatorien zulässt.

2.5. Weiterentwicklung der Primärversorgungseinheiten (PVE)

Der Bund, aber vor allem Länder und Sozialversicherung beklagen regelmäßig, wie „böse“ die Ärzteschaft ist, weil ihre tolle Idee der Primärversorgungseinheiten nicht so funktioniert, wie sie das wollen.

Wenn man sieht, wie komplex das Gesamtkunstwerk PVE im Zusammenwirken zwischen regionalem Strukturplan, Stellenplan, Gesellschaftsrecht etc. ist, verwundert es wenig, dass es nicht so leicht ist, drei Allgemeinmediziner*innen zu finden, die sich auf das Abenteuer PVE einlassen.

Auch muss die Politik sich fragen, ob die Teilung in gute PVE, wo man zu jeder Eröffnung läuft, und nicht so gute Einzelordinationen, denen weniger Möglichkeiten eingeräumt werden als den PVE, aber die nach den Intentionen der Zielsteuerung ca. 85 % der Patienten*innen versorgen sollen, wirklich der Weisheit letzter Schluss ist. Ob es nicht sinnvoller wäre, für alle Ärzt*innen den Zugang zu weiteren versorgungsrelevanten Berufsgruppen zu öffnen, den Facharzt für Allgemeinmedizin mit adäquater Lehrpraxis endlich umzusetzen oder überhaupt bei den Landesspitälern darauf zu achten, dass Personen, die eine allgemeinmedizinische geförderte Lehrpraxis haben, nicht zu einer Facharztausbildung motiviert werden.

Als erster Schritt zur Förderung der PVE soll auch eine Einzelordination mit zwei angestellten Allgemeinmedizinern/Kinderärzten eine PVE sein können. Das ist zwar im ÄrzteG vorgesehen, aber absurderweise nicht im PrimVG.

Weiters sollte eine PVE an einem Standort auch in Form von Ordinations- und Apparate-gemeinschaften möglich sein (als Netzwerke). Aktuell bedarf es zwingend der Gründung einer Gruppenpraxis und somit einer Vergesellschaftung. Einige Ärzte stehen einer Vergesellschaftung/Gruppenpraxisbildung kritisch gegenüber bzw. lehnen eine solche ab. Ein PVE-Zentrum soll daher auch in Form einer Ordinations- und Apparategemeinschaft (und somit ohne Gruppenpraxisbildung) möglich sein. Bei PVE in Form von Ordinations- und Apparategemeinschaften können die teilnehmenden freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich der ärztlichen Leistungen mit den Krankenversicherungsträgern jeweils aufeinander abgestimmte Primärversorgungs-Einzelverträge entsprechend dem Inhalt des Primärversorgungs-Gesamtvertrags einschließlich der jeweiligen gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung nach § 342b Abs. 4 ASVG abschließen (= somit könnte jeder PVE-Arzt die von ihm erbrachten ärztlichen Leistungen individuell mit der Sozialversicherung verrechnen, lediglich die nichtärztlichen Leistungen wären „gemeinsam“ mit der Sozialversicherung abzurechnen).

Auch die Ganzjahresöffnung ist insbesondere im Hinblick auf allfällige Ausfälle von Ärzten im PVE (z.B. durch Krankenstände, Schwangerschaften, ...) nicht bzw. oft nur schwer umsetzbar. Insbesondere im Hinblick darauf, dass ohnehin zu wenige Allgemeinmediziner vorhanden sind, gestaltet sich die Suche nach Vertretungsärzten bei Ausfällen oft ergebnislos, hier sollte man unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme durch die Bevölkerung flexiblere Modelle in die Gesamtverträge aufnehmen.

Die Gründung ist oft schwierig, da immer drei ärztliche Vollzeitäquivalente vorhanden sein müssen. Speziell in der Startphase sollten PVE bereits mit 1,5 VZÄ bzw. 2 VZÄ starten können. So könnten dann leichter zusätzliche Ärzte für das PVE gewonnen werden, da diese in eine funktionierende Struktur einsteigen könnten. Dafür wäre „nur“ eine Änderung im PVE-Gesamtvertrag erforderlich.

Im PrimVG fehlt auch die Schaffung von kinder- und jugendfachärztlichen Primärversorgungseinheiten als primäre Anlaufstellen für Kinder- und Jugendliche in Anlehnung an allgemeinmedizinische Primärversorgungseinheiten mit der Möglichkeit, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiater einzubinden. Ob man für diese vor allem im urbanen Gebiet notwendige Ergänzung des PrimVG aber ändern muss, ist unklar. Die Wiener Ärztekammer hat im Oktober 2021 bereits Modelle für Wiener Kinder-PVE in der Wiener Gesundheitsplattform präsentiert, bei denen Änderungen des PrimVG nicht notwendig sind.

Im Ergebnis muss man sich fragen, ob die komplexen Regelungen des PrimVG überhaupt notwendig sind, da es ärztliche Gruppenpraxen oder Ambulatorien mit Kassenverträgen, die spezielle Versorgungsaufträge haben, auch schon vor dem PrimVG gab und es gibt sie auch weiterhin parallel. Ein weiteres Thema der PVE ist die Frage, wie man RSG und Stellenplan harmonisieren kann. Dafür könnte man bei politischem Willen auch andere Lösungen finden, wie z.B. das in Wien erfolgreich praktizierte Modell der RSG Wien, das gemeinsam von Land, Kasse und Ärztekammer umgesetzt wurde.

Schließlich muss man bei der PVE auch die Möglichkeit schaffen, dass neben z.B. zwei Ärzten temporär ein dritter Allgemeinmediziner z.B. von einer Organisationseinheit der Kammer gestellt wird oder auch schon zwei Ärzt*innen für Allgemeinmedizin für ein PVE reichen. Auch das würde den K(r)ampf, drei Allgemeinmediziner*innen zu finden, die gemeinsam ein Unternehmen gründen wollen, erleichtern. Schließlich ist in diesem Sinn überhaupt zu überlegen, ob nicht diese Organisationseinheit der Kammer temporär eine PVE mit Ärzten aufbaut und führt, bis Ärzte diese übernehmen.

2.6. Weiterentwicklung ASVG

Das ASVG hat seit 1955 maßgeblich zu einer flächendeckenden Versorgung mit kassenärztlichen Leistungen beigetragen und erfüllt diese Funktion trotz zunehmender Probleme weiterhin.

Ungeachtet dessen sollte auch das ASVG entrümpelt werden:

- Ein niedergelassener Arzt in einer Gruppenpraxis sollte gleichzeitig Kassen- und Wahlarzt (mit Kostenrückerstattung für erstattungsfähige Leistungen) in der gleichen Fachrichtung an einem anderen Ordinationsstandort sein können. Aktuell schließt die Judikatur des Verfassungsgerichtshofes dies aus (u.a. G24/98; V38/98). Gedacht wird dabei insbesondere an jene Fälle, in denen Vertragsärzte als Wahlärzte bereit dazu sind, in unterversorgten Regionen einen Teil der Versorgung zu übernehmen.
- Für multicolore Gruppenpraxen sollte die Schaffung von Einzelleistungs-Abrechnungsmöglichkeiten mit der Sozialversicherung ermöglicht werden. § 342a Abs. 2, 2. und 3. Satz ASVG, die eine zwingende Pauschalhonorierung vorsehen, sind zu streichen. Aktuell ist diese Bestimmung der Hemmschuh für multicolore Gruppenpraxen, weil damit ein vollkommen leistungsfeindliches System propagiert wird, das Ärzt*innen aus ökonomischen Gründen in Hinblick auf die Risikotragung der Einnahmen versus Patient*innenzahlen nicht interessiert.
- Während es für andere Berufsgruppen Karenzmodelle für Frauen gibt, fehlt dies für Kassenärztinnen, was auch ein Grund dafür ist, warum sich Ärztinnen nicht trauen, eine Kassenordination zu übernehmen. Hier könnte die Sozialversicherung bei Ordinationsschließung wegen Schwangerschaft für einen Zeitraum bis zu maximal einem Jahr die Fixkosten der Ordination (Miete, Gehälter Arzhelferinnen etc.) übernehmen, wobei diese Kostenübernahme allerdings mit einem (noch) zu definierenden Maximalbetrag zu begrenzen wäre.

Obwohl es nicht unbedingt mit den Versorgungsmodellen zu tun hat, aber mit der Attraktivität der kassenärztlichen Tätigkeit, dürfen Entbürokratisierung, ausreichende Finanzierung der Sozialversicherung und eine föderale Organisation bei der Österreichischen Gesundheitskasse als Schlagworte nicht unerwähnt bleiben. Diese in der Ärzteschaft breit diskutierten Kritikpunkte wirken abschreckend.

3. (Gesamt-)vertragliche Maßnahmen

Es ist aber nicht nur der Gesetzgeber, sondern es sind auch die Gesamtvertragsparteien gefordert, die bestehenden Modelle weiter auszubauen. Hierzu gibt es eine ganze Reihe von Überlegungen, die teilweise schon regional umgesetzt wurden und wo die Österreichische Gesundheitskasse dazu aufgerufen ist, mit den Ärztekammern diese Flexibilisierungen zu verhandeln. Im Folgenden wird nur skizzenhaft auf die einzelnen Modelle eingegangen.

3.1. Teil-Kassenverträge, wenn Kassenstellen nicht besetzbar sind (Pilotprojekt in Vorarlberg bereits vorhanden)

Eckpunkte:

- Kammer und Kasse entscheiden in jedem Einzelfall einvernehmlich, ob bei einer unbesetzbaren Kassenstelle die Möglichkeit für eine Teilstelle eröffnet wird oder nicht.
- Minimum sollten 20 %-Teilverträge sein (das wären vier Stunden Ordinationszeit bei Mindestordinationszeiten von 20 Stunden; aktuell sind in Vorarlberg 35 % Minimum).
- Sicherstellung, dass z.B. bei einem Teilvertrag von 20 % auch nur rund 20 % einer ganzen Kassenstelle abgerechnet werden können (Regelung entsprechend in der jeweiligen regionalen Honorarordnung).
- Bei Mehrfachbewerbungen für Teilstellen ist die prozentuelle Höhe des angestrebten Teil-Vertrages maßgeblich. Bei allfälligem Reihungsgleichstand entscheidet die Punktereihung nach den Reihungsrichtlinien.

3.2. Teilung von Kassenverträgen – Job-Sharing (ohne Gründung einer Gruppenpraxis)

3.2.1. Vorübergehende Teilung – Eckpunkte

- Jeder Kassenvertragsinhaber kann seinen Kassenvertrag mit anderen Ärzten teilen.
- Jeder Teil-Vertragsinhaber rechnet seine Leistungen direkt mit der Sozialversicherung ab, d.h., jeder Teilungspartner erhält einen Teil-Einzelvertrag (die Kosten werden zwischen den Teilungspartnern im Innenverhältnis aufgeteilt – unterliegt der freien Vereinbarung).
- Für maximal zwölf Jahre möglich.
- Bis zu vier Teilungspartner gleichzeitig möglich (z.B. 4 x 25 %).
- Teilung ist ohne Angabe von Gründen möglich.
- Freie Wahl des Teilungsprozentsatzes (z.B. 50/50, 80/20, 30/30/40) und jederzeitiger (auch mehrfacher) Wechsel des Teilungsprozentsatzes möglich.
- Wechsel (auch mehrfach) in der Person des Teilungspartners möglich.
- Keine Zustimmung durch Kammer und Sozialversicherung erforderlich.
- Freie Auswahl des Teilungspartners, nur Einspruchsmöglichkeit von Kammer und Kasse gegen den Teilungspartner, wenn Bedenken gegen diesen bestehen (müssen begründet werden, Anfechtung bei Paritätischer Schiedskommission möglich).
- Bestehender Einzelvertrag ruht für die Dauer der Teilung und lebt bei Beendigung der Teilung wieder auf.
- Sicherstellung, dass z.B. bei einem Teilvertrag von 20 % auch nur rund 20 % einer ganzen Kassenstelle abgerechnet werden können (Regelung entsprechend der jeweiligen regionalen Honorarordnung).

3.2.2. Dauerhafte Teilung – Eckpunkte

- Vorherige Zustimmung von Kammer und Sozialversicherung erforderlich.
- Kassenvertragsinhaber kann festlegen, wie viel % seiner Stelle ausgeschrieben werden sollen (z.B. 20 %).
- Sicherstellung, dass z.B. bei einem Teilvertrag von 20 % auch nur rund 20 % einer ganzen Kassenstelle abgerechnet werden können (Regelung entsprechend der jeweiligen regionalen Honorarordnung).
- Öffentliche Ausschreibung der Teilstelle, Reihungsrichtlinien finden Anwendung, allerdings erhält der Ordinationsinhaber eine Auswahlmöglichkeit innerhalb einer Bandbreite (analog der Bandbreite bei Gruppenpraxen). Für die Schaffung einer solchen Auswahlmöglichkeit bedarf es einer Änderung des ASVG (§ 343 Abs. 1a ASVG).
- Jeder Teil-Vertragsinhaber rechnet seine Leistungen direkt mit der Sozialversicherung ab, d.h., jeder Teilungspartner erhält einen Teil-Einzelvertrag (die Kosten werden zwischen den Teilungspartnern im Innenverhältnis aufgeteilt – unterliegt der freien Vereinbarung).
- Bestehender Einzelvertrag ruht für die Dauer der Teilung.
- Bei Beendigung der Teilung nach mehr als einjähriger Zusammenarbeit – ruhender Einzelvertrag lebt für den Teilungspartner auf, der seinen Teil-Vertrag nicht kündigt (somit ist eine Ordinationsübergabe möglich, Übergabepraktisemodell); bei Beendigung der Teilung binnen des ersten Jahres: der ruhende Einzelvertrag lebt für den Ordinationsinhaber wieder auf).

3.3. Gemeinsame Bewerbung um eine Kassenstelle – Eckpunkte

- Zwei Ärzte können sich als Team auf eine ausgeschriebene Kassenstelle bewerben. Die Reihungspunkte werden addiert und durch die Zahl der Ärzte dividiert.
- Jeder Arzt erhält einen Teil-Vertrag.
- Jeder Teil-Vertragsinhaber rechnet seine Leistungen direkt mit der Sozialversicherung ab, d.h., jeder Teilungspartner erhält einen Teil-Einzelvertrag (die Kosten werden zwischen den Teilungspartnern im Innenverhältnis aufgeteilt – unterliegt der freien Vereinbarung).

- Sicherstellung, dass z.B. bei einem Teilvertrag von 50 % auch nur rund 50 % einer ganzen Kassenstelle abgerechnet werden können (Regelung entsprechend der jeweiligen regionalen Honorarordnung).
- Wenn Vertragsteilung ein Jahr gedauert hat und einer der beiden Teil-Vertragsärzte ausscheidet, dann erhält der verbleibende Teil-Vertragsarzt einen normalen Einzelvertrag, wenn er dies wünscht; er kann aber auch als Teil-Vertragsarzt weiterarbeiten und der freie Teil kann neuerlich ausgeschrieben werden.

3.4. Erweiterte Teilung von Kassenverträgen – erweitertes Job-Sharing

Bei der erweiterten Teilung von Kassenverträgen/beim erweiterten Jobsharing soll eine Ausdehnung des Versorgungsauftrages auf bis zu 190 % einer Kassenarztstelle ohne Gründung einer Gruppenpraxis möglich sein.

3.4.1. Vorübergehende erweiterte Teilung – Eckpunkte

- Jeder Teil-Vertragsinhaber rechnet seine Leistungen direkt mit der Sozialversicherung ab, d.h., jeder Teilungspartner erhält einen Teil-Einzelvertrag (die Kosten werden zwischen den Teilungspartnern im Innenverhältnis aufgeteilt – unterliegt der freien Vereinbarung).
- Für maximal zwölf Jahre möglich.
- Nur bei unbesetzten Kassenstellen im Versorgungsgebiet oder bei regionalem Zusatzbedarf, der kleiner als eine ganze Kassenstelle ist, möglich.
- Kammer und Sozialversicherung definieren einvernehmlich den Zusatzbedarf (z.B. 150 %) für die erweiterte Vertragsteilung (Grund: temporäre Erweiterung des Stellenplanes).
- Alle Kassenärzte in der Versorgungsregion können sich binnen vier Wochen um diesen zusätzlichen Versorgungsauftrag bewerben. Bei Mehrfachbewerbungen erhält derjenige Kassenarzt den Zuschlag, der in den letzten drei Jahren die meisten Kassenfälle abgerechnet hat.
- Freie Wahl des Teilungsprozentsatzes (z.B. 100/50, 80/70, 90/60) innerhalb der Vorgabe von Kammer und Sozialversicherung (z.B. 150 %) und jederzeitige (auch mehrfache) Änderung des Aufteilungsprozentsatzes möglich.
- Wechsel (auch mehrfach) in der Person des Teilungspartners möglich.

- Freie Auswahl des Teilungspartners, nur Einspruchsmöglichkeit von Kammer und Kasse gegen den Teilungspartner, wenn Bedenken gegen diesen bestehen (müssen begründet werden, Anfechtung bei Paritätischer Schiedskommission möglich).
- Bis zu vier Teilungspartner gleichzeitig möglich.
- Bestehender Einzelvertrag ruht für die Dauer der Teilung und lebt bei Beendigung der Teilung wieder auf.
- Sicherstellung, dass z.B. bei einem Teilvertrag von 20 % auch nur rund 20 % einer ganzen Kassenstelle abgerechnet werden können (Limitierungen, Degressionen usw. sind entsprechend anzupassen [Regelung entsprechend der jeweiligen regionalen Honorarordnung]).

3.4.2. Dauerhafte erweiterte Teilung – Eckpunkte

- Kammer und Sozialversicherung legen einvernehmlich die Erweiterung fest (z.B. 150 %) – Erweiterung des Stellenplanes.
- Alle Kassenärzte in der Versorgungsregion können sich binnen vier Wochen um diesen zusätzlichen Versorgungsauftrag bewerben. Bei Mehrfachbewerbungen erhält derjenige Kassenarzt den Zuschlag, der in den letzten drei Jahren die meisten Kassenfälle abgerechnet hat.
- Ordinationsinhaber kann festlegen, wie viel % ausgeschrieben werden sollen (z.B. bei Erweiterung auf 150 % sollen 80 % ausgeschrieben werden, da Ordinationsinhaber nur 70 % weiterarbeiten will).
- Öffentliche Ausschreibung der Teilstelle, Reihungsrichtlinien finden zwingend Anwendung, allerdings erhält der Ordinationsinhaber eine Auswahlmöglichkeit innerhalb einer Bandbreite (analog der Bandbreite bei Gruppenpraxen). Zu beachten: Für die Schaffung einer solchen Auswahlmöglichkeit bedarf es einer Änderung des ASVG (§ 343 Abs. 1a ASVG).
- Jeder Teil-Vertragsinhaber rechnet seine Leistungen direkt mit der Sozialversicherung ab, d.h., jeder Teilungspartner erhält einen Teil-Einzelvertrag (die Kosten werden zwischen den Teilungspartnern im Innenverhältnis aufgeteilt – unterliegt der freien Vereinbarung).
- Bestehender Einzelvertrag ruht für die Dauer der Teilung.
- Sicherstellung, dass z.B. bei einem Teilvertrag von 20 % auch nur rund 20 % einer ganzen Kassenstelle abgerechnet werden können (Limitierungen, De-

gressionen usw. sind entsprechend anzupassen [Regelung entsprechend der jeweiligen regionalen Honorarordnung]).

- Bei Beendigung der Teilung nach mehr als einjähriger Zusammenarbeit – ruhender Einzelvertrag lebt für den Teilungspartner auf, der seinen Teil-Vertrag nicht kündigt (somit ist eine Ordinationsübergabe möglich, Übergabeprixmodell); bei Beendigung der Teilung binnen des ersten Jahres: der ruhende Einzelvertrag lebt für den Ordinationsinhaber wieder auf.

3.5. Erweiterte Stellvertretungsregelung (gemeinsame Vertragserfüllung)

- Versorgungsausmaß der Planstelle wird nicht erhöht (= keine Vermehrung der Planstellen).
- Voraussetzung: Vertragsarzt kann/will den Einzelvertrag im vollen Umfang nicht erfüllen; sollte ohne Angabe von Gründen für jeden Vertragsarzt möglich sein.
- Vertragsarzt nimmt einen anderen Arzt seiner Wahl (ohne Ausschreibung) in seine Kassenpraxis und teilt mit diesem die Ordinationszeiten auf.
- Alle Leistungen werden über den Einzelvertrag des Ordinationsinhabers mit der Sozialversicherung abgerechnet; die Honorierung des „Teilungsarztes“ erfolgt im Innenverhältnis.
- Regelungen zur Verhinderung von Leistungsausweitungen sollen regional getroffen werden.
- Entspricht einer „Dauervertretung“.
- Zeitliche Befristung vorsehen (z.B. für max. zwölf Jahre).

3.6. Modell für Übergabepraxen (ohne Bildung einer Gruppenpraxis)

In Anlehnung/Weiterentwicklung des bestehenden Modells in Salzburg könnte ein Modell für Übergabepraxen ohne Bildung einer Gruppenpraxis geschaffen werden.

- Jeder Kassenarzt kann seine Ordination als Übergabepaxis ausschreiben lassen, Übergabephase (= Phase der Zusammenarbeit) sollte grundsätzlich ein bis drei Jahre dauern.
- Verkürzung der Übergabephase bei Einverständnis des Übernehmers/der Übernehmer möglich.
- Ordinationsinhaber muss im Übergabezeitraum (Durchrechnungsmodell) durchschnittlich mind. 20 % als Kassenarzt arbeiten.
- Reihungsrichtlinien finden auf die Bewerber Anwendung, allerdings erhält der Ordinationsinhaber eine Auswahlmöglichkeit innerhalb einer Bandbreite (analog der Bandbreite bei Gruppenpraxen). Zu beachten: Für die Schaffung einer solchen Auswahlmöglichkeit bedarf es einer Änderung des ASVG (§ 343 Abs. 1a ASVG).
- Teambewerbung möglich, Obergrenze für Anzahl der Übernehmer analog der Teilungsmöglichkeiten bei der Teilung von Kassenverträgen.
- Ordinationszeiten werden zwischen Ordinationsinhaber und Übergabepartner(-n) aufgeteilt.
- Abrechnung erfolgt über den Einzelvertrag des Ordinationsinhabers (Honorierung des Übergabepartners/der Partner erfolgt im Innenverhältnis).

3.7. Niedergelassener Arzt kann gleichzeitig Kassen- und Wahlarzt in verschiedenen Fachrichtungen sein

Nach diesem Vorschlag sollte ein Kassenarzt für Innere Medizin auch Wahlarzt für Allgemeinmedizin an einem anderen Standort sein können. Gesamtverträge können dies ermöglichen. Dort, wo diesbezügliche Beschränkungen in den Gesamtverträgen vorliegen, wären diese zu streichen. Gedacht wird dabei insbesondere an jene Fälle, in denen Wahlärzte bereit sind, in unterversorgten Regionen einen Teil der Versorgung zu übernehmen.

3.8. Abschaffung/Aufhebung/Ausdehnung der Beschränkungen von Nebentätigkeiten für Kassenärzte

In allen Gesamtverträgen gibt es vor allem bei der ÖGK Beschränkungen von Nebentätigkeiten von Kassenärzten. So darf z.B. ein Kassenarzt in Vorarlberg aktuell nur eine Nebenbeschäftigung im Ausmaß von maximal 18 Wochenstunden ausüben.

Diese Beschränkungen und Regularien tragen nicht zu Attraktivität der vertragsärztlichen Tätigkeit bei, sondern schrecken viele ab, denen auch noch andere ärztliche Tätigkeiten am Herzen liegen. Dort, wo diesbezügliche Beschränkungen in den Gesamtverträgen vorliegen, wären diese zu streichen.

In gleicher Weise wären allerdings die Nebenbeschäftigungsverbote der Spitalärzte, insbesondere in den Landesdienstrechten, zu hinterfragen bzw. zu streichen. In jeder politischen Sonntagsrede wird von der Vernetzung des intra- und extramuralen Bereiches gesprochen, will aber ein Arzt beides auf Sachleistungsbasis erbringen, wird es ihm verunmöglicht.

3.9. Ordinationszeitenverteilung

Ob man es will oder nicht, man muss zur Kenntnis nehmen, dass Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei jungen Ärzt*innen eine immer wesentlichere Rolle spielen und die fixen Ordinationsvorgaben abschreckend wirken.

Daher sollten Mindestordinationszeiten in Abstimmung mit den Vertragsärzten im gleichen Sprengel/der gleichen Versorgungsregion flexibler über die Woche verteilt werden können (z.B. 20-Stunden-Mindestordinationszeiten, verteilt auf nur vier oder nur drei Tage). Dort, wo diesbezügliche Beschränkungen in den Gesamtverträgen vorliegen, wären diese zu streichen bzw. sollte auch bei jungen Ärzt*innen die Möglichkeit gegeben sein, die Ordinationszeiten an die eigenen z.B. Kinderversorgungsnotwendigkeiten anzupassen.

3.10. Gruppenpraxen – Themen

Grundsätzlich sollten Abschläge bei der Honorierung von ärztlichen Leistungen in Gruppenpraxen abgeschafft werden, wie dies in Wien und NÖ schon der Fall ist. Es ist nachvollziehbar, wenn junge Ärzte diese Versorgungsform nicht wählen, wenn sie trotz erhöhtem Organisationsaufwand weniger Honorar bekommen.

Weiters sollte auch bei Gruppenpraxen (Job-Sharing-Gruppenpraxis) eine Teilung einer Planstelle möglich sein, wobei bis zu vier Ärzte der gleichen Fachrichtung eine solche Gruppenpraxis bilden können sollen – entweder originär möglich (Ausschreibung der gesamten Planstelle) oder durch Ausschreibung eines GP-Anteils (von GP-Anteilen), wobei ein bestehender Vertragsinhaber Antrag stellen bzw. zustimmen muss.

3.11. Anreizschaffung zur Führung einer Zweitordination/dislozierten Gruppenpraxis:

Oft gibt es Ärzt*innen, die bereit sind, in einer unterversorgten Region eine Zweitpraxis zu eröffnen. In Anknüpfung an das Modell in Salzburg sollte es für die Führung einer Zweitordination/dislozierten Gruppenpraxis einen Zweitordinationszuschlag für den entstehenden Mehraufwand geben. Selbstverständlich ist dafür eine Regelung in der jeweiligen regionalen Honorarordnung erforderlich.

3.12. Ausgleich für Wochenenddienste

Ein regionales Hauptkonfliktthema sind Wochenenddienste, für die es immer schwieriger wird, Ärzt*innen zu finden, vor allem in kleinen Sprengeln. Eine Idee zur Attraktivierung könnte darin bestehen, Ärzt*innen, die in kleinen Sprengeln häufig Wochenenddienste leisten, an den darauffolgenden Montagen einen praxisfreien Tag anzubieten, der von der Sozialversicherung pauschal abgegolten wird.

Auch hier ist nachvollziehbar, dass das Durcharbeiten am Wochenende und dann gleich weiter unter der Woche den Kassenarztberuf nicht attraktiv macht, weil genau diese Konstellation im Spitalsbereich verboten und im Wahlarztsektor nicht üblich ist.

4. Versorgung unbesetzter Kassenstellen

Aufgrund der mangelnden Attraktivität von Kassenarztstellen können immer mehr dieser Stellen nicht mehr nachbesetzt werden, vor allem im Bereich Allgemeinmedizin und Kinderheilkunde hat dies teilweise zu dramatischen regionalen Unterversorgungen geführt. Bürgermeister und Landespolitiker sind daher vielfach sehr beunruhigt, doch die Forderung nach mehr PVEs wird das Problem nicht lösen.

Auch wenn die Ärztekammern keine Versorgungsverantwortung haben, sind selbige seit Jahrzehnten der Motor der Stellenplanung in der Kassenarztmedizin, der Motor für neue Leistungen in den Kassenhonorarordnungen und der Motor für neue Fächer in der Kassenarztmedizin. Unter diesen Auspizien haben die Ärztekammern de facto immer schon Versorgungsverantwortung getragen, weshalb es eine logische Fortentwicklung ist, dass die Ärztekammern jetzt auch Modelle entwickelt haben, wie unbesetzte Kassenplanstellen wieder besetzt werden können.

4.1. Modell zur übergangsweisen Abdeckung vakanter Stellen

Auch wenn es in praktisch allen Bundesländern mehr oder weniger viele unbesetzte Stellen gibt, überall mit steigender Tendenz, mangelt es auf der anderen Seite nicht an Ärztinnen und Ärzten, die aus verschiedensten Gründen zwar zu einer Mitarbeit in einer Ordination bereit sind, allerdings keine (eigene) Ordination gründen wollen. Diese ÄrztInnen werden derzeit etwa als VertretungsärztInnen oder für die Aufrechterhaltung der Bereitschaftsdienste (z.B. Ärztfunkdienst Wien) eingesetzt. In Deutschland gibt es bereits Modelle sogenannter „Stiftungspraxen“, die von den kassenärztlichen Vereinigungen mit Unterstützung der jeweiligen Bundesländer betrieben werden und zwei Ziele verfolgen, nämlich die Betreuung unversorgter Regionen sowie die praktische Einarbeitung von noch unentschlossenen JungärztInnen in die Führung einer Ordination.

Zu diesem Zweck könnte (in Anlehnung an die schon bestehenden Überlegungen in Wien und Oberösterreich) folgendes Modell angedacht werden:

Die Ärztekammer errichtet eine Betriebsgesellschaft, die entweder selbst temporär einen Kassenvertrag übernimmt, oder betreibt vakante Stellen unmittelbar durch von ihr vermittelte ÄrztInnen.

Die Gesellschaft der Kammer beschäftigt ÄrztInnen, die – aus welchen Gründen auch immer – derzeit (noch) keine offene Kassenstelle übernehmen wollen (JungärztInnen, SpitalsärztInnen, BetriebsärztInnen, Ärztepensionisten etc.). Diese werden so wie aktuell in entsprechenden Bereitschaftsdiensten als freiberuflich tätige Ärzte gemäß der entsprechenden Sondernorm des § 47a ÄrzteG beschäftigt und stundenweise honoriert.

Die Betriebsgesellschaft kümmert sich so im Auftrag der Kassen und auch der Länder darum, dass vakante Stellen weiterbetrieben werden können. Dieses Modell würde sich aber auch für die temporäre Überbrückung von Mutterschaftskarenzen von Kassenärztinnen, Krankheitsfällen etc. eignen.

Aufgabe dieser Betriebsgesellschaft wäre es, sich um die Infrastruktur zu kümmern (räumliche Ressourcenbereitstellung, technische Betriebsführung etc.), sowie ÄrztInnen beizustellen. Zusätzlich könnte auch das Ordinationsmanagement übernommen werden (z.B. Qualitätsmanagement, Datenschutzagenden, wirtschaftliche Betriebsführung).

Ziel der Gesellschaft wäre es natürlich, den Kassenvertrag so rasch wie möglich an übernahmewillige KassenärztInnen abzugeben. ÄrztInnen, die im Rahmen der Gesellschaft eine vakante Ordination betreuen, müssten daher auch bei einer Kassenstellenbesetzung bevorzugt behandelt werden.

Die Gesellschaft sollte nicht auf Gewinn ausgerichtet sein, sondern gemeinnützig tätig werden. Sie sollte sich finanziell aus den vereinnahmten Kassenhonoraren ökonomisch erhalten oder mit den Kassen Pauschalien aushandeln. Unbedingt notwendig wäre allerdings eine Ausfallhaftung, weil das Ausfallrisiko für die Besetzung vakanter Stellen nicht von der Ärzteschaft selbst übernommen werden kann. Diese Ausfallhaftung könnte etwa vom jeweiligen Land übernommen werden; auch eine Hilfe bei der Immobiliensuche durch Länder und Gemeinden wäre wünschenswert.

Das Modell kann auch für PVEs verwendet werden, wenn man z.B. für ein PVE gar keine Ärzt*innen findet oder nicht genügend. Hier könnte die Kammer mit ihrer Gesellschaft einspringen; notwendig wäre jedoch eine Änderung des PrimVG, da so eine Gesellschaft der Kammer in der Vergabekaskade im PrimVG gar nicht vorkommt.

Bei dieser Bereitschaftsdienstgesellschaft untertags müssten folgende Eckpunkte beachtet werden:

- Subsidiarität: Vorrangig ist die Kassenarztpraxis. Wird eine Stelle nicht besetzt, tritt die Regelung der Betriebsgesellschaft in Kraft.

- Freiberuflichkeit: Die Ärzte werden von der Betriebsgesellschaft primär freiberuflich (also mit freien Dienstvertrag) beschäftigt.

Das Modell wäre auch für Facharztpraxen denkbar und in jede Richtung skalierbar.

Zentral ist, dass die Ärztekammer dadurch nicht der Konkurrent der niedergelassenen Ärzteschaft werden darf, sondern nur als Ergänzung fungiert. Dass dieses Modell funktioniert, hat die Pandemie in Wien eindrucksvoll bestätigt, wo die Ärztekammer für Wien über ein sehr stark vergleichbares Modell die sogenannten Schnupfen-Check-Boxen (bis zu 30 in Wien), die Triage vor den Gemeindespitälern in Wien, die Erstversorgungsambulanzen in den Gemeindespitälern und das temporäre Covid-Spital In Wiener Prater mit ärztlichen Leistungen und teilweise auch mit Infrastruktur versorgt hat.

4.2. Verbesserte Honorierung bei unbesetzten Kassenstellen

Der Ruf nach mehr Geld mag zwar uninspiriert klingen, aber im Ergebnis kann er erfolgversprechend sein. Hier müsste man definieren, was man als unbesetzte Kassenplanstelle ansieht, z.B. das Vorliegen einer unbesetzten, zumindest einmal erfolglos ausgeschriebenen Vertragsarztstelle und das Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse. Liegt eine unbesetzte Stelle vor, könnte man primär an die Allgemeinmediziner oder Fachärzte in der Region herantreten, ob sie diese Stelle nicht mitversorgen können. Findet sich hier niemand, könnte man auch an entferntere Vertragsärzte herantreten, ob sie bereit wären, einer Lösung beizutreten, die Kammer und Kasse definieren müssen, damit sie den Aufwand für eine zusätzliche Versorgung übernehmen. Diese Lösung von Kammer und Kasse kann natürlich auch finanzielle Reize vorsehen.

Wenn man will, dass sich Ärzt*innen zusätzlichen Mühen aussetzen, sollte man auch finanzielle Anreize setzen. Im Ergebnis ist das volkswirtschaftlich wahrscheinlich günstiger als eine unversorgte Region mit allen Krankheitsfolgen und der Abwanderung der Bevölkerung, die das (mit-)auslösen kann.

5. Zusammenfassung

In der kassenärztlichen Versorgung ist in den letzten Jahren ein massiver Reformstau entstanden. Da Zielsteuerungspartner keine Innovationen im Kassentarztrecht vorantreiben, hat die niedergelassene Ärzteschaft zahlreiche, teilweise sehr detaillierte Vorschläge für Reformen erarbeitet. Diese beschäftigen sich überwiegend mit der Verbesserung und Flexibilisierung von ärztlichen Zusammenarbeitsformen.

Der Bogen reicht von Gruppenpraxen, wo erstmals auch in den Fächern Radiologie und Labormedizin unter kartellrechtlichen Grenzen Fremdbeteiligungen zugelassen werden sollen, über die Ausweitung von Anstellungsmöglichkeiten von Ärzten bei Ärzten und Gruppenpraxen bis zur Lösung der Ambulatoriumsfrage, damit endgültig einmal die Rechtsform Gruppenpraxis von Ambulatorien besser unterscheidbar ist. Dem politischen Wunsch folgend wurden zahlreiche Verbesserungsvorschläge für PVEs vorgelegt, die die Gründung um Umsetzung von PVEs durch Allgemeinmediziner erleichtern. Weiters wurden zahlreiche Vorschläge zur Flexibilisierung des ASVG und der Gesamtverträge erarbeitet, damit es im Sinne von Vereinbarkeit von Familie und Beruf wieder attraktiver wird, kassenärztlich tätig zu sein.

Die wohl bedeutendste Innovation ist dem Schwenk der Ärztekammer zu verdanken, auch direkt Versorgungsverantwortung zu übernehmen, wenn es nicht gelingt, Kassentarztstellen mit freiberuflichen Ärzt*innen zu besetzen. Die Übernahme der Versorgung durch eine Gesellschaft der Kammer als Bereitschaftsdienst untertags hat in der pandemischen Versorgung schon regional, vor allem in Wien, sehr gut funktioniert und könnte als Regelversorgungsmodell auch die temporäre allgemeinmedizinische und fachärztliche Versorgung ohne Mehrkosten für die Zahler sicherstellen, bis sich Ärzt*innen finden, die die Stellen übernehmen.

Insgesamt sollen alle Innovationsprojekte Anstoß sein, sich rasch mit der Ärztekammer zusammzusetzen, um die kassenärztliche Versorgung im ambulanten Bereich auch für die Zukunft zu sichern und auch in den ärztlichen Versorgungs- und Zusammenarbeitsstrukturen im 21. Jahrhundert anzukommen.

Mag. Kerstin Garbeis, LL.M.

Mag. Nick Herdega, MSc

Ärztchammer für Oberösterreich

Ärztliche Kooperations- und Zusammenarbeitsformen in Oberösterreich

1. Präambel	46
2. Gruppenpraxis	47
3. Primärversorgungseinheiten	55
4. Anstellung von Ärzten in Ordinationsstätten, Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten	62
5. Erweiterte Vertretung	67

Während noch vor wenigen Jahrzehnten niedergelassene Ärzte als Einzelkämpfer in der Ordination tätig waren, wurde in den letzten Jahren der Wunsch nach Zusammenarbeit und Kooperation immer größer. Darauf hat vor allem auf Drängen der ärztlichen Standesvertretung auch der Gesetzgeber reagiert und für derartige Formen – angefangen von der Gruppenpraxis bis hin zur Anstellung von Ärzten bei Ärzten – eine gesetzliche Basis geschaffen. Unterhalb der gesetzlichen Ebene ist es vor allem den Sozialpartnern in den Bundesländern – in Oberösterreich der damaligen lokalen Gebiets-krankenkasse und der Ärztekammer für Oberösterreich – gelungen, unterschiedliche Kooperationsformen zu etablieren.

Der nachfolgende Beitrag beleuchtet diese unterschiedlichen Zusammenarbeitsformen aus oberösterreichischer Sicht, inklusive aller zwischen den oberösterreichischen Systempartnern vereinbarten Besonderheiten.

1. Präambel

Während noch vor wenigen Jahrzehnten der Freiberufler als Solist ganz allgemein als Gegenstück zum teamarbeitenden Arbeitnehmer angesehen wurde, hat sich dieses Bild mittlerweile dramatisch verändert. Freiberufler allgemein und somit auch niedergelassene Ärzte entfernen sich immer mehr vom Einzelkämpfertum. Angesagt ist Zusammenarbeit in vielen Farben und Formen, um den dahinterstehenden Motiven der jeweiligen Protagonisten gerecht zu werden. Darauf hat vor allem auf Drängen der ärztlichen Standesvertretung, manchmal mit Überzeugungsarbeit in politischen Gesprächen, manchmal unter Zuhilfenahme der (Verfassungs-)gerichtsbarkeit, auch der Gesetzgeber reagiert und derartige Formen zumindest ermöglicht, wenngleich immer noch Wünsche unberücksichtigt sind. Unterhalb der gesetzlichen Ebene ist es vor allem den Sozialpartnern in den Bundesländern – lokalen damaligen Gebietskrankenkassen und den Länderärztekammern – gelungen, eine vielfältige Landschaft von institutionalisierten Kooperationsformen zu schaffen. Dies ist auch deshalb wichtig und notwendig, da sich hinter dem Wunsch nach Zusammenarbeit oftmals ganz verschiedene Motivlagen, die allesamt ihre Berechtigung haben, zeigen. Die Bandbreite spannt sich dabei vom niedergelassenen Arzt als Dienstgeber von Ärzten über lose Zusammenarbeitsformen zu bestimmten Zwecken (z.B. Vertretung) bis hin zu dauerhafter Kooperation in Form von Gruppenpraxen und zuletzt auch Zusammenarbeit im Kontext von Ärzten und sonstigem Gesundheitspersonal in größerem Ausmaß, wie es bei den Primärversorgungseinheiten gegeben ist.

Gerade auch die Motivationslage von jungen Ärzten zeigt ein besonders hohes Engagement in Richtung Kooperation mit Berufskollegen. Allein aus Sicht der Sicherstellung der gesamtärztlichen Versorgungslage ist es daher in jedem Fall geboten, den Ärzten ständig neue Zusammenarbeitsmöglichkeiten anzubieten, damit diese bereit sind, Versorgungsaufgaben besonders auch im extramuralen Kassenbereich zu übernehmen.

Bei vielen der in der Folge dargestellten Zusammenarbeitsmodelle war Oberösterreich federführend bei deren rechtlicher Umsetzung, dem Aufbau, der Entwicklung und Strukturierung. Es ist daher durchaus geboten, diese Modelle durch die Brille des Bundeslandes Oberösterreich darzustellen.

2. Gruppenpraxis

Die ärztliche Standesvertretung in Oberösterreich hat nicht nur als erstes Bundesland einen Gesamtvertrag mit der lokalen Gebietskrankenkasse über Gruppenpraxismodelle mit Kassenvertrag abgeschlossen, sie hat auch den Weg dorthin durch Herbeiführung des entscheidenden Erkenntnisses des VfGH bei der Aufhebung des Zusammenarbeitsverbotes des Ärztegesetzes geebnet.¹

Durch die Schaffung der Gruppenpraxisbestimmungen im Ärztegesetz (§§ 52a ff.) zur Jahrtausendwende wurde die gesetzliche Grundlage für Gruppenpraxen mit und ohne Kassenvertrag geschaffen. Darauf aufbauend hat Oberösterreich im Jahre 2002 als erstes Bundesland einen Gesamtvertrag mit der damaligen OÖGKK über Gruppenpraxen mit Kassenvertrag abgeschlossen. Sowohl die gesetzliche Regelung als auch dieser Vertrag wurden mittlerweile zahlreichen Novellierungen unterzogen. Speziell die gesamtvertraglichen Regelungen werden laufend aufgrund von praxisbezogenen Erkenntnissen und sinnvollen Änderungswünschen aller Protagonisten adaptiert und garantieren daher, ständig „up to date“ zu bleiben.

Während für Gruppenpraxen ohne Kassenvertrag ein staatliches Bewilligungsregime wie bei den Ambulatorien gesetzlich verankert wurde, das sich als schwerfällig, wenig praxistauglich aber vor allem als verhindernd für Wahlarztgruppenpraxen herausgestellt hat, obliegt die Genehmigung von Vertragsgruppenpraxen der sozialpartnerschaftlichen Zusammenarbeit von Ärztekammer und Krankenversicherungsträger. Dabei hat sich gezeigt, dass dies die bei weitem flexiblere, schnellere und auf die jeweilige Bedarfssituation optimal ausrichtbare Vorgehensweise ist. Die beeindruckende Zahl von mittlerweile vielen Hunderten in Oberösterreich (und vielen weiteren in ganz Österreich) geschaffenen Gruppenpraxen mit Kassenvertrag im Gegensatz zu der ganz geringen Anzahl dieser Einrichtungen ohne Kassenvertrag beweist dies eindrücklich. Dabei sind Gruppenpraxen mit Kassenvertrag und deren Einbindung in den Stellenplan eine wesentliche Voraussetzung für die großflächige Versorgungswirksamkeit.

1 VfGH v 1.3.1996, G1279/95; G1280/95

2.1. Modellvarianten

Die oberösterreichischen Gruppenpraxisgesamtvertragsregelungen orientieren sich stark an den von den Mitgliedern gewünschten Bedürfnissen. In Form von vier Modellen werden viele Motivationslagen abgedeckt und es wird damit auch drohenden Versorgungslücken gegengesteuert.

Beim sogenannten Modell 1 können sich zwei – und in naher Zukunft auch mehrere – Ärzte zusammenschließen, von denen bereits jeder vor Zusammenschluss über einen Einzelkassenvertrag verfügt, diesen aber bisher als Einzelkämpfer betrieben hat. Der Zusammenschluss erfolgt dabei völlig freiwillig, naturgemäß ist eine örtliche Nähe (selbes Versorgungsgebiet) Voraussetzung. Die Bedingungen des Zusammenschlusses obliegen dabei ausschließlich den Gesellschaftern. Mit diesem Modell sind gegenüber der Einzelpraxis erhöhte Öffnungszeiten verbunden, die aber in Summe geringer sind als die Summe derselben bei mehreren Einzelpraxen. Somit können Versorgungsspitzen bedarfsgerecht durch paralleles Arbeiten gut abgedeckt und umgekehrt Randzeiten besser abgedeckt werden.

Beim sogenannten Modell 2 geht es um eine wichtige Maßnahme zur Verhinderung von Versorgungslücken. Es gibt immer wieder Orte bzw. Konstellationen, in denen ein Kassenarzt allein zu wenig ist, die Schaffung von zwei Kassenstellen aber zu wirtschaftlichen Problem bei allen betroffenen Ärzten führen würde. Dem kann durch sogenannte Bruchstellengruppenpraxen entgegengewirkt werden, und zwar in der Form, dass ein bestehender Kassenarzt das Versorgungspotential seiner bisherigen Einzelordination durch Hereinholen eines zweiten Arztes in Form der Gründung einer Gruppenpraxisgesellschaft ausdehnt, ohne das volle Ausmaß einer zweiten vollen Kassenstelle zu erreichen.

Ein klassisches Arbeitsteilungsmodell ist das sogenannte Modell 3, die Job-Sharing-Gruppenpraxis. Dabei wird durch Aufnahme eines Mitgeschafterers eine Gruppenpraxis gegründet, in der von zwei, in naher Zukunft auch von mehreren Ärzten der Versorgungsauftrag dieser einen Kassenstelle abgearbeitet wird. Vorteil dabei ist der dadurch entstehende zeitliche Freiraum für jeden Gesellschafter, der zur Schaffung von mehr Lebensqualität, familiären Dispositionsmöglichkeiten, Zeit für spezielle längerdauernde Ausbildungen oder zur langfristigen Vorbereitung auf die Übergabe der Kassenpraxis genützt werden kann. Die hohe Zahl von Gruppenpraxen nach diesem Modell unterstreicht deren Beliebtheit.

Last but not least ist das Modell 4, die sogenannte Nachfolgegruppenpraxis, zu nennen. Schon der Name beschreibt deren Zweck gut, geht es doch darum, durch Schaffung einer Gruppenpraxis den Nachfolger in der Kassenordination durch eine gemeinsame Zusammenarbeit gut einzuarbeiten, die Kenntnisse der Abläufe der

Ordination und des Patientenstammes durch praktische Tätigkeit zu vermitteln und damit einen reibungslosen Übergang bei Pensionierung des Seniorpartners sicherzustellen. Soweit Bewerber vorhanden sind, wird in Oberösterreich praktisch keine Praxis mehr außerhalb dieser Form übergeben.

Bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen besteht für Gruppenpraxen nach Modell 1 und 3 ein Rechtsanspruch. Bei Modell 2 ist vorweg die Bedarfssituation durch Ärztekammer und Krankenversicherungsträger zu prüfen, bei Modell 4 ist vorweg zu klären, ob weiterhin Bedarf nach dieser Kassenstelle besteht, was in aller Regel gegeben ist.

2.2. Gesellschaftsform

Das Ärztegesetz lässt Gruppenpraxen in den gesellschaftsrechtlichen Formen der Offenen Gesellschaft (OG) oder GmbH zu. Faktisch hat sich gezeigt, dass in den meisten Fällen die OG aufgrund der einfachen Konstruktion und Abwicklung gewählt wird. Die GmbH ist allerdings im Bereich der Primärversorgungseinheiten, die eine Gruppenpraxis als gesellschaftsrechtliche Grundlage haben, tonangebend.

Das Gesetz lässt dabei sowohl Gruppenpraxen von fachgleichen oder fachfremden Ärzten zu. Mangels Wunsch aus der Praxis ist bislang in Oberösterreich nur die fachgleiche Gruppenpraxis formal verankert, es besteht aber ein grundsätzliches Einverständnis zwischen Ärztekammer und Krankenversicherungsträger, bei Auftreten des Wunsches nach einer Gruppenpraxis mit mehreren Fachrichtungen eine solche zu entwickeln.

2.3. Einbindung in die Stellenplanung

Grundsätzlich ist die Gründung von Gruppenpraxen im ganzen Bundesland möglich, bei jenen Modellen, bei denen die Bedarfsfrage eine Rolle spielt, ist auf die Notwendigkeiten des Stellenplanes Rücksicht zu nehmen, da ansonsten nicht erwünschte Drucksituationen für die einer Gruppenpraxis umliegenden Einzelärzte entstehen könnten. Im Übrigen erhält eine Gruppenpraxis nicht nur den Kassenvertrag zur ÖGK, sondern damit *uno actu* auch Verträge mit den sogenannten kleinen Kassen (SVS und BVAEB).

2.4. Auswahl der Gesellschafter

Eine aus Sicht von Ärztekammer und Krankenversicherungsträger wichtige Frage war die Auswahl der Gesellschafter. Hier sind die Notwendigkeiten der Reihungskriterienverordnung und aufbauend darauf die zwischen Kammer und Kasse vereinbarten sogenannten Punktelisten als Detailregelungen einerseits als auch der Wunsch der Gesellschafter nach freier Auswahl des ärztlichen Mitgesellschafters andererseits zu berücksichtigen und gegeneinander abzuwägen. Hier wurde ein praxistauglicher Kompromiss dahingehend gefunden, dass bei den Modellen 2 und 3 zwar die Punkteliste zur Anwendung kommt, aber unter den vier erstgereihten Ärzten die freie Auswahl besteht, während bei Modell 4 in jedem Fall der punktebeste Arzt auszuwählen ist.

2.5. Ablöse von Gesellschaftsanteilen

Ein standespolitisches Spannungsfeld ist die Frage, ob und wenn ja in welcher Höhe der Einkauf in die Gesellschaft durch den einsteigenden Gesellschafter gegeben sein soll. Dabei war der Ansatz in Oberösterreich von vornherein klar: Es kann nur eine transparente, für alle gleich geltende Regelung geben, die sowohl die Interessen der als Verkäufer auftretenden Seniorpartner als Vertragsinhaber als auch die der als Käufer auftretenden (Jung)ärzte berücksichtigt. Diese dafür gefundene Regelung wurde von beiden Kurien als Vertretungskörper der jeweiligen Interessen beschlossen und mitgetragen. Die Nichtregelung der Ablöseproblematik war weder für die Ärztekammer noch für die damalige Oberösterreich GKK eine vertretbare Option, schafft sie doch je nach Interessenslage und oftmals zufälligen Gegebenheiten unsachlich Gewinner und Verlierer auf beiden Seiten; der sogenannte „freie Markt“ als Option schied daher aus. Dass die Verantwortlichen auf beiden Seiten damit goldrichtig lagen, zeigen mittlerweile erfolgte Umfragen, in denen über 90 % der Ärzte – egal ob Käufer oder Verkäufer – die Wichtigkeit der Vorgabe von Regeln für die Bemessung des Ablösepreises ausdrücklich befürworten.

Rechtlich wird die Ablöse über den Kauf bzw. Verkauf von Gesellschaftsanteilen (nicht des Kassenvertrages) an der Gruppenpraxis geregelt. Dabei wird die Ablöse in zwei Teilen, die sogenannte Sachwertablöse und die Firmenwertablöse, berechnet. Für die Sachablöse stellen vor allem das (medizinische) Inventar und dessen Bewertung, ähnlich den finanzrechtlichen Regelungen, den Kern dar. Für den Firmenwert („Goodwill“) sind vor allem die in der bisherigen Einzel- bzw. Gruppenpraxis erzielten Umsätze entscheidend. Dazu gibt es eine Reihe von Sonderbestimmungen für Hausapotheken, technische Fächer, spezielle Konstellationen (z.B. Spezialisierung-

gen) usw. Die Regelungen für die Berechnung gibt der Gesamtvertrag vor, die konkreten Berechnungen werden vom jeweiligen Steuerberater/Wirtschaftstreuhänder vorgenommen und sind von der „Gegenseite“ einseh- und überprüfbar. Das System hat sich bestens bewährt und ist weithin unumstritten.

2.6. Regeln für Ausstieg

Für viele Ärzte stellt sich im Vorfeld der Überlegung in Richtung Gruppenpraxis auch die Frage, ob bzw. wie ein Ausstieg wieder möglich wäre, wenn sich herausstellt, dass die mit der Gruppenpraxis verbundenen Erwartungen doch nicht erfüllbar waren oder sind. Ohne jegliche Ausstiegsmöglichkeit würde sich wohl kein Arzt auf diese Konstruktion einlassen können. Daher ist es wichtig, die Vorhersehbarkeit der Regeln bei einem eventuellen Ausstieg zu kennen, um Sicherheit beim Einlassen auf das Modell schaffen zu können. Es hat sich in der Praxis gezeigt, dass die Zahl der Auflösungen von Gruppenpraxen minimal geblieben ist und, wenn gegeben, dann in der Regel durch mangelnde weitere Zusammenarbeitsbereitschaft der beteiligten Gesellschafter gekennzeichnet war. Grundsatz der Auflösungsregelungen in Oberösterreich ist der Tatbestand, dass derjenige, der den Kassenvertrag in die Gesellschaft mitnimmt („Seniorpartner“), diesen auch wieder erhält, wenn er ausscheiden sollte. Dies gilt naturgemäß nicht für das Nachfolgemodell, hier geht der Kassenvertrag in jedem Fall auf den Nachfolger über. Zusätzliche Regelungen waren aber für den Fall des Todes bzw. der Berufsunfähigkeit eines Gesellschafters notwendig. Einfach war dies für jene Fälle, in denen der Juniorpartner, also der ohne bisherigen Kassenvertrag einsteigende Gesellschafter ein derartiges Schicksal erleidet, hier bekommt der Seniorpartner seinen Einzelvertrag wieder zurück. Komplizierter ist der umgekehrte Fall. Im Sinne der Kontinuität wurde es als sinnvoll erkannt, dass der Juniorpartner hier den Kassenvertrag weiterführen soll. Dazu ist es jedoch notwendig, diesen auf ihn zu übertragen und dabei die Vorgaben der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Vergabe von Kassenverträgen einzuhalten, die auf diesen Fall jedoch nicht gesondert Bezug nehmen. Eine Lösung wurde dahingehend gefunden, dass in den Fällen, in denen der Juniorpartner bei Eintritt in die Gruppenpraxis Erstgerechter im Bewerbungsprozess war, der Kassenvertrag bei Tod bzw. Berufsunfähigkeit des Seniorpartners auf den Juniorpartner unmittelbar übergehen kann. Gleiches gilt – unabhängig von der Bewerberreihung –, wenn die Gruppenpraxis bereits seit mehr als drei Jahren bestanden hat, da diesfalls davon ausgegangen wird, dass der Juniorpartner bei einer allfälligen Ausschreibung des Kassenvertrages des Seniorpartners ohnedies Reihungserster wäre und damit der mit der Ausschreibung verbundene Zeitverlust und die in dieser Zeit drohende Versorgungslücke eine schnelle unmittelbare Besetzung rechtfertigen.

2.7. Öffnungszeiten

Die Erwartungshaltung bei den Öffnungszeiten war vor allem bei den Krankenversicherungsträgern von der Vorstellung geprägt, dass längere Öffnungszeiten vor allem zur Verbesserung der Randzeitenversorgung dienen sollen. Es hat sich aber gezeigt – auch durchaus mit regionalen Differenzierungen –, dass es aus Kapazitätsgründen oftmals besser ist, die Öffnungszeiten so zu lagern, dass eine doppelte Besetzung durch paralleles Arbeiten der Gesellschafter zu Spitzenzeiten (z.B. Montagvormittag) sinnvoller ist, als Angeboten zu Randzeiten zu schaffen, die von den Patienten wenig genutzt werden. So wurden je nach Modell die Öffnungszeiten gegenüber Einzelpraxen zwar erhöht, aber nicht in vollem linearem Ausmaß, um dafür paralleles Arbeiten in größerem Umfang möglich zu machen. Um auch Urlaube der Leistungserbringer sicherstellen zu können, wurden – wiederum unterschiedlich nach den Modellen – Schließzeiten der Gruppenpraxen bzw. ein Herunterfahren des Angebots auf den Versorgungsgrad einer Einzelpraxis vereinbart.

2.8. Leistungshonorierung

Hinsichtlich der Honorierung kommen für Gruppenpraxen grundsätzlich dieselben Regelungen der Honorarordnung zur Anwendung wie für Einzelpraxen. Naturgemäß werden bei den Modellen, bei denen mehr als eine Kassenstelle abgedeckt wird (Modell 1 und 2), die entsprechenden Limitierungen linear angepasst. Honorarabschläge, die in der ursprünglichen Konzeption als Synergieabschläge vorgesehen waren, wurden mittlerweile faktisch beseitigt, da sich einerseits gezeigt hat, dass sich diese betriebswirtschaftlich oftmals gar nicht realisieren lassen, und diese andererseits die Bereitschaft, in eine Gruppenpraxis einzusteigen, massiv gesenkt haben. Geblieben ist, vor allem als Schutz für die umliegenden Einzelpraxen, die sogenannte Patientenbegrenzung. Bei der gesamtvertraglichen Vereinbarung für die Gruppenpraxen war für die ärztliche Standesvertretung in Oberösterreich klar, dass jegliche Form der Leistungseinschränkung, Mengenrabattierung usw. bei Gruppenpraxen gegenüber Einzelpraxen nicht in Frage kommt. Umgekehrt galt es sicherzustellen, dass der Stellenplan von den Gruppenpraxen nicht dadurch unterlaufen wird, dass diese zwar nur z.B. eine oder eineinhalb Stellen im Stellenplan besetzen, in Wahrheit aber aufgrund der möglichen ärztlichen Kapazitäten aufgrund mehrerer Gesellschafter hohe Patientenzahlen erreichen, die letztlich durch Abflüsse von den umliegenden Einzelpraxen erzielt werden würden. Um dem gegenzusteuern, wurde vereinbart, dass Gruppenpraxen auf jenes Niveau beschränkt werden, das dem Stellenplan diese Stelle zuweist. Dies wird dadurch erreicht, dass ausgehend von der Patientenzahl des Einzelarztes

vor Gründung der Gruppenpraxis – wenn es einen solchen nicht gibt, wird der Oberösterreich-Durchschnitt herangezogen –, diese Zahl auch für die Gruppenpraxis festgelegt wird (bei Modell 3 und 4), während bei Modell 2 um die zusätzlichen Anteile an der dazukommenden Kassenstelle erhöht wird. Wird diese Patientenanzahl überschritten, erfolgt nach Ende des Betrachtungszeitraumes von einem Jahr ein entsprechender Honorarabzug mit dem durchschnittlichen Scheinwert, d.h., diese Patienten werden faktisch „gratis“ behandelt, damit der Anreiz zur Überschreitung stark minimiert und der Schutz der umliegenden Ärzte vor wirtschaftlichen Einbußen durch eine unfaire Konkurrenzsituation garantiert ist. Um aber bei ständig vorkommenden üblichen Schwankungen in der Patientenanzahl nicht immer sofort reagieren zu müssen, wurde eine Schwankungsbreite von 30 % eingeführt, erst bei deren Überschreiten greift der Sanktionsmechanismus. Keinerlei Beschränkungen gibt es für das Modell 1, denn die sich zusammenschließenden Kassenärzte unterlagen ja auch vor Gründung der Gruppenpraxis keinerlei Begrenzungen.

2.9. Gruppenpraxis – Erfolgsmodell mit offenen Problemfeldern

Insgesamt hat sich gezeigt, dass die Gruppenpraxis in Oberösterreich in jedem Fall ein Erfolgsmodell ist. Die hohe Inanspruchnahme je nach Modell hat auch gezeigt, dass die unterschiedlichen Interessenslagen gut abgebildet werden. Die Regelung der Ablöse hat dazu beigetragen, dass Streitigkeiten in diesem Bereich erst gar nicht auftreten. Der Beratungsaufwand in der Kammer ist naturgemäß hoch, da es sich durchwegs um Individualberatungen handelt, für die hohes Know-how hinsichtlich Kassenrecht, Gesellschaftsrecht, Ärzterecht bis hin zu Arbeitsrecht notwendig ist. Die Prozesse zur Gründung von Gruppenpraxen sind mittlerweile gut eingespielt, die Zusammenarbeit mit den Krankenversicherungsträgern, rechtsberatenden Berufen, Steuerberatern usw. läuft seit vielen Jahren praktisch friktionsfrei.

Dies soll nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch noch Problemfelder offen sind, bei denen vor allem der Gesetzgeber gefordert wäre. Dies gilt zum einen für die Regelungen rund um die Hausapotheken, deren Übergang vom Einzelkassenarzt zur Gruppenpraxis und bei deren Ende dann wieder zurück auf einen Einzelarzt nur mit komplexen Rechtskonstruktionen möglich ist, was von den Ärzten oft als lebensfremd erlebt wird. Das Apothekenrecht kennt leider nur den Einzelarzt, die mittlerweile geschaffenen Kooperationsformen sind im Apothekengesetz noch nicht nachvollzogen, was ein gesetzgeberisches Versäumnis darstellt. Auch die

Verwehrung der Möglichkeit zur Schaffung einer Einmann-Ärzte-GmbH durch die derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen ist unverständlich und schafft gerade bei Zweipersonengesellschaften das Problem, dass bei Austritt eines Gesellschafters der Gesellschaft insgesamt die Liquidation droht, die meist mit der Vernichtung von wirtschaftlichen Ressourcen verbunden ist und – noch bedeutsamer – die ärztliche Versorgungslage am Standort der Gruppenpraxis gefährdet. Auch hier wäre der Gesetzgeber dringend aufgerufen, rasch praxisnahe Änderungen herbeizuführen. Gleiches gilt für die Anpassung der Regelungen zur Kassenvergabe im Rahmen von Gruppenpraxen, die derzeit gerade die von den Patienten so gewünschte Kontinuität der Betreuung kaum gewährleisten.

Das Leistungsportfolio der Gruppenpraxen wäre noch stark ausbaubar, sowohl in personeller als auch in fachlicher Hinsicht, wären doch vor allem viele Spezialisierungen in einer Gruppenpraxis abbildbar. Damit könnte auch die – so oft beschworene – Entlastung des intramuralen Bereiches durch Gruppenpraxen massiv vorangetrieben werden. Dies ist derzeit aufgrund der Finanzierungsströme nicht möglich, ist es für die Kasse doch völlig unattraktiv, Leistungen, die bislang im intramuralen Bereich erbracht werden, den die Kasse mit frequenzunabhängigen Pauschalzahlungen mitfinanziert, in den extramuralen Bereich zu verlagern, den die Kasse als alleiniger Zahler frequenzabhängig bezahlen muss. Solange daher die Mittel für den Ausbau der extramuralen Medizin zur Entlastung der Spitäler fehlen und das Finanzierungssystem derartige Anreize im Keim erstickt, wird das Modell Gruppenpraxis nicht seine volle Leistungskraft entwickeln können.

3. Primärversorgungseinheiten

3.1. Einleitung

Mit Beschlussfassung des Primärversorgungsgesetzes² im Jahr 2017 (nachfolgend PrimVG genannt), wurde die gesetzliche Grundlage für die Gründung von Primärversorgungseinrichtungen gelegt. Seit Anfang 2017 in Enns das erste Primärversorgungszentrum in Oberösterreich eröffnet wurde, hat sich mit weiteren Standorten in Marchtrenk, Haslach, Sierning-Neuzeug, Linz-Stifterstraße sowie Ried-Neuhofen viel getan, womit im Bundesland ob der Enns mittlerweile sechs Primärversorgungszentren bzw. -netzwerke in Betrieb sind. Daneben laufen bereits Planungen für weitere derartige Einrichtungen, deren Öffnung zum Teil bereits ante portas steht. Insgesamt übernehmen mittlerweile 27 Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, verteilt auf 21 Vertragsarztstellen für Allgemeinmedizin, als Gesellschafter einer solchen Einrichtung einen Teil der hausärztlichen Versorgung der oberösterreichischen Bevölkerung. Seit Jänner 2021 ist am Standort Enns erstmals auch eine Kinderärztin an einem Primärversorgungszentrum beteiligt.

Von Anfang an war für Oberösterreichs ärztliche Standesvertreter klar, dass Primärversorgung in Form dieser Einrichtungen nur einen Teil der notwendigen hausärztlichen Versorgung ausmacht und auch nur dann funktionieren kann, wenn man jenen Ärzten, die bereits vor Ort als Einzelkämpfer tätig sind, zuerst die Möglichkeit gibt, derartige Einrichtungen zu gründen beziehungsweise daran mitzuarbeiten. Mit Infoabenden und Einladungsschreiben an unterschiedlichsten Standorten, vor allem, aber nicht nur dort, wo es Versorgungsprobleme gibt, wird seitdem versucht, Oberösterreichs Ärzteschaft in den Prozess aktiv mit einzu beziehen. Wenn seitens der ortsansässigen Kassenärzte kein Interesse an einer Primärversorgungseinrichtung (nachfolgend PVE genannt) bekundet wird bzw. wenn es mindestens drei vakante Stellen vor Ort gibt, wird auch allen anderen Ärzten angeboten, eine PVE-Gründung zu realisieren. Die bisherigen oberösterreichischen Erfahrungen zeigen, dass mit dieser Kooperationsform, die die Zusammenarbeit im Team und einen interdisziplinären Austausch ermöglicht, auch Jungärzte für das Kassensystem gewonnen werden konnten, die den Schritt zur Übernahme einer Einzelkassenstelle nicht gewagt hätten. Ob sich ein Arzt für die Teilnahme an einer PVE entscheidet, hängt schlussendlich immer von der ganz

² Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten, BGBl. I Nr. 131/2017.

persönlichen und individuellen Situation des jeweiligen Arztes ab, gilt es doch, die dafür vereinbarten Rahmenbedingungen einzuhalten.

Für die Gründung und Entstehung von PVE wurden von den oberösterreichischen Systempartnern ÖGK (damals noch OÖGKK), Land OÖ und Ärztekammer für Oberösterreich unter Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben des PrimVG Eckpfeiler und Rahmenbedingungen geschaffen. Der im PrimVG³ für PVEs vorgesehene Gesamtvertrag⁴ wurde 2019 auf bundesweiter Ebene abgeschlossen. Im Hinblick darauf, dass in diesem Vertrag aber im Wesentlichen die für Oberösterreich bereits bestehenden und gut funktionierenden Rahmenbedingungen abgebildet wurden, werden in der Folge die oberösterreichischen Regelungen dargestellt.

3.2. Rahmenbedingungen

Zwischen der jeweiligen PVE und der ÖGK wird unter Zustimmung der Ärztekammer für Oberösterreich und der Sonderversicherungsträger ein Primärversorgungs-Einzelvertrag abgeschlossen, der neben den gesetzlichen und gesamtvertraglichen Vorgaben auch die Eckpfeiler, die zwischen den oberösterreichischen Systempartnern für PVE vereinbart wurden, vertraglich berücksichtigt.

3.2.1. Betriebsstättenformen

PVEs können als folgende Betriebsstätten gegründet werden:

1. Primärversorgungszentrum⁵: Die Einheit hat einen gemeinsamen Standort, an dem die beteiligten Allgemeinmediziner und das gesamte erweiterte Team zusammenarbeiten.
2. Primärversorgungsnetzwerk⁶: Zusammenschluss von mehreren Ärzten in Form einer dislozierten Gruppenpraxis im Umkreis von ca. zehn Straßenkilometern, wobei hier gemeint ist, dass die weiteste Entfernung zwischen den Teilnehmern am PVN diese Kilometeranzahl nicht überschreiten soll. Regionale Besonderheiten sind im Einzelfall zu berücksichtigen.

Auch wenn der Gesetzgeber die Möglichkeit zum Betrieb einer PVE in Form eines selbständigen Ambulatoriums vorsieht, haben sich die oberösterreichischen Sys-

3 § 7 Z1 PrimVG.

4 Gesamtvertrag für Primärversorgungseinheiten vom 24. April 2019, avsv. Nr. 73/2019.

5 § 8 Abs. 1 Z1 PrimVG.

6 § 8 Abs. 1 Z3 lit a PrimVG.

tempartner, nicht zuletzt auf Drängen der ärztlichen Landesvertretung, darauf geeinigt, dass es in Oberösterreich PVEs als selbstständige Ambulatorien nicht gibt.

Selbstverständlich ist eine Kombinationsmöglichkeit in Form einer Zentrums-Netzwerklösung ebenfalls möglich. Ein solches Modell gibt es in Oberösterreich am Standort Ried-Neuhofen.

3.2.2. Rechtsform

Eine PVE kann in Form einer OG, GmbH oder eines Vereins⁷ gegründet werden, wobei es bei den in Oberösterreich bereits gegründeten Modellen bisher nur die beiden erstgenannten Gesellschaftsformen gibt.

Unabhängig davon, für welche Gesellschaftsform sich die beteiligten Ärzte entscheiden, stimmt die ÖGK dem Vertragsabschluss nur dann zu, wenn der Vertragspartner die jeweilige Gesellschaft bzw. der Verein ist, d.h., es gibt immer nur einen Vertragspartner für die Sozialversicherungsträger.

3.2.3. Teamzusammensetzung

Das Team setzt sich aus einem Kernteam, einem erweiterten Team und, wenn vorhanden, einem PV-Manager zusammen.

Das **Kernteam** wird gebildet aus

- mindestens drei Vertragsarztstellen für Allgemeinmedizin,
- mindestens einer Vollzeitäquivalente Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege,
- mindestens einer Vollzeitäquivalente Ordinationsassistentin,
- eventuell Fachärztinnen für Kinder- und Jugendheilkunde (orts- und bedarfsabhängige Teilnahme).⁸

Das **erweiterte Team** wird gebildet aus zumindest einem Angehörigen folgender Gesundheits- oder Sozialberufe:

Sozialarbeiter, Diätologen, Ergotherapeuten, Psychotherapeuten, Psychologen, Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten. Durch das mittlerweile langjährige Planungs-Know-how, welches Oberösterreich vorweisen kann, hat sich heraus-

7 § 8 Abs. 1 Z3 lit a PrimVG. Der Gesetzgeber zählt hier den Verein zwar nur beispielhaft auf, allerdings hat man sich auf oberösterreichischer Ebene auf die drei oben genannten Betriebsformen geeinigt.

8 § 1 Gesamtvertrag für Primärversorgungseinheiten.

kristallisiert, dass zumindest die Einbeziehung eines Sozialarbeiters und eines Physiotherapeuten eine Mindestvoraussetzung für die Gründung bildet. Der genaue Bedarf an nicht ärztlichen Heilberufen wird anhand des konkreten Projekts von der ÖGK individuell und gemeinsam mit den Ärzten geplant.

Eine wesentliche Stütze nicht nur, aber vor allem während der Gründungsphase stellt der PV-Manager dar. Dieser führt in vielen Fällen die wirtschaftlichen Geschäfte. Je größer die Einheiten sind, umso umfangreicher und aufwändiger sind auch die täglichen Verwaltungs- und nicht ärztlichen Routinearbeiten. In der Praxis hat sich der Einsatz des PV-Managers auch deshalb bewährt, weil sich die Ärzte durch die Übernahme dieser nicht ärztlichen Organisations- und Administrationsarbeiten auf ihre Kernaufgabe – die ärztliche Tätigkeit – konzentrieren können.

3.2.4. Öffnungszeiten

Je nach der Anzahl der einbezogenen Kassenstellen gelten unterschiedliche Öffnungszeiten zwischen 40 und 63,5 Stunden, wobei während dieser Öffnungszeiten zumindest ein Allgemeinmediziner anwesend sein muss. Für Oberösterreich wurde mittlerweile aber ein Berechnungsschlüssel für die Anrechnung von paralleler und gleichzeitiger ärztlicher Tätigkeit geschaffen. Wie die Öffnungstunden genau verteilt werden, erfolgt auf Vorschlag der beteiligten Ärzte. Allerdings müssen, wie in der Einzelordination auch, gewisse Mindestkriterien im Zusammenhang mit Abend- und Morgenordinationen eingehalten werden. Im Vergleich zu Einzelordinationen, bei denen Ärzte de facto individuell und selbständig über längerfristige Urlaubsschließungen entscheiden können, gibt es für PVEs sehr strikte Vorgaben bezüglich Öffnung und Schließung dieser Einrichtungen. Bezugnehmend auf die interne Aufteilung von Arbeitszeiten zwischen den PVE-Gesellschaftern gibt es von Seiten der Ärztekammer für Oberösterreich und der ÖGK nur insoweit Vorgaben, als dass der Arbeitsanteil der Gesellschafter, ebenso wie bei Gesellschaftern einer klassischen Gruppenpraxis, mit deren Gesellschafteranteilen übereinstimmen muss.

3.2.5. Honorierung

Das derzeit laufende Honorierungsmodell wurde vorerst befristet eingeführt, da man bis zur Schaffung eines endgültigen Modells möglichst viele Echtdaten sammeln konnte, um aus den gesammelten Erfahrungswerten ein optimales Modell zu schaffen. Bis zur Einigung über ein endgültiges Honorierungsmodell besteht für PVEs in Oberösterreich daher die Möglichkeit, aus vier unterschiedlichen Honorierungsvarianten – von der Einkommensvariante über das Umsatzmodell, der Honorierung mittels Fallpauschalen bis hin zum Modell Honorarordnung – auszuwählen. Je nachdem, ob man gerade neu ins Kassensystem einsteigt oder bereits

seit vielen Jahren als Kassenarzt tätig ist, können unterschiedliche Motivations- und Interessenslagen abgedeckt werden. Darüber hinaus werden, abhängig vom ausgewählten Modell, von den Financiers – ÖGK und Land OÖ – neben den Kosten des erweiterten Teams und des PV-Managers auch die Mietkosten sowie Anschubkosten für einen notwendigen Umzug und EDV-Adaptierung übernommen. Alle Varianten haben Vor- und Nachteile, dennoch birgt die Auswahlmöglichkeit einen entscheidenden Vorteil: freie und individuelle Entscheidungsmöglichkeit der beteiligten Ärzte. Aus diesem Grund hält es die Ärztekammer für Oberösterreich für unumgänglich, dass es beim endgültigen Honorierungsmodell weiterhin mehrere Honorierungsvarianten gibt.

3.2.6. Kassenverträge

Je nachdem, ob PVE-Gesellschafter bereits vor Einstieg in eine solche Einrichtung einen Kassenvertrag innehatten oder erst durch den Einstieg Teil des Kassensystems werden, bestehen unterschiedliche Möglichkeiten für die Gesellschafter. Selbstverständlich sind aber auch für PVEs die Punktelistenvorgaben einzuhalten.

Wenn sich Vertragsärzte oder Vertragsgruppenpraxen zu einer PVE zusammenschließen, werden ihre bisherigen Einzelverträge durch den PVE-Einzelvertrag ruhend gestellt. Bei Auflösung der PVE oder Ausscheiden eines früheren Vertragsarztes lebt auf Wunsch des früheren Vertragsarztes der eingebrachte Kassenvertrag wieder auf. Diese zeitlich unbegrenzte Möglichkeit zur Ruhendstellung ist eine Besonderheit der oberösterreichischen Rahmenbedingungen. Im § 342c Abs. 12 ASVG ist nämlich lediglich eine auf drei Jahre begrenzte Möglichkeit zur Rückkehr in den alten Einzelvertrag nach Invertragnahme der PVE vorgesehen.

Bei Ärzten, die vor Gründung der PVE keinen Kassenvertrag innehatten, kommt es darauf an, wie die PVE ausgeschrieben wird. Werden Einzelkassenverträge mit der Option, eine PVE zu gründen, ausgeschrieben, besteht auch für diese Ärzte die Möglichkeit zur Mitnahme des Kassenvertrages bei Ausstieg. Wird direkt die PVE als Modell ausgeschrieben, erhalten die Ärzte lediglich Gesellschaftsanteile. Je nachdem, ob man die Position der einzelnen Ärzte oder den Fortbestand der Einrichtung bei Ausstieg einzelner Ärzte stärken will, wurden in Oberösterreich, immer in enger Abstimmung mit den beteiligten Ärzten, schon beide Varianten bei der Gründung einer PVE durch Nichtvertragsärzte ausgeschrieben. Aus gesellschaftsrechtlicher Sicht ist aber klar, dass bei Gesellschafterausstieg zumindest die Gesellschaftsanteile abgegolten werden.

3.2.7. Versorgungskonzept und Versorgungsauftrag

Nach § 6 PrimVG hat die PVE ein Versorgungskonzept vorzulegen, damit der gesetzlich definierte Leistungsumfang erfüllt wird. In diesem schriftlichen Versorgungskonzept sind insbesondere die Versorgungsziele und das von der PVE verbindlich zu erbringende Leistungsspektrum zu beschreiben sowie die Organisation des jeweiligen Modells zu regeln. Bei der Regelung der Organisation geht es hauptsächlich um Fragen der Aufbau- und Ablauforganisation im Primärversorgungsteam und in der Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsbereichen, die Arbeits- und Aufgabenverteilung sowie um Fragen zur abgestimmten Verfügbarkeit und örtlichen Erreichbarkeit. Darüber hinaus ist ein gemeinsamer Auftritt nach außen (z.B. Homepage) sicherzustellen.

Abgesehen von Leistungen, die ohnehin typischerweise in jeder Allgemeinmedizinerpraxis erbracht werden (z.B. Notfallversorgung, Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, Versorgung von chronisch Kranken und alten Patienten, Medikamentenmanagement, Palliativmedizin soweit sie durch die Allgemeinmediziner möglich ist), sind von PVEs jedenfalls auch noch folgende Leistungen verpflichtend zu erbringen:

- Versorgungskoordination,
- bedarfsorientiert kleine Chirurgie,
- Wundversorgung und Verbandwechsel,
- Beteiligung an zwischen Ärztekammer für Oberösterreich und ÖGK vereinbarten Disease-Management-Programmen,⁹
- psychosoziale Betreuung,
- Substitutionsbehandlung von stabilen und integrierten Patienten,
- koordinierte Nachbetreuung von Rehabilitationspatienten,
- Prävention (Vorsorgeuntersuchungen, Jugendlichenuntersuchungen, Impfungen, sofern die Kosten der Impfung von Land oder SV übernommen werden),
- Gesundheitsförderung sowie Stärkung der Gesundheitskompetenz,
- Mitwirkung an zwischen Ärztekammer für Oberösterreich und ÖGK vereinbarten öffentlichen Gesundheitsaufgaben.¹⁰

9 Therapie Aktiv und Integrierte Versorgung Herzinsuffizienz.

10 Untersuchungen nach dem Unterbringungsgesetz und Totenbeschau.

3.2.8. Weitere Vorgaben

Neben regelmäßigen Modellevaluierungen sind PVE sowohl zur Diagnosecodierung nach ICD-10 als auch dazu verpflichtet, als Lehrpraxis zur Verfügung zu stehen. Die Teilnahme am Hausärztlichen Notdienst trifft die PVE selbstverständlich im gleichen Maße wie andere niedergelassene Allgemeinmediziner.

Nachdem Primärversorgungseinheiten grundsätzlich nur an Standorten entstehen können, an denen mindestens drei Planstellen für Allgemeinmedizin vorgesehen sind, und es immer wieder Regionen und Bezirke gibt, wo sich durch Pensionierungen oder regionale Besonderheiten Probleme in der Nachbesetzung ergeben, wurden auf oberösterreichischer Ebene von den Financiers gemeinsam mit der Ärztekammer für Oberösterreich gut geeignete PVE-Standorte in Form eines Zielbilds definiert. Dieses Zielbild stellt aber lediglich eine Absichtserklärung dar und bildet kein unumstößliches Dogma: Wo auch immer die Rahmenbedingungen passen und es Interessenten gibt, werden Gespräche geführt. Die Entstehung von Primärversorgungseinheiten auf dem Reißbrett, die in anderen Bundesländern teilweise gang und Gäbe ist, ist in Oberösterreich für alle Beteiligten nur schwer vorstellbar und in der Praxis auch noch nie vorgekommen. Denn wichtig und entscheidend für die Patientenbetreuung in einer Region ist es, die PVEs, neben Einzelordinationen und Gruppenpraxen, bestmöglich in ein extramurales Gesamtversorgungskonzept einzubetten.

Abschließend darf erwähnt werden, dass bei der Errichtung oftmals die Suche nach der geeigneten Immobilie entscheidend ist. Neben dem Preis und der Größe müssen alle PVE-Standorte auch die strengen Barrierefreiheitskriterien erfüllen, deren Einhaltung das PrimVG zwingend vorschreibt. Allein daran scheiterten in Oberösterreich schon einige Vorhaben.

4. Anstellung von Ärzten in Ordinationsstätten, Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten¹¹

4.1. Entstehungsgeschichte

Die Mangelressource Arzt und die teilweise starren rechtlichen Strukturen bereiteten in den letzten Jahren zusehends Probleme in der Sicherstellung der Versorgung gerade im niedergelassenen Bereich. Hinzu kommt, dass viele junge Ärzte, auch bedingt durch die hohe Last an Verantwortung, die die Übernahme einer Kassenstelle mit sich bringt, die Arbeit als Einzelkämpfer scheuen. Durch die Schaffung der Gruppenpraxis vor fast 20 Jahren entstand hier ein erstes wichtiges Element in der Gestaltung von Zusammenarbeitsformen. Die verschiedenen Gruppenpraxismodelle laufen in Oberösterreich nun seit vielen Jahren erfolgreich und alle Beteiligten genießen die unterschiedlichsten Vorteile – unter anderem die Work-Life-Balance und den Austausch im Team –, die durch die Vergesellschaftung von Ärzten entstehen. Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten an sich unterliegt aber einem steten Wandel. Wurde vor einigen Jahren die Möglichkeit zur Anstellung in einer Kassenordination von Ärzten noch zum größten Teil als nicht notwendig erachtet, wurde in den letzten Jahren der Wunsch danach immer lauter, allerdings gab es dafür im Ärztegesetz keine rechtliche Grundlage. Im Dezember 2018 wurden schlussendlich die gesetzlichen Weichen für die Anstellung von Ärzten in Ordinationsstätten, Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten im ÄrzteG¹² gestellt. Ergänzend zur rechtlichen Verankerung im ÄrzteG bedurfte es aber zur flächendeckenden Versorgungswirksamkeit auch einer bundeseinheitlichen gesamtvertraglichen Regelung¹³ (nachfolgend Anstellungs-GV genannt). Nach der dafür notwendigen Einigung auf Bundesebene ist seit Oktober 2019 die Anstellung von Ärzten in Kassenordinationen möglich.

11 Seit Juni 2019 wurden 22 Bewilligungen für die Anstellung erteilt.

12 § 47a ÄrzteG.

13 § 342e ASVG sowie Gesamtvertragliche Vereinbarung vom 1. Oktober 2019.

4.2. Rechtliche Rahmenbedingungen der Anstellung

Nur Ärzte, die zur selbständigen Berufsausübung berechtigt sind, dürfen gemäß § 47a Abs. 1 ÄrzteG angestellt werden. Darüber hinaus ist laut Abs. 3 leg. cit. eine Anstellung nur zwischen fachgleichen Ärzten erlaubt. Für Patienten ist weiters die freie Arztwahl zwischen Ordinationsstätteninhaber und angestelltem Arzt zu gewährleisten. Der Umfang des Anstellungsverhältnisses und das maximal zulässige Ausmaß des Anstellungsverhältnisses wird im § 47a Abs. 1 sowie für Primärversorgungseinheiten in Abs. 2 geregelt. Demnach ist nach Z1 in Ordinationsstätten die Anstellung höchstens eines Vollzeitäquivalents¹⁴ erlaubt. Bei Gruppenpraxen hängt der Anstellungsumfang laut Z2 von der Anzahl der Gesellschafter-Vollzeitäquivalente ab, wird aber vom Gesetzgeber dahingehend begrenzt, dass höchstens zwei Vollzeitäquivalente angestellt werden dürfen. Einzig in Primärversorgungseinheiten darf die zulässige Zahl der Vollzeitäquivalente und angestellten Ärzte überschritten werden, sofern durch diese Überschreitung die Planungsvorgaben des jeweiligen Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) eingehalten werden.

Selbstverständlich obliegt die Auswahlentscheidung dem Ordinationsstätteninhaber selbst, allerdings hat der Inhaber des Einzelvertrages laut Anstellungs-GV¹⁵ die geplante Anstellung spätestens drei Monate vorher sowohl bei der zuständigen Landesärztekammer als auch beim ASVG-Versicherungsträger zu beantragen und im Antrag auch darzulegen, ob mit der Anstellung eine Aufstockung der ärztlichen Kapazität geplant ist oder lediglich die bestehende Vertragsarztstelle gemeinsam abgedeckt werden soll. § 3 Abs. 6 des Anstellungs-GV schränkt die Möglichkeit zur Anstellung dahingehend ein, dass der anzustellende Arzt zum Zeitpunkt der Anstellung das 70. Lebensjahr grundsätzlich noch nicht vollendet haben darf. Bezüglich der weiteren Rahmenbedingungen und Voraussetzungen der unterschiedlichen Anstellungsvarianten darf auf die Ausführungen unter 3.3 verwiesen werden.

Paralleles Arbeiten von angestelltem Arzt und Vertragsinhaber ist ebenso möglich wie alternierendes Arbeiten, allerdings hat der Vertragsarzt trotz Mitarbeit des angestellten Arztes weiterhin maßgeblich am Ordinationsbetrieb mitzuwirken¹⁶, was im Vertrag dadurch geregelt wurde, dass dieser 50 % und mehr der Ordinationszeit persönlich abdecken muss.

¹⁴ Einem Vollzeitäquivalent entsprechen 40 Wochenstunden.

¹⁵ § 3 Abs. 1 Gesamtvertragliche Vereinbarung.

¹⁶ § 47a Abs. 3 S3 ÄrzteG sowie § 4 Abs. 2 Anstellungs-GV.

Eine nebenärztliche Tätigkeit des angestellten Arztes, auch in Form einer wahlärztlichen Tätigkeit, ist mit vorheriger Genehmigung von Ärztekammer für Oberösterreich und ÖGK unter Einhaltung bestimmter Rahmenbedingungen möglich.¹⁷

4.3. Einsatzmöglichkeiten der Anstellung

Ebenso wie die Gruppenpraxis bietet auch die Anstellung von Ärzten die Möglichkeit, verschiedene Motivationslagen und Lebenssituationen individuell zu berücksichtigen und abzudecken. Eine Anstellung ist nach § 3 Abs. 3 ff. Anstellungs-GV für folgende Fallkonstellationen möglich:

1. *gemeinsame Versorgung ohne Abdeckung eines Zusatzbedarfs („Jobsharing“) mit Patientenoberbegrenzung wie beim „Jobsharing-Modell“ in der Gruppenpraxis,*
2. *temporäre Abdeckung¹⁸ eines Zusatzbedarfs zum Beispiel zum Abbau von überlangen Wartezeiten,*
3. *unbefristete gemeinsame Tätigkeit zur Abdeckung eines bestehenden Zusatzbedarfs („Bruchstelle“).*

Bei der unbefristeten gemeinsamen Tätigkeit zur Abdeckung eines bestehenden Zusatzbedarfs in Form einer Bruchstelle ist, bedingt durch die Ausdehnung der bisherigen Stelle, eine Genehmigung durch Ärztekammer für Oberösterreich und ÖGK für die beabsichtigte Ausdehnung notwendig. Gleichzeitig sind, wie bei der Gruppenpraxis, die Ordinationszeiten zu erhöhen. Nachdem Ärztekammer für Oberösterreich und ÖGK ein großes Interesse daran haben, auch in Zukunft möglichst vielen Ärzten die Chance auf einen eigenen Kassenvertrag zu geben, wurde im Anstellungs-GV vereinbart, dass es einen Vorrang der Niederlassung beziehungsweise Gruppenpraxis gibt und nur dann die Anstellung mit gleichzeitiger Ausdehnung der Kassenstelle möglich ist, wenn zuvor die Ausschreibung einer Bruchstellengruppenpraxis erfolglos blieb. Ohne den Umweg über die zwingende Ausschreibung bestünde auf lange Sicht nämlich die Gefahr, dass zukünftig keine neuen niedergelassenen Ärzte mehr in das System kommen könnten, sondern – ähnlich wie bei Notaren – nur mehr Anstellungsverhältnisse bei wenigen, dann aber extrem großen Kassenpraxen zur Verfügung stünden. Damit würde sich einerseits der Stand der niedergelassenen Ärzte in Oberösterreich selbst dezimieren und die Freiberuflichkeit schwächen. Andererseits würden junge Ärzte am

¹⁷ Vgl. Beilage 2 „Rahmenbedingungen für die Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten“ zum RS Nr. 1841/2019 der OÖGKK und Ärztekammer für Oberösterreich.

¹⁸ Bewilligung grundsätzlich für 12 Monate mit der Option auf Verlängerung.

Anfang ihrer extramuralen Berufslaufbahn in einem solchen Szenario nur mehr als Angestellte in Kassenpraxen arbeiten können und müssten ewig warten, bis vielleicht doch irgendwann wieder ein Kassenvertrag frei werden würde.

4.4. Honorierung

Allgemein

Die vom mitarbeitenden Arzt erbrachten Leistungen können im selben Ausmaß abgerechnet werden, wie dies bei Erbringung der Leistungen durch den Vertragspartner selbst möglich wäre. Die Abrechnung erfolgt weiterhin ausschließlich durch den Vertragspartner selbst. Bestehen für bestimmte Leistungen besondere Verrechnungsvoraussetzungen (z.B. Verrechnungsberechtigungen), muss auch der mitarbeitende Arzt die Voraussetzungen erfüllen, damit er diese Leistungen erbringen darf. Bei Abdeckung eines dauerhaften Zusatzbedarfs, der über den Umfang einer Planstelle hinausgeht, erfolgt die Honorierung nach den Regeln für Gruppenpraxen, insbesondere werden die Staffeln für Vergütungen, Zuschläge, Degressionen und Limitierungsbestimmungen entsprechend dem versorgten Zusatzbedarf angehoben. Auf dem erhöhten Niveau erfolgt dann analog der Gruppenpraxis Modell 2 eine bedarfsorientierte Begrenzung der verrechenbaren Fälle.

4.4.1. Zuschläge bei Abbau von überlangen Wartezeiten bzw. Abdeckung einer vakanten Stelle bei allgemeinen Fachärzten

Um jene Ärzte zu unterstützen, die aufgrund der schwierigen Versorgungssituation bereits am oder sogar über das Limit hinaus arbeiten, weil deren Patienten in der Region keine Ausweichmöglichkeiten zu anderen Ärzten derselben Fachrichtung haben, gewährt die ÖGK für die temporäre Zusammenarbeit zur Abdeckung eines Zusatzbedarfs finanzielle Vorteile. Diese finanziellen Vorteile werden in Form von unlimitierten Mehrleistungen und darüber hinaus durch Zuschläge pro Fall vergütet. Die Zuschläge, die pro Fachgruppe den halben durchschnittlichen Fallwert der jeweiligen Fachgruppe betragen (sozusagen analog zum Überstundenzuschlag bei Dienstverhältnissen), werden zusätzlich zur unlimitierten Mehrleistung aus dem sogenannten Innovationstopf, der zwischen der Ärztekammer für Oberösterreich und der ÖGK vereinbart wurde, für jeden einzelnen Mehrpatienten bezahlt. Ziel dieser Zuschlagszahlungen ist es, einen deutlichen Anreiz dafür zu schaffen, Engpässe in der Patientenversorgung durch erhöhte Arztkapazitäten, aufgrund der Zusammenarbeit mit einem angestellten Arzt, abzubauen.

4.4.2. Besondere Regelungen für Ärzte für Allgemeinmedizin zur Überbrückung einer vakanten Stelle

Auch Ärzten für Allgemeinmedizin gewährt man für jene Fälle, in denen zur Überbrückung einer vakanten Stelle ein Arzt angestellt wird, Sonderhonorierungen analog der Gruppenpraxis.

4.4.3. Kollektivvertrag für die Anstellung

Auch wenn bei der Zusammenarbeit mittels Anstellung versucht wurde, die Bürokratie möglichst klein zu halten, geht es vorrangig auch um die Sicherstellung eines fairen Interessenausgleichs zwischen Dienstgeber und Dienstnehmer, der durch den Abschluss eines Kollektivvertrags zwischen der Kurie der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für Oberösterreich als Dienstgeber und der Kurie der angestellten Ärzte der Ärztekammer für Oberösterreich als Dienstnehmer erreicht wurde. Ursprünglich war dafür ein österreichweiter Kollektivvertrag angedacht, der aber bislang nicht realisiert werden konnte, weshalb dann auf Länderebene die beiden Kurien in Verhandlungen getreten sind. Neben der Regelung eines eigenständigen Gehaltsschemas und der Beilage eines Musterdienstvertrages sieht der Kollektivvertrag auch die vertragliche Verankerung einer wöchentlichen Normalarbeitszeit von 38 Stunden vor.

5. Erweiterte Vertretung¹⁹

5.1. Vorbemerkungen

Bis 2019 war durch die Regeln des OÖ Gesamtvertrags für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte²⁰ das Tätigwerden eines Vertreters in der Ordination eines Vertragsarztes nur dann erlaubt, wenn dieser aufgrund von Urlaub, Krankheit oder anderen Gründen nicht selbst in der Ordination anwesend sein konnte. Diese Vertretungsregelungen galten aber nur begrenzt für eine bestimmte Dauer und erlaubten vor allem keine gleichzeitige Anwesenheit von Vertretenem und Vertreter und damit auch kein gleichzeitiges und paralleles Arbeiten. Im Jahr 2019 und aufbauend auf den gesetzlichen Vorgaben zur Anstellung von Ärzten bei Ärzten²¹ wurden zwischen der ÖGK und der Ärztekammer für Oberösterreich die Rahmenbedingungen für das Modell der Erweiterten Vertretung in Kassenordinationen in verschiedenen Ausgestaltungs- und Erscheinungsformen geschaffen und ist die Erweiterte Vertretung seit Juni 2019 in Oberösterreich im Einsatz. Nachdem im Interesse aller Beteiligten die Anstellung von Ärzten bei Ärzten und die Erweiterte Vertretung inhaltlich weitgehend identisch geregelt werden sollten, wurden die Rahmenbedingungen der Erweiterten Vertretung an die gesamtvertraglichen Bestimmungen zur Anstellung angeglichen, gleichwohl das Modell der Erweiterten Vertretung aufgrund der unter 3.1. geschilderten Notwendigkeit einer gesamtvertraglichen Regelung für die Anstellung schon einige Monate vor der Anstellungsmöglichkeit in Oberösterreich zur Anwendung kam.

Kurz zusammengefasst und vereinfacht gesagt handelt es sich bei der Erweiterten Vertretung um eine Zusammenarbeit wie in einer Gruppenpraxis, ohne dafür den komplexen Weg der Gesellschaftsgründung gehen zu müssen, bzw. bildet sie die Regelungen der Anstellung ab, allerdings ohne dafür ein Dienstverhältnis mit dem Vertretungsarzt begründen zu müssen. Aus arbeitsrechtlicher Sicht handelt es sich bei der Erweiterten Vertretung um einen freien Dienstvertrag.

Bezüglich der unterschiedlichen Varianten der Erweiterten Vertretung und der weiteren Details darf auf die Ausführung zur Anstellung verwiesen werden.

19 Seit Juni 2019 wurden 58 Bewilligungen für die Erweiterte Vertretung erteilt.

20 § 9 Arbeitsbehelf zum OÖ Gesamtvertrag für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte.

21 § 47a Ärztegesetz.

5.2. Wesentliche Unterschiede zur Anstellung

In der Praxis wird eine Abgrenzung zwischen Erweiterter Vertretung und Anstellung oft nicht so einfach möglich sein. Wesentliche Unterschiede zwischen diesen beiden Modellen bestehen aber hinsichtlich der formalen Berufsausübung und den sozial- und arbeitsrechtlichen Gegebenheiten. Der mitarbeitende Arzt wird bei der Erweiterten Vertretung freiberuflich tätig und ist somit selbst für die Einhaltung seiner sozialversicherungsrechtlichen Verpflichtungen und Abgaben verantwortlich. Daneben gelten für diesen die arbeitsrechtlichen Regelungen über Urlaub, Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall usw. nicht und ist auch das Vertretungshonorar einvernehmlich zwischen Vertreter und Vertretenem zu vereinbaren, wobei eine Orientierung am Kollektivvertragsniveau für die Anstellung aus Sicht der Ärztekammer für Oberösterreich geboten erscheint.

Im Gegensatz dazu ist der angestellte Arzt von seinem Dienstgeber – dem Kasinstelleninhaber – sowohl bei der Sozialversicherung als auch bei der Wohlfahrtskasse anzumelden und wird in der Ärzteliste als angestellter Arzt eingetragen. Bezüglich der arbeitsrechtlichen Regelungen sind auf den angestellten Arzt dieselben Gesetze wie bei Ordinationsangestellten anzuwenden – Stichwort Mutterschutzgesetz oder Arbeitszeitgesetz. Auch in puncto Gehalt ist keine individuelle Vereinbarung wie bei der Erweiterten Vertretung möglich, sondern ist der bereits zitierte Kollektivvertrag für bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten angestellte Ärztinnen als Untergrenze zwingend anzuwenden, es kann aber auch überzahlt werden.

Friedrich Oelenhainz, Detail aus «Porträt des späteren Fürsten Johann I. von Liechtenstein», 1776.

© LIECHTENSTEIN. The Princely Collections, Vaduz–Vienna



VALUES WORTH SHARING

«Meine Bank legt Wert auf Werte.»

Peter Bollmann, LGT Kunde seit 2009



Private
Banking

lgt.at/values

Mag. Nick Herdega, MSc
Ärztchammer für Oberösterreich

Problemfelder des derzeitigen PVE-Gesetzes

1. Zentralistische Planungsvorgaben hinderlich	72
2. Ausschreibungsprozess zeitaufwendig	73
3. Sinnvolle Ausstiegsszenarien	74
4. PVE nur mit Kinderärzten nicht möglich	75
5. PVE als ein Mosaikstein der ärztlichen Versorgung	76

1. Zentralistische Planungsvorgaben hinderlich

Die Konzeption der Auswahl von geeigneten Standorten und die konkreten Rahmenbedingungen von PVEs sind als zentralistisches Planungssystem angelegt, das in dieser Form Gründungen mehr verhindert als fördert. Die derzeitige Planungssystematik sieht ein Top-down-System vor, das keinerlei Rücksicht auf Motivationslagen von potentiellen Gründern nimmt. Vereinfacht ausgedrückt können PVEs nur dort gegründet werden, wo der RSG über die Zielsteuerungssystematik eine solche auch vorsieht. Diese Vorgaben im RSG sind dann im Stellenplan durch die Gesamtvertragsparteien näher zu detaillieren. Dann erst soll die Ausschreibung der konkreten PVE erfolgen. Was in diesem System völlig unberücksichtigt bleibt, ist die Frage, ob es in der „am grünen Schreibtisch“ gefundenen Region überhaupt Interessenten für eine PVE gibt. In der Praxis hat sich dazu gezeigt, dass die konkrete Gründung und Ausgestaltung einer PVE gemeinsam mit dem Bewerberteam sukzessive zu entwickeln ist, um den für jeden Standort unterschiedlichen Detailanforderungen auch wirklich gerecht werden zu können. Naturgemäß ist es Sicht der Planung der Gesamtgesundheitsversorgung, sich in einem Bundesland sinnvoll vorweg gut geeignete Standorte zu überlegen, aber die Auswahl derselben kann nicht starr und fix vorweg verordnet werden, wenn man nicht Gefahr laufen will, dass es sich um „Schreibtischplanungen“ handelt, für deren Realisierung dann keine Ärzte gefunden werden können. Es muss daher im Gesetz mehr darum gehen, Freiräume für die Sozialpartner im Gesundheitswesen zu schaffen, wie als sinnvoll erkannte Standorte und Regionen auch den konkreten potentiellen Bewerbern als interessante Organisationsform schmackhaft gemacht werden können. Dies geht nur über sehr flexible Regelungen, die Bedarfs- und Motivationslagen für die Gründung eines konkreten PVE abdeckbar machen. Dies betrifft die konkrete Organisationsform, die Regelungen für Kernteams und die sonstigen Gesundheitsberufe im erweiterten Team, die Öffnungszeiten, die Leistungsspektren und und und. Es sollte daher statt top-down ein Bottom-up-Ansatz im Gesetz verankert werden, der die Initiative zur Gründung einer PVE vor allem in die Hände der vor Ort tätigen Ärzte legt.

2. Ausschreibungsprozess zeitaufwendig

Die konkrete Ausschreibungssystematik für eine PVE sieht derzeit im Wesentlichen vor, dass die entsprechenden Kassenärzte im vorgesehen Versorgungsgebiet dazu eingeladen werden, eine PVE zu gründen. Nur wenn diese Einladung nicht erfolgreich ist, können sich andere Ärzte für eine PVE bewerben. Das Problem dabei ist, dass die Ersteinladung an die Kassenärzte für 6 Monate aufrecht zu erhalten ist, d.h. ein halbes Jahr vergeht, bis hier Planungsalternativen überhaupt angedacht werden können. In der Praxis führt dies dazu, dass Bewerber für eine PVE, die nicht aus dem Kreis der Kassenärzte kommen, für mehr als ein halbes Jahr vertröstet werden müssen, ehe weitere Gespräche möglich sind – und dies auch dann, wenn die vor Ort tätigen Kassenärzte keinerlei Interesse an der PVE zeigen. Aufgrund der derzeit bestehenden großen Anzahl von alternativen Arbeitsmöglichkeiten für Ärzte führt dies meist zum Absprung von gründungswilligen Ärzten. Es ist richtig, dass den vor Ort tätigen Ärzten die Gründung bzw. Mitarbeit in der PVE vorrangig angeboten wird, bei deren Nichtinteresse sollte aber rasch die Möglichkeit von Alternativen geschaffen werden. Selbstverständlich – und das soll auch so bleiben – soll generell eine PVE-Gründung nur im Rahmen des Stellenplanes möglich sein und daher eine PVE nur dort gegründet werden können, wo entsprechender Bedarf nach kassenärztlicher Ressource besteht.

3. Sinnvolle Ausstiegsszenarien

Naturgemäß kann es bei Zusammenschlüssen von mehreren Ärzten auch vorkommen, dass ein oder mehrere Gesellschafter aus der Organisation aus welchem Grund auch immer auf eigenen Wunsch aussteigen wollen. Dabei sieht das Gesetz derzeit vor, dass ein Ausstieg zwar möglich ist, aber ein solcher nach mehr als drei Jahren dazu führt, dass der eingebrachte Kassenvertrag beim Ausstieg aus der PVE nicht automatisch mitgenommen werden kann. Dies birgt naturgemäß für einen einsteigenden Kassenarzt ein extrem hohes Risiko, dass er durch die PVE-Gründung seines Kassenvertrages zur Gänze verlustig gehen könnte. Viele Kassenärzte scheuen daher die Gründung oder Mitarbeit an einer PVE und damit das Einbringen ihres Kassenvertrages in diese Einrichtung. Dem kann nur dadurch entgegengewirkt werden, dass in den Fällen, in denen ein Arzt seinen bestehenden Einzelkassenvertrag einbringt, dieser bei einem vorzeitigen Ausstieg wieder mitgenommen werden kann.

4. PVE nur mit Kinderärzten nicht möglich

Nach der derzeitigen Konzeption des Gesetzes können Kinderärzte zwar Teil des sog. Kernteams einer PVE sein, es müssen aber jedenfalls mindestens zwei ÄrztInnen für Allgemeinmedizin als Gesellschafter vorhanden sein. In der Praxis hat sich jedoch gezeigt, dass aufgrund oftmals fehlender Ressourcen im Bereich der Fachärzte für Kinderheilkunde mit Kassenvertrag eine reine Kinder-PVE, also bestehend nur aus Kinderfachärzten, geeignet wäre, diese Lücke zu schließen. Jetzt müssten in diesen Fällen „künstlich“ entweder mindestens zwei Allgemeinmediziner gefunden werden, die das PVE mitgründen, was aber voraussetzt, dass genau am geplanten Standort auch ein Mangel an Allgemeinmedizinern herrscht und – was viel seltener verwirklichtbar ist – sich auch genau dort Allgemeinmediziner finden, die eine PVE betreiben möchten. Das ist nahezu ein Ding der Unmöglichkeit. Dies führt derzeit dazu, dass Kinder-PVEs – so dringend sie derzeit auch gebraucht würden – nicht gründbar sind.

5. PVE als ein Mosaikstein der ärztlichen Versorgung

Gerade sehr vollmundige Ankündigungen der Politik über die durch PVEs erreichbare Gesundheitsversorgungsziele schaffen oftmals den Eindruck, als könnten PVEs nunmehr die gesamte Primärversorgung in ganz Österreich übernehmen oder zumindest ganz entscheidend mitprägen. Schon aufgrund der unterschiedlichen Topographie und ländlichen Struktur zwischen und in vielen Bundesländern kann die Schaffung von PVEs ein zwar wichtiges und nützliches Versorgungstool sein, aber eben nur eines von mehreren. Die Versorgung durch den Kassenarzt als Einzelkämpfer wird genauso bestehen bleiben wie die durch Gruppenpraxen oder andere Versorgungsmodelle wie z.B. Anstellung von Ärzten. Auch aus Patientensicht macht diese Vielfalt Sinn, denn bei den ersten PVE-Evaluierungen hat sich gezeigt, dass das Prinzip des alleinigen Vertrauensarztes von den Patienten in einer Organisationsform wie der PVE vermisst wird, die naturgemäß nicht immer sicherstellen kann, dass genau der vom Patienten gewünschte Arzt Dienst hat, wenn der Patient kommt. Aber auch aus Sicht der Sicherung ärztlicher Ressourcen für das öffentliche Gesundheitssystem ist das Anbot von mehreren Tätigkeitsformen, zwischen denen der Arzt wie aus einer „Speisekarte“ auswählen kann, sinnvoll und notwendig, um möglichst viele Leistungsanbieter ins System zu bringen.

Mag. Sabine Weißengruber-Auer, MBA

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Einflussfaktoren auf die Wahl der Ordinationsform

Ergebnisse einer Umfrage

1. Einleitung	78
2. Methode	79
3. Ergebnisse	80
4. Gründe für den Weg in die Selbständigkeit	82
5. Einflussfaktoren Ordinationsform	84
6. Zusammenfassung	95
7. Anhang Fragebogen	96

Der Weg in die selbstständige Berufsausübung beinhaltet viele Entscheidungen. Dabei kommt im Besonderen der Frage nach der zukünftigen Ordinationsform eine wichtige Rolle zu. Um die Einflussfaktoren für die Entscheidung der Ordinationsform differenzierter analysieren zu können, führte das Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung unter jenen Kassenärzten, welche sich in den letzten fünf Jahren niederließen, eine Umfrage durch. Im Fokus stand dabei die Entscheidung, zukünftig in einer Einzelpraxis tätig zu sein, im Vergleich zu den Beweggründen für eine Gruppenpraxis/PVE.

1. Einleitung

Wenngleich in den letzten zwanzig Jahren die Zusammenarbeitsformen für Ärzte vielfältiger geworden sind, ist die ärztliche Tätigkeit in einer Einzelpraxis nach wie vor die am häufigsten gewählte Form der Niederlassung. Die Entscheidung für eine bestimmte Ordinationsform ist für Ärzte von besonderer Relevanz. Rechtsformen von Ordinationen ändern sich nur selten.

Um die Motive und individuellen Aspekte für die Wahl der Ordinationsform genauer zu beleuchten, führte das Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG) im Februar 2022 eine Umfrage durch. Im Mittelpunkt standen dabei die Einflussfaktoren für die Entscheidung der jeweiligen Rechtsform.

2. Methode

Die Befragung wurde mit Hilfe eines Online-Fragebogens durchgeführt. Hinsichtlich der Empfänger konzentrierte sich die Umfrage auf zwei Ärztegruppen: Einerseits Mediziner, welche in den letzten fünf Jahren eine Einzelpraxis mit Kassenvertrag gründeten bzw. übernahmen und jene Ärzte, die innerhalb der letzten fünf Jahren begonnen haben, in einer Gruppenpraxis/PVE zu arbeiten.

Fragebogeninhalte: Im Mittelpunkt der Umfrage stehen die Beweggründe für die Niederlassung sowie die hemmenden und fördernden Faktoren für die Wahl der Ordinationsform. Aus Gründen der Vergleichbarkeit erfolgte der Aufbau der beiden kurzen Fragebögen mit möglichst identischen Fragen.

Die mittels offener Fragen gewonnenen Angaben wurden inhaltlich strukturiert und den zuvor gebildeten Kategorien zugeordnet. Im Folgenden werden die Umfrageergebnisse beschrieben und im Überblick die Niederlassungsgründe sowie die Einflussfaktoren für die Wahl der Ordinationsform dargestellt.

Alle in dem Artikel dargestellten Angaben in Tabellen und Abbildungen beruhen auf den selbst erhobenen Daten der Umfrage.

3. Ergebnisse

Insgesamt beteiligten sich 206 Ärzte an der Befragung, davon sind 132 Ärzte in einer Einzelpraxis bzw. 74 Ärzte in einer Gruppenpraxis tätig. Das Geschlechterverhältnis ist annähernd gleich verteilt – mit etwas mehr weiblichen Teilnehmern (103 Ärztinnen) und einer intergeschlechtlichen Person. Die Rücklaufquote betrug in der Gruppe Tätigkeit in einer Einzelpraxis 30 % sowie 26 % bei jenen Ärzten, welche in einer Gruppenpraxis/PVE arbeiten.

Die Mehrheit der teilnehmenden Ärzte sammelte bereits im Vorfeld Erfahrungen im niedergelassenen Bereich. Rund 65 % der befragten Ärzte (Einzelpraxis) und beinahe 88 % der Ärzte, welche in einer Gruppenpraxis/PVE tätig sind, hatten bereits Erfahrungen im niedergelassenen Bereich. Bei dieser Frage zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern. In der Befragungsgruppe Gruppenpraxis/Fachärzte hatten bis auf einen Teilnehmer (Kinder- und Jugendheilkunde) alle Fachärzte bereits Berufserfahrung im niedergelassenen Bereich.

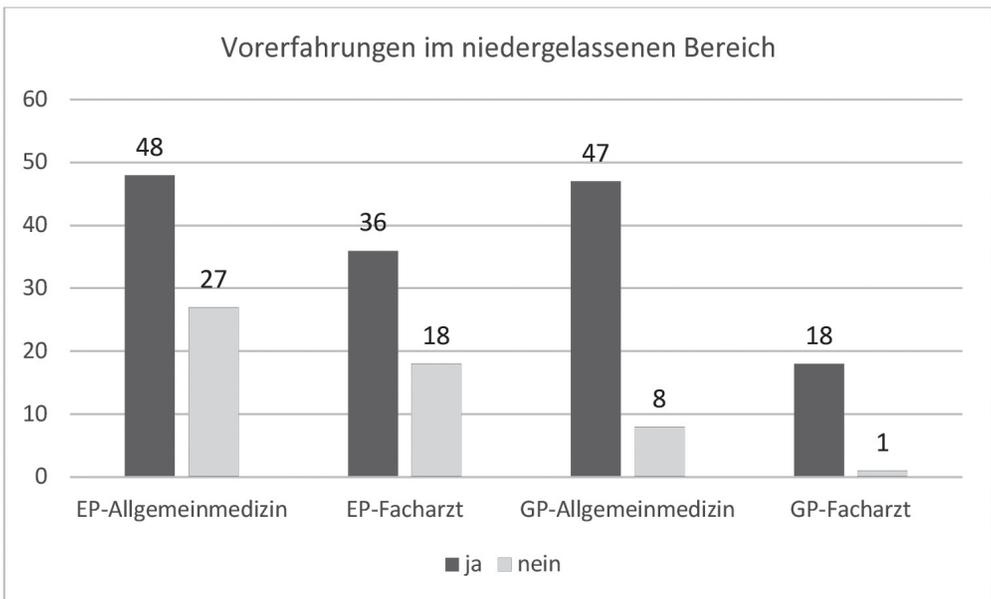


Abbildung 1: Vorerfahrung je nach Ordinationsform

Tabelle 1 zeigt, in welcher Form die befragten Ärzte Erfahrungen im extramuralen Bereich sammeln.

In welcher Form haben Sie bereits im Vorfeld Erfahrungen im niedergelassenen Bereich sammeln können?	Einzelpraxis	Gruppenpraxis/PVE
fallweise Vertretung in der jetzigen Ordination	25,9 %	42,1 %
in anderen Ordinationen im Rahmen meiner Vertretungen	53,1 %	47,4 %
nebenberuflich in einer Wahlarztordination	21 %	10,5 %

Tabelle 1: Erfahrungen im niedergelassenen Bereich

Die Ergebnisse unterstreichen einmal mehr die Bedeutung der Lehrpraxis und von Mentoring-Programmen, durch die Ärzte bereits während ihrer Tätigkeit im Krankenhaus den extramuralen Bereich kennenlernen können.

4. Gründe für den Weg in die Selbständigkeit

Die Beweggründe für eine Niederlassung sind vielfältig und umfassen vielfach private, aber auch organisatorische Faktoren. Auf die offene Frage, wie es zum Entschluss für eine Tätigkeit in einer Kassenordination gekommen ist bzw. ob es einen bestimmten Moment dafür gab, erhielten wir insgesamt 182 Antworten (119 Antworten EP, 63 Antworten GP). Getrennt nach Geschlechtern zeigt sich, Ärztinnen und Ärzte antworteten bei dieser Frage ähnlich.

Der mit Abstand am häufigsten genannte Grund ist der seit langem gehegte Berufswunsch, als niedergelassener Arzt tätig zu sein: *„Dies war schon immer mein Berufsziel, mich reizt die Vielfalt und der persönliche Bezug zu meinen Patienten“, „Ziel und Interesse war es schon immer, aber es gab keinen bestimmten Moment, es hat sich zufällig ergeben“.*

Mit nur geringem Abstand folgt das Bedürfnis nach mehr Selbstbestimmtheit. Der stark vorhandene Wunsch nach mehr Autonomie in der Patientenbehandlung zeigt sich auch in jenen Antworten, die die starre Hierarchie und die Strukturen im Krankenhaus bemängeln. Manche Ärzte fühlten sich hinsichtlich ihrer beruflichen Entfaltungsfreiheit stark eingeschränkt. Eine typische Antwort war: *„War für mich eine Frage der Unabhängigkeit und Selbstbestimmung. Die erste Möglichkeit wollte ich nutzen.“* Oder: *„Freiheit in den Modalitäten der Patientenversorgung.“*

An dritter Stelle steht bei beiden Gruppen eine generelle Unzufriedenheit mit dem Krankenhaussystem und den starren Arbeitszeiten: *„Wollte nicht mehr im KH arbeiten, zu träge Organisation dort.“* Oder: *„Eine Möglichkeit, nicht bis zur Pension Nacht- und Wochenenddienste machen zu müssen.“* Und: *„Verschlechterung der Bedingungen im Krankenhaus.“*

Die bessere Familienkompatibilität im niedergelassenen Bereich nannten vor allem Frauen und jene Ärzte, die in einer Gruppenpraxis/PVE arbeiten, als relevanten Aspekt: *„Selbständigkeit ließ sich besser mit Familienplanung vereinbaren.“*

Ebenso ist der Faktor Anspruch und Qualität der Patientenversorgung ein oft genannter Beweggrund: *„Wunsch, mehr Zeit für die Patienten zu haben und sie sinnvoll längerfristig betreuen zu können.“*

Zwei Teilnehmer gaben an, dass der Umgang mit der Corona-Pandemie in den Spitälern ihren Entschluss noch zusätzlich verstärkt hat.

Vereinzelt wurden von den Teilnehmern noch weitere Aspekte angesprochen:

- *„positive Erfahrungen (Lehrpraxis, Vertretungen)“*,
- *„bessere Verdienstmöglichkeiten als im Krankenhaus (AM)“*,
- *„Wunsch nach beruflicher Veränderung“*,
- *„begrenzte Karrierechancen als Allgemeinmediziner im Spital“*,
- *„schlechtes Betriebsklima“*,
- *„Team im Krankenhaus passte nicht mehr“*,
- *„wiederkehrender Kontakt zu den Patienten“*.

Zusammenfassend lässt sich erkennen, dass die Motive für eine Tätigkeit im niedergelassenen Bereich zum einen persönliche Beweggründe betreffen und dass sie zum anderen aus der Unzufriedenheit mit der Tätigkeit im Krankenhaus entstehen. Besonders letzteres sollte zum Nachdenken anregen, wie sich die Arbeitssituation im Krankenhaus weiterhin verbessern lässt.

5. Einflussfaktoren Ordinationsform

Die Wahl einer Ordinationsform ist an eine Reihe von persönlichen Motiven und Aspekten geknüpft. Eine einmal gewählte Ordinationsform wird in der Regel kaum gewechselt.

Um zu sehen, welche Relevanz den einzelnen Faktoren zukommt, wurden die Ärzte mit einer Reihe von Einflussfaktoren konfrontiert. Die Wertigkeit der einzelnen Aspekte wurde anhand einer 5-Item-Likert-Skala erhoben. Die Skala liegt zwischen 1 (stimme voll und ganz zu) und 5 (stimme gar nicht zu). Jeder Fragenkatalog wurde mit einer offenen Frage abgerundet.

5.1. Einzelpraxis

In Österreich spielen ärztliche Kooperationen im extramuralen Bereich eine immer größere Rolle. Dennoch wäre es übereilt, die Einzelpraxis als Auslaufmodell zu bezeichnen, denn von den rechtlich möglichen Ordinationsformen steht die Einzelpraxis nach wie ganz oben in der Beliebtheitsskala bei den Ärzten, die sich kürzlich niedergelassen haben. Als Motive für Tätigkeit in einer Einzelpraxis nannten die befragten Ärzte folgende Faktoren.

Für mehr als 80 % der Teilnehmer ist der Wunsch nach Unabhängigkeit verbunden mit dem Aspekt der alleinigen Entscheidung über Arbeitsabläufe („*muss mich mit niemandem abstimmen*“) ein entscheidendes Kriterium für eine Einzelpraxis. In dieselbe Richtung wirkt der Faktor: „*kurze Entscheidungswege*“, welchem rund drei Viertel der befragten Ärzte zustimmten.

Klar erkennbar ist, dass sich das starke Bedürfnis nach Selbstverwirklichung sich in den Antworten der befragten Ärzte durchgängig widerspiegelt. Denn nirgendwo kann der Wunsch nach mehr Gestaltungsfreiheit so gut umgesetzt werden als in einer Einzelpraxis.

Untersucht man das Antwortverhalten auf geschlechtsspezifische Unterschiede, so zeigt sich bei dieser Fragestellung ein übereinstimmendes Bild.

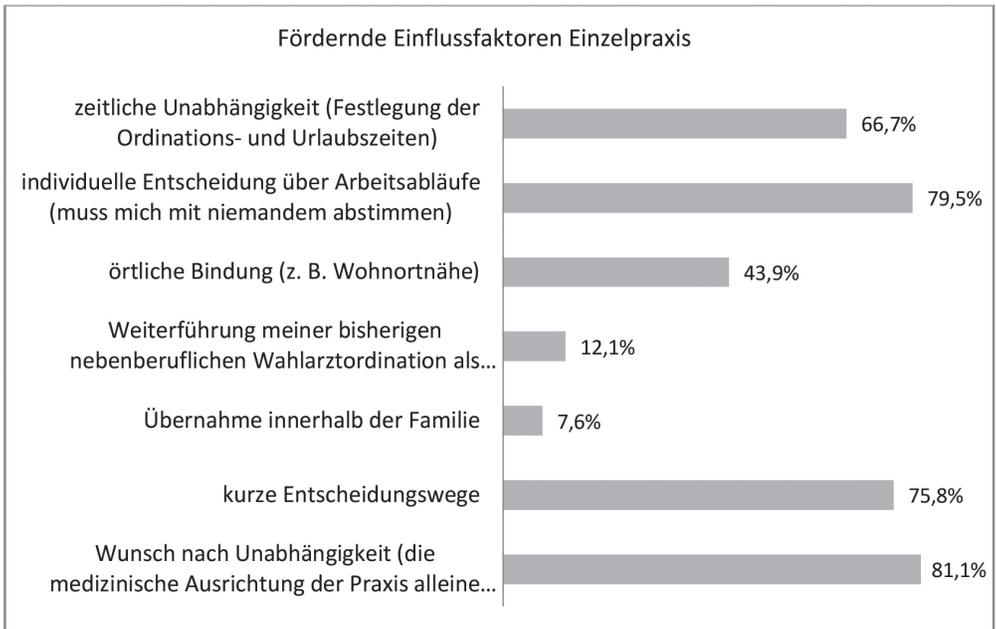


Abbildung 2: Fördernde Einflussfaktoren Einzelpraxis

Hemmende Faktoren für eine Gruppenpraxis/PVE

Häufig beinhalten kooperative Strukturen vermehrte Koordination und ein gewisses Maß an Arrangement. Für viele Ärzte, welche in einer Einzelpraxis tätig sind, ist das ein Kriterium, welches gegen eine Gruppenpraxis/PVE spricht. Auf die Frage, was sie davon abgehalten hat, in einer Gruppenpraxis/PVE tätig zu sein, stimmten 52 % der Befragten dem Faktor „die langfristige Bindung an den Ordinationspartner“ voll bzw. teilweise zu, dicht gefolgt vom Aspekt der Komplexität einer Gruppenpraxis bzw. eines PVEs (51 %). Für 38 % ist die Gefahr von Problemen zwischenmenschlicher Natur ein Aspekt, der gegen die Tätigkeit in einer Gruppenpraxis/PVE spricht.

Der fehlende ärztliche Partner ist für rund jeden dritten Teilnehmer ein Hindernis. Bei dieser Fragestellung zeigen sich sowohl Unterschiede zwischen den befragten Allgemeinmedizinern (37, 8 %) und den Fachärzten (21, 8 %) als auch zwischen den Geschlechtern (siehe folgende Abbildung).

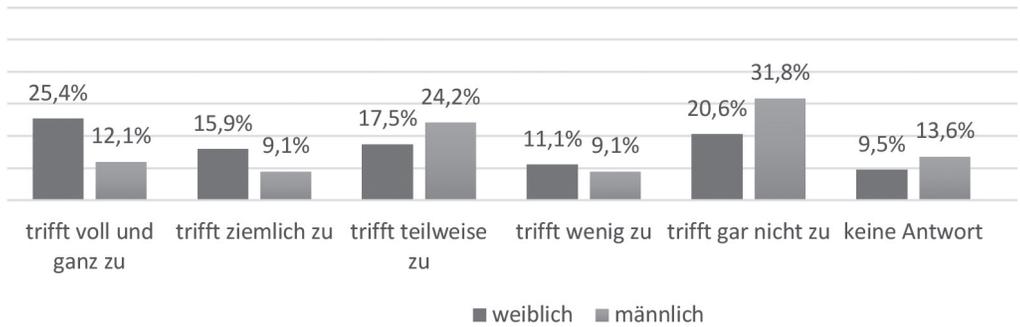


Abbildung 3: Einflussfaktor fehlender ärztlicher Partner für eine Gruppenpraxis/PVE

Als weitere Faktoren nannten die befragten Ärzte exemplarisch folgende Beweggründe:

- „Zusammenarbeit funktioniert nur selten.“
- „Staffelungen und Limitierungen in der Honorierung sind das größte Problem.“
- „Jede Form der Zusammenarbeit (Gruppenpraxis/PVZ/PHC) bedingt längere offizielle Öffnungszeiten, die nicht zu bewältigen sind, da die tatsächliche Arbeitszeit ja weit über der am Ordinationsschild affichierten liegt. Bisher wurde noch kein Modell vorgestellt, das Vorteile in der Entlohnung oder in der Reduktion der tatsächlichen Arbeitszeit gebracht hätte.“
- „Es findet sich kein/e Kollege/in.“
- „Ohne Hausapotheke ist es finanziell nicht möglich.“
- „Die Kontinuität der Betreuung meiner Patienten durch immer denselben Arzt finde ich sehr wichtig und stellt für mich einen wesentlichen Qualitätsgewinn dar.“
- „Wahrscheinlich werde ich eher Vertretungsärzte einstellen oder einen Lehrpraktikanten aufnehmen.“
- „Die Möglichkeit der Anstellung von Ärzten.“
- „Fehlende Kollegen, die sich als Allgemeinmediziner niederlassen wollen.“
- „Sehr gute Vernetzung mit anderen Kolleginnen in der Einzelpraxis im Sprengel (Urlaubsvertretung ...).“
- „Habe bereits schlechte Erfahrungen in der Gruppenpraxis gemacht.“

- *„Im Rahmen der rechtlichen Bestimmungen der aktuell möglichen Organisationsformen einer Gruppenpraxis ist derzeit keine Option gegeben.“*
- *„Ideal sind Vertretungsärzte. Ich habe das Glück, einen permanenten Vertretungsarzt zu haben, der mir ausreichend Urlaub verschafft. Kostet sehr viel Geld, aber das ist es mir wert, dadurch gibt es weniger Klagen, wenn man selber nicht da ist.“*
- *„Ich war vorher in GP, plane jetzt PVZ.“*
- *„Ebenso ist der Faktor der Finanzierung je nach Fachrichtung unterschiedlich ausgeprägt.“*

5.2. Gruppenpraxis/PVE

Für den Wunsch, in einer Gruppenpraxis tätig zu sein, gibt es verschiedene Motive. Der mit Abstand häufigste Beweggrund ist die Möglichkeit, die Praxisnachfolge durch ein „Übergabemodell“ abzuwickeln. Dabei handelt es sich um befristete Gruppenpraxen. Diese Variante einer Ordinationsübernahme ermöglicht eine direkte Zusammenarbeit mit erfahrenen Kollegen und bringt in der Anfangsphase den Vorteil, dass bei Fragen immer ein Ansprechpartner vorhanden ist. Erfahrungen zeigen, wenn die Zusammenarbeit für den Juniorpartner gut verläuft, besteht die Bereitschaft, sich zu einem späteren Zeitpunkt wieder für eine Form der ärztlichen Zusammenarbeit zu entscheiden. Im Nachfolgenden soll näher auf die Motive für die Tätigkeit in einer Gruppenpraxis/PVE eingegangen werden.

Fördernde Faktoren für die Bildung einer Gruppenpraxis/PVE

Folgende Abbildung zeigt die Anreize für die Tätigkeit in einer Gruppenpraxis/PVE.

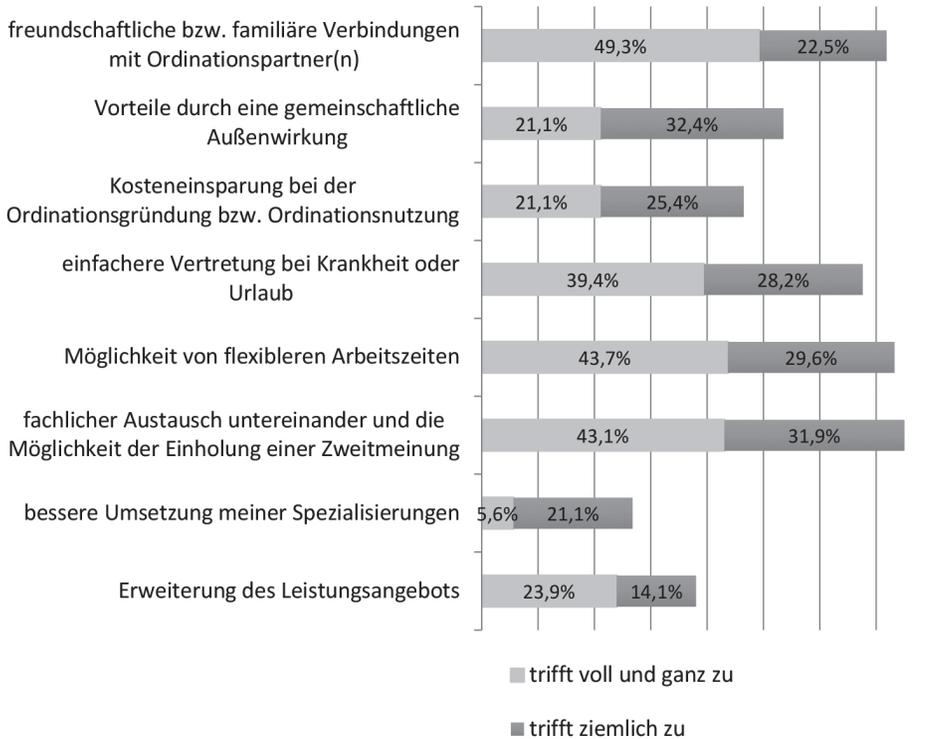


Abbildung 4: Fördernde Faktoren für die Tätigkeit in einer Gruppenpraxis/PVE

Der Blick auf die fördernden Aspekte zeigt die Bedeutung des fachlichen Austauschs unter den Ärzten. 43 % der Teilnehmer können diesem Aspekt voll und ganz zustimmen und 22,5 % bewerteten die Aussage als ziemlich wichtig. Dicht gefolgt vom Faktor „Möglichkeit von flexibleren Arbeitszeiten“, welcher für fast drei Viertel ein wichtiges Kriterium ist. Signifikante Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten gibt es bei dieser Fragestellung keine. Männer und Frauen zeigen in ihren Antwortprofilen ein sehr heterogenes Bild.

Weitere fördernde Faktoren für eine Gruppenpraxis/PVE finden sich in den Antworten der Teilnehmer auf die offene Frage nach zusätzlichen Einflussfaktoren:

- „Einzelkassenvertrag hätte auf Dauer 60 Wochenstunden Arbeit bedeutet.“
- „Keine andere offizielle Kooperationsmöglichkeit.“

- *„Aufgrund des massiven Hausärztemangels zu viel Arbeit für eine einzelne Person in einer Einzelpraxis.“*
- *„Aufteilung/Minderung aller Risiken der Selbstständigkeit.“*
- *„Profitieren von gegenseitigen Erfahrungen.“*
- *„Wenn ich mehr verdienen will, kann ich ganz einfach mehr arbeiten.“*
- *„Optimierung der Patientenversorgung“*
- *„Arbeiten in einem multidisziplinären Team“*
- *„Entlastung durch DGKP und Therapeuten“*
- *„Abnahme der organisatorischen Dinge durch Geschäftsführer. Dies war ein wichtiger und sehr entscheidender Punkt für mich.“*
- *„Ich halte eine Gruppenpraxis für eine sehr gute Form. Man sollte sich bereits als Partner gemeinsam für eine Stelle bewerben können, derzeit viel zu kompliziert.“*
- *„Ich kann länger im Arbeitsprozess bleiben.“*
- *„Flexibilität der persönlichen Einnahmen sind vom Leistungsangebot abhängig und nicht von den Möglichkeiten freier Dienste wie im Krankenhaus.“*
- *„Praxisführung alleine nicht bewältigbar, wird nicht in der Ausbildung vermittelt.“*
- *„Unsere Ordinationsgröße lässt keine Einzelordination zu. Wäre nicht zu schaffen.“*

Hemmende Faktoren für die Bildung einer Einzelpraxis

Nachfolgende Tabelle verdeutlicht, wie stark das Kriterium „*fehlender Austausch mit Kollegen*“ bzw. die alleinige Verantwortung verbunden mit dem alleinigen finanziellen Risiko auf die Überlegungen einwirkt.

	trifft voll zu bzw. trifft ziemlich zu	trifft teilweise zu	trifft wenig zu bzw. trifft gar nicht zu	keine Antwort
fehlende Austausch mit ärztlichen Kollegen	44,90 %	17,50 %	24,60 %	13 %
alleinige Verantwortung	27,90 %	22,10 %	36,80 %	13,20 %
finanzielles Risiko	20,60 %	11,80 %	54,40 %	13,20 %

Tabelle 2: Faktoren, die davon abhielten, in einer Einzelpraxis tätig zu sein

Vergleicht man die Bewertungen der hemmenden mit den fördernden Faktoren, so zeigt sich, dass der interkollegiale Austausch ein wichtiges Kriterium für die Gründung einer Gruppenpraxis/PVE ist. Denn fast spiegelgleich wirkt sich der fehlende Austausch als hemmenden Faktor für die Tätigkeit in einer Einzelpraxis aus. Die Antworten lassen klar erkennen, dass die Möglichkeit einer ärztlichen Zusammenarbeit ein wichtiger Grund für die Entscheidung für eine Gruppenpraxis bzw. ein PVE ist.

Parallel zu den Bewertungen der vorgegebenen Beweggründe wurden die Teilnehmer in einer offenen Frage zu weiteren hemmenden Aspekten befragt. Die Fragestellung lautete: Gab es noch andere Faktoren, welche Sie davon abhielten, in einer Einzelordination tätig zu sein?

Die Antworten deuten an, dass sich im Vergleich zur Einzelpraxis Beruf und Familie in einer Gruppenpraxis/PVE besser vereinbaren lassen. Dieser Aspekt ist vor allem bei Jungfamilien entscheidend. Leider wird dieser Aspekt von den Krankenkassen bisher nicht in ausreichendem Maße berücksichtigt (Stichwort 4-Tage-Woche für Facharzt-Ordinationen).

- „*Nein, nur die Intensität und Dauer der Arbeitsbelastung.*“
- „*Die Gruppenpraxis ist mit meinem Vater! Besser geht es nicht!*“
- „*Zeitlicher Aufwand, als Frau mit Kindern Praxisführung alleine nicht zu bewältigen, wird nicht in der Ausbildung vermittelt.*“

- *„Ich war ca. 7 Jahre in einer Einzelpraxis; aufgrund nachfolgeloser Pensionierungen umliegender Praktiker und folgender „Überschwemmung» mit neuen Patienten Gründung einer Gruppenpraxis mit meiner Gattin.“*
- *Mit zwei kleinen Kindern zu zeitintensiv.“*
- *„Die Arbeitsbelastung wurde für die Einzelpraxis zu groß, weil im Ort zugleich 2 Kollegen in Pension gingen.“*
- *„Teilzeitmöglichkeit“*
- *„Arbeitspensum, welches alleine bewältigt werden muss.“*
- *„Die Möglichkeit, leicht und unkompliziert Krankenstände, Kindergeburten etc. zu organisieren.“*
- *„Familie & Kinder“*
- *„Der Umfang der Arbeitslast (siehe vorige Seite) einer gut besuchten Einzelordination am Land ist heutzutage kaum mehr zu stemmen, gilt als Hauptargument für eine Gruppenpraxis.“*
- *„Ich arbeite lieber im Team.“*
- *„Fehlender wirtschaftlicher Hintergrund.“*
- *„Kein verfügbarer Kassenvertrag, Punkte sammeln für Übernahme.“*
- *„Ich arbeite gerne im Team.“*
- *„Angst vor dem alleinigen Organisieren all der Kleinigkeiten, von denen ich keine Ahnung hatte, wie dem Computerprogramm, der Abrechnung, Fakturierung, den vielen rechtlichen Vorschriften usw.“*
- *„Unsere Ordinationsgröße lässt keine Einzelordination zu. Wäre nicht zu schaffen.“*
- *„Hatte vor PVE 8 Jahre eine Einzelpraxis.“*
- *„Ich hätte womöglich eine ganze Stelle nehmen müssen, und das wäre mit zu viel gewesen mit zwei 2 kleinen Kindern.“*

5.3. Zufriedenheit mit der Wahl der Ordinationsform

Neben vielen unveränderbaren Faktoren (Stellenplan, Honorarordnung, ...) stellt die subjektive Zufriedenheit mit der gewählten Praxisform und die Erfüllung eigenen Erwartungen einen bedeutenden Einfluss auf die generelle Berufszufriedenheit von niedergelassenen Ärzten dar. Vor diesem Hintergrund wurden die Teilnehmer gefragt, ob sie aus heutiger Sicht den eingeschlagenen Weg nochmals gehen würden.

Zufriedenheit mit der Wahl der Ordinationsform (Einzelpraxis)

Betrachtet man die Erwartungserfüllung der befragten Ärzte, so zeigt sich alles in allem ein sehr erfreuliches Bild. Auf die Frage, ob sie aus heutiger Sicht den eingeschlagenen Weg nochmals gehen würden, antworteten die befragten Ärzte folgendermaßen:

Würden Sie aus heutiger Sicht diesen Weg noch einmal gehen?	ja	nein	keine Angabe
Summe	91,7%	6,1%	2,3%
Frauen	89,1%	9,4%	1,6%
Männer	94,0%	3,0%	3,0%
Allgemeinmediziner	88,0%	8,0%	4,0%
Facharzt	96,4%	3,6%	0,0%

Tabelle 3: Zufriedenheit mit der Entscheidung für Einzelpraxis

Nur ein geringer Teil (6,1 %) der Ärzte würde sich aus heutiger Sicht anders entscheiden (Niederlassung Einzelordination). Allerdings zeigt sich bei dieser Fragestellung ein Unterschied zwischen Ärztinnen und Ärzten. Etwas mehr Männer als Frauen würden die berufliche Entscheidung noch einmal genau so treffen. Dies kann im Hinblick auf die bereits dargestellten Ergebnisse als Signal interpretiert werden, dass die Vereinbarkeit von Familie und Beruf doch nicht in zufriedenstellendem Maße gegeben ist.

Auch zeigt sich ein Unterschied innerhalb der Fachrichtungen. Grundsätzlich sind Fachärzte mit ihrer Entscheidung zufriedener als Allgemeinmediziner. Gründe hierfür finden sich in den folgenden Antworten von teilnehmenden Allgemeinmedizinern.

- *„Als Kassenarzt für Allgemeinmedizin sind sämtliche Leistungen limitiert, die Leistungen sind geringer als beim Facharzt, obwohl man das Gleiche macht.“*
- *„Wir Hausärzte müssen 24 Stunden 7 Tage die Woche zur Verfügung stehen. Es gibt keinen geregelten Terminkalender.“*
- *„Zu viel Stress, keine Lebensqualität mehr, finanzielle Belastung, Dienstverträge, Arbeitsrecht.“*
- *„Keine Möglichkeit, sich mit jemandem abzustimmen, Arzt ist gezwungenermaßen Einzelkämpfer, trotz „Selbständigkeit“ keine freie Urlaubseinteilung, Zwang für HÄND-Dienste und Bereitschaft.“*
- *„Geregelte und deutlich geringere Arbeitszeit als im Spital, kein Organisationsaufwand in der Freizeit.“*
- *„Abhängigkeit vom Kassensystem, viel Arbeit, wenig Dank, Arbeit nicht angesehen ...“*
- *„Ich würde einzig eine kleine Wahlarztpraxis neben einer angestellten Position machen.“*
- *„Der Verwaltungsaufwand, die investierte Zeit, die finanzielle Unsicherheit und die Nichthonorierung von guter bzw. Mehrarbeit spricht gegen die Niederlassung, vor allem als Allgemeinmediziner!“*

Jene Fachärzte, welche sich aus heutiger Sicht anders entscheiden würden, nannten dafür folgende Gründe:

- *„Überladung durch administrative Vorgaben“*
- *„Würde voll im KH bleiben, zu viel Belastung.“*

Zufriedenheit mit der Wahl der Ordinationsform (Gruppenpraxis/PVE)

Würden Sie aus heutiger Sicht diesen Weg noch einmal gehen?	ja	nein	keine Angabe
Summe	83,8%	8,1%	8,1%
Frauen	82,5%	12,5%	5,0%
Männer	84,4%	3,1%	12,5%
Allgemeinmediziner	81,8%	10,9%	7,3%
Facharzt	89,5%	0,0%	10,5%

Tabelle 4: Zufriedenheit mit der Entscheidung für Gruppenpraxis/PVE

Die persönlichen Kommentare auf die Frage, warum sich die Befragten aus heutiger Sicht anders entscheiden würden, beinhalteten folgende Aspekte:

- *„Würde aufgrund der Rahmenbedingungen (Kassenvertrag) keine Ordination mehr übernehmen.“*
- *„Viele Gründe.“*
- *„Würde keinen Kassenvertrag mehr unterschreiben!!!“*
- *„Mäßige Unterstützung durch ÄK und Kassen, bürokratischer Wahnsinn, HÄND-System.“*
- *„In erster Linie wegen der HÄND-Dienste. Diese sind im städtischen Bereich in dieser Form sinnlos, kaum Unterstützung durch ÖGK und Magistrat der Stadt/ Gemeinde.“*
- *„Ein beträchtlicher finanzieller Aufwand mit ebenfalls mangelnder Unterstützung, die Arbeitszeiten sind bei weitem nicht so flexibel und auch für den Patienten sinnvoll zu gestalten, wie angenommen.“*

6. Zusammenfassung

Die vorliegende Umfrage konzentrierte sich auf die Motive und Beweggründe für die Wahl der zukünftigen Ordinationsform. Insgesamt sind die Ergebnisse für Kenner des niedergelassenen Bereichs wenig überraschend.

Mit Blick auf die Ergebnisse zeigt sich, dass bei jenen Ärzten, welche sich für die Rechtsform einer Einzelpraxis entschieden haben, folgende Aspekte im Vordergrund (in absteigender Reihenfolge) standen:

- Wunsch nach Unabhängigkeit (die medizinische Ausrichtung der Praxis alleine bestimmen zu können),
- individuelle Entscheidung über Arbeitsabläufe (Muss mich mit niemandem abstimmen.),
- kurze Entscheidungswege.

Die Aussagen verdeutlichen die Wichtigkeit von Eigenständigkeit und Selbstbestimmtheit.

Obwohl gegenwärtig die Einzelordination immer noch die häufigste Gründungsform ist, wächst die Zahl der ärztlichen Zusammenarbeitsformen. Gruppenpraxen und PVE gelten als zukunftsweisende Modelle.

Fragt man jene Ärzte, welche in einer Gruppenpraxis/PVE tätig sind, nach den fördernden Faktoren für ihre Entscheidung, so gaben die Ärzte folgende Aspekte als besonders relevant an:

- die Bedeutung des fachlichen Austausches unter den Teilnehmern,
- Möglichkeit von flexibleren Arbeitszeiten,
- freundschaftliche bzw. familiäre Verbindungen mit Ordinationspartner(n).

Zusammenfassend lassen sich die Kriterien zur Entscheidung für eine bestimmte Ordinationsform immer mit der Frage verknüpfen: Wie weit reicht der Wunsch nach Eigenständigkeit und den sich daraus ergebenden Konsequenzen? Während die Eigenständigkeit in einer Einzelordination maximal vorhanden ist, stellen Gruppenpraxen und PVEs einen Mittelweg dar.

7. Anhang Fragebogen

1.1. Wann und warum kam der Entschluss zur eigenen Ordination, gab es einen bestimmten Moment bzw. Grund? (z.B. unterbewusst war dies eigentlich schon immer mein Ziel oder Interesse, Patienten außerhalb des Spitals zu betreuen, ...)

1.2. Haben Sie bereits vor Ihrer Ordinationsgründung Erfahrungen im niedergelassenen Bereich sammeln können?

ja

wenn, ja dann

Vertretung in meiner jetzigen Ordination vor der Übernahme

im Rahmen meiner Ordinationsvertretungen

nebenberuflich in einer Wahlarztordination

nein

2. Einflussfaktoren für die Entscheidung zur Gründung/Übernahme einer Einzelpraxis	trifft voll und ganz zu	trifft ziemlich zu	trifft teilweise zu	trifft wenig zu	trifft gar nicht zu	keine Antwort
Wunsch nach Unabhängigkeit (die medizinische Ausrichtung der Praxis alleine bestimmen zu können)						
kurze Entscheidungswege						
Übernahme innerhalb der Familie						
Weiterführung meiner bisherigen nebenberuflichen Wahlarztordination als Kassenordination						
örtliche Bindung (z. B. Wohnortnähe)						
individuelle Entscheidung über Arbeitsabläufe (Muss mich mit niemandem abstimmen.)						
zeitliche Unabhängigkeit (Festlegung der Ordinations- und Urlaubszeiten)						

2.1. Gab es noch andere Einflussfaktoren für Ihre Entscheidung zur Gründung einer Einzelordination?

3. Welche Faktoren hielten Sie davon ab, eine Gruppenpraxis zu gründen?

	trifft voll und ganz zu	trifft ziemlich zu	trifft teilweise zu	trifft wenig zu	trifft gar nicht zu	keine Antwort
fehlender ärztlicher Partner						
Komplexität einer Gruppenpraxis (rechtliche, finanzielle Aspekte)						
langfristige Bindung an den Ordinationspartner						
Meinungsverschiedenheiten bezüglich Arbeitsabläufe mit Ordinationspartner						
Gefahr von Problemen zwischenmenschlicher Natur						

3.1. Gab es noch andere Faktoren, die Sie davon abhielten, in einer Gruppenpraxis tätig zu sein?

4. Würden Sie aus heutiger Sicht diesen Weg nochmal gehen?

- ja
- nein
- keine Angabe

4.1. Bei nein: Warum würden Sie sich aus heutiger Sicht anders entscheiden?

5. Ein paar demografische Daten

5.1. Geschlecht

- weiblich
- männlich
- divers

5.2. Alter

- 31–45 Jahre
- 46–60 Jahre

5.3. Fachrichtung

- AM
- Facharzt, Fachrichtung:

Ass.-Prof. Silvia Angerer, PhD

Universitätsassistentin am Institut für Management und Ökonomie im Gesundheitswesen, UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik

Univ.-Prof. Dr. Harald Stummer

Leiter des Instituts für Management und Ökonomie im Gesundheitswesen, UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik

Niederlassungspräferenzen der ÄrztInnen in Ausbildung in Tirol und Oberösterreich¹

1. Einleitung	103
2. Datenerhebung und Beschreibung der Stichprobe	105
3. Ergebnisse	108
4. Zusammenfassung und Diskussion	114
5. Fazit	116
6. Literaturverzeichnis	117

¹ Besonderer Dank geht an die Ärztekammer Oberösterreich und die Ärztekammer Tirol für den Zugang zu den ÄrztInnen in Ausbildung und an das Team des Ärztlichen Qualitätszentrums, insbesondere Frau Mag. Sabine Weißengruber-Auer, MBA für die Organisation der Aussendung des Fragebogens.

Um einem Unterangebot an Gesundheitsleistungen in ländlichen Gebieten entgegenzuwirken, bietet die vorliegende Untersuchung eine erste Wissensgrundlage für die Entwicklung geeigneter Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Niederlassung in ländlichen Gebieten. Zu diesem Zweck wurden ÄrztInnen in Tirol und Oberösterreich, welche in Ausbildung sind, mithilfe eines Online-Fragebogens über die Präferenzen zur Niederlassung befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass 28 % der Befragten eine Niederlassung nach der Ausbildung anstreben. Am unattraktivsten scheint eine klassische Niederlassung in einer Einzelpraxis zu sein. Hemmende Faktoren der Niederlassung sind der hohe bürokratische Aufwand, die starren Vorgaben der Kassen und eine hohe Arbeitsbelastung am Land. Zu den niederlassungsrelevanten Faktoren zählen vor allem die Rahmenbedingungen für die Familie und ein geringer bürokratischer Aufwand.

1. Einleitung

Eine der großen Herausforderungen für Gesundheitssysteme besteht in der angemessenen Versorgung und Verteilung von Gesundheitsleistungen in abgelegenen und ländlichen Gebieten. Nicht nur in Entwicklungsländern, auch in Industrieländern wie Österreich oder Deutschland wird die demografische Struktur bei den Ärztinnen und Ärzten gemeinsam mit der Tatsache, dass die Niederlassung am Land an Attraktivität verliert, mittelfristig zu einem Unterangebot an Gesundheitsleistungen in ländlichen Gebieten führen. Das Problem liegt nicht unbedingt in einem landesweiten ÄrztInnenmangel, sondern in einer ungleichen Verteilung der Gesundheitsversorgung zwischen städtischen und ländlichen Gebieten. Beispielsweise steigt die Zahl von ÄrztInnen pro 100.000 EinwohnerInnen in Deutschland seit den 1990er Jahren monoton an.² Dennoch gibt es abgelegene Gebiete, die aufgrund ihrer geringeren Attraktivität Probleme haben, offene Stellen zu besetzen. Auch in Österreich wird ein systematisches Ungleichgewicht in der regionalen Verteilung von ÄrztInnen erwartet. Die Österreichische Ärztekammer rechnet damit, dass in den nächsten zehn Jahren mehr als 50 % der HausärztInnen auf dem Land in Pension gehen werden. Dieser Umstand und die sinkende Attraktivität der Praxisniederlassung im ländlichen Raum wird mittel- bis langfristig zu einem ÄrztInnenmangel führen.³

Um diesem Trend entgegenzuwirken, wurden in Deutschland bereits mehrere Maßnahmen ergriffen, welche die Attraktivität der Niederlassung am Land erhöhen sollen. Auch in Österreich wurden bereits erste Maßnahmen eingeführt: Niederösterreich bietet beispielsweise bis zu 50.000 Euro Einstiegsprämien für die Modernisierung der Ordination an. In Österreich gibt es allerdings noch keine Untersuchung zu den Präferenzen einer Niederlassung von ÄrztInnen, welche noch in Ausbildung sind. Die vorliegende Untersuchung bietet daher eine erste Grundlage zur Entwicklung geeigneter Maßnahmen, die die Attraktivität der Niederlassung in ländlichen Gebieten verbessern können.

Zu diesem Zweck wurden in Kooperation mit der Tiroler Ärztekammer und der Ärztekammer Oberösterreich ÄrztInnen, welche in Ausbildung sind, mithilfe eines Online-Fragebogens über die Präferenzen zur Niederlassung befragt. Basierend auf den Fragebögen aus mehreren Studien aus Deutschland⁴ sowie zwei weite-

2 Vgl. Klose and Rehbein (2015)

3 Vgl. Österreichische Ärztezeitung (2021), Bachner et al. (2019) und Reichmann and Sommersguter-Reichmann (2016)

4 Vgl. Steinhäuser et al. (2011), Günther et al. (2010) und Roick et al. (2012)

ren Studien aus Österreich⁵, in denen es um die Niederlassung am Land sowie um die Anstellung von ÄrztInnen bei ÄrztInnen geht, wurde ein Fragebogen – angepasst an den österreichischen Kontext – mit drei Fragebatterien zur Einstellung in Bezug auf die Niederlassung allgemein, der Einstellung zur Niederlassung am Land und den niederlassungsrelevanten Faktoren entwickelt.

Im Folgenden werden die Datenerhebung, die Stichprobe und die Ergebnisse präsentiert und anschließend diskutiert.

5 Vgl. Riedler (2014) und Weißengruber-Auer and Wieser (2018)

2. Datenerhebung und Beschreibung der Stichprobe

Der Fragebogen wurde online an alle ÄrztInnen in Ausbildung zum Allgemeinmediziner oder Facharzt in Tirol und Oberösterreich verschickt. Die Aussendung hat das Ärztliche Qualitätszentrum der Oberösterreichischen Ärztekammer übernommen und erfolgte zwischen Oktober und November 2019.

Insgesamt wurden 2.193 Einladungen versandt, davon waren 2.177 zustellbar und 385 ÄrztInnen haben an der Befragung teilgenommen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 18 %. Davon sind 169 aus Tirol (44 %) und 216 aus Oberösterreich (56 %). Der Altersmedian liegt bei 30 Jahren und von den Befragten, welche das Geschlecht angegeben haben (n = 382) sind 222 Frauen (58 %) und 160 Männer (42 %).

Über beide Bundesländer hinweg stellen die ÄrztInnen in Ausbildung zum/r AllgemeinmedizinerIn (AM) die größte Gruppe dar (33 %), gefolgt von den Fachrichtungen „Innere Medizin“ mit 14 %, „Orthopädie“ mit 8 % und „Kinder- und Jugendheilkunde“ sowie „Anästhesie“ mit jeweils 7 %. Die anderen Fachrichtungen sind mit je unter 5 % in unserer Befragung deutlich weniger repräsentiert, allerdings stellen diese Fachrichtungen auch nicht die Zielgruppe unserer Befragung dar.

Im Durchschnitt haben die Befragten etwas mehr als drei Jahre Ausbildung hinter sich, wobei sich ca. 15 % jeweils im ersten und zweiten Ausbildungsjahr befinden, 17 % im dritten Ausbildungsjahr, 19 % im vierten Ausbildungsjahr, 11 % im fünften Ausbildungsjahr, 9 % im sechsten Ausbildungsjahr, 6 % im siebenten Ausbildungsjahr und 8 % mehr als sieben Jahre Ausbildung hinter sich haben. Von den Befragten ÄrztInnen sind ein Drittel verheiratet, die Hälfte in einer festen Partnerschaft und der Rest alleinstehend. Kinder haben ca. 30 % und davon etwas mehr als die Hälfte mehr als ein Kind. Außerdem sind etwas mehr als 40 % in einem Ort mit weniger als 5.000 Einwohnern aufgewachsen, knapp 20 % jeweils in Ortschaften mit 5.000 bis 10.000 Einwohnern sowie 10.000 bis 100.000 Einwohnern und gut 20 % in einer Stadt mit mehr als 100.000 Einwohnern. Zwischen den zwei Bundesländern gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede bezüglich der befragten soziodemografischen Merkmale. Die Beschreibung der Stichprobe nach Bundesländern ist in Tabelle 1 ersichtlich. Es gibt keine Unterschiede in der Zusammensetzung der Stichproben zwischen Tirol und Oberösterreich (siehe p-Wert des Verteilungstests in der letzten Spalte).

Tabelle 1: Beschreibung der Stichprobe N=385; N variiert aufgrund fehlender Angaben

	Tirol		Oberösterreich		p-Wert (χ^2 -Test)
	N	%	N	%	
Geschlecht					0,166
<i>Weiblich</i>	91	54	131	61	
<i>Männlich</i>	77	46	83	39	
Alter					0,422
<i>bis 30 Jahre</i>	89	55	113	53	
<i>31–35</i>	42	26	55	26	
<i>36–40</i>	24	15	26	12	
<i>über 40 Jahre</i>	8	5	18	8	
Größe Herkunftsort					0,851
<i>< 5.000 Einwohner</i>	74	44	90	42	
<i>5.000–10.000 Einwohner</i>	34	20	39	18	
<i>10.000–100.000 Einwohner</i>	28	17	41	19	
<i>> 100.000 Einwohner</i>	32	19	45	21	
Fachrichtung					0,647
<i>Allgemeinmedizin</i>	61	37	64	30	
<i>Innere Medizin</i>	19	11	36	17	
<i>Orthopädie</i>	15	9	15	7	
<i>Kinder u. Jugendheilkunde</i>	11	7	16	7	
<i>Anästhesie</i>	13	8	12	6	
<i>Chirurgie</i>	10	6	9	4	
<i>Psychiatrie</i>	5	3	11	5	
<i>Gynäkologie</i>	5	3	8	4	
<i>Radiologie</i>	5	3	6	3	
<i>Augenheilkunde</i>	2	1,2	8	4	
<i>Neurologie</i>	1	0,6	9	4	
<i>HNO</i>	4	2,4	5	2,3	
<i>Haut- und Geschlechts- krankheiten</i>	4	2,4	4	1,9	
<i>Labordiagnostik</i>	1	0,6	0	0	

	<i>Sonstige</i>	3	1,8	4	1,9	
	<i>Keine Antwort</i>	3	1,8	4	1,9	
Jahre in Ausbildung						0,895
	<i>1. Jahr</i>	21	12	34	16	
	<i>2. Jahr</i>	26	15	29	13	
	<i>3. Jahr</i>	30	18	33	15	
	<i>4. Jahr</i>	29	17	39	18	
	<i>5. Jahr</i>	18	11	20	9	
	<i>6. Jahr</i>	12	7	20	9	
	<i>7. Jahr</i>	12	7	11	5	
	<i>> 7 Jahre</i>	21	12	30	14	
Familienstand						0,223
	<i>Single</i>	31	19	29	13	
	<i>verheiratet</i>	46	28	78	36	
	<i>in fester Partnerschaft</i>	86	52	106	49	
	<i>geschieden</i>	3	2	2	1	

3. Ergebnisse

3.1. Niederlassungsbereitschaft

Auf die Frage, welche Pläne die ÄrztInnen nach der Ausbildung haben, gaben 28 % an, sich nach der Ausbildung niederlassen zu wollen, 36 % gaben an, im Krankenhaus arbeiten zu wollen, 35 % waren noch unentschlossen und 1 % gab „Sonstiges“ an. Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Antworten auf diese Frage nach den zwei Bundesländern getrennt, wobei es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Bundesländern gibt.

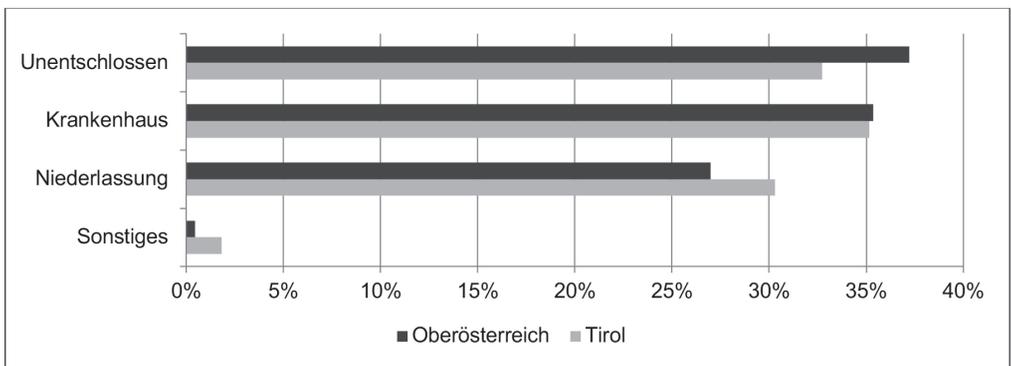


Abbildung 1: Plan nach der Ausbildung, nach Bundesland

Um die allgemeine Bereitschaft zur Niederlassung zu untersuchen, wurden die ÄrztInnen gefragt, inwieweit sie den folgenden Aussagen zustimmen:

- Ich kann mir eine Niederlassung als KassenärztIn in einer Einzelpraxis vorstellen.
- Ich kann mir eine Niederlassung als KassenärztIn in einer Gemeinschaftsordination vorstellen.
- Ich kann mir eine Niederlassung als ÄrztIn in einer Primärversorgungseinheit (PVE) vorstellen.
- Ich kann mir die Arbeit im niedergelassenen Bereich als angestellte/r ÄrztIn in einer Ordination vorstellen.
- Ich kann mir eine Niederlassung als WahlärztIn vorstellen.

■ Ich kann mir eine gemischte Tätigkeit Krankenhaus/Ordination vorstellen.

Die Antwortskala liegt zwischen 1 (stimme zu) und 5 (stimme nicht zu) und in Abbildung 2 wird der Anteil der Befragten, welche 1 oder 2 angekreuzt haben und demnach der Aussage zustimmen oder eher zustimmen, nach Bundesländern getrennt visualisiert.

Über beide Bundesländer hinweg können sich die ÄrztInnen am ehesten eine gemischte Tätigkeit im Krankenhaus und in einer Ordination vorstellen, gefolgt von einer Niederlassung als KassenärztIn in einer Gemeinschaftsordination, einer Niederlassung als WahlärztIn, einer Tätigkeit als angestellte ÄrztIn in einer Ordination und einer Niederlassung als ÄrztIn in einer Primärversorgungseinheit. Am unattraktivsten scheint eine Niederlassung als KassenärztIn in einer Einzelpraxis zu sein. Unterschiede zwischen den zwei Bundesländern gibt es in Bezug auf die Niederlassung in einer Primärversorgungseinheit. In Tirol können sich die ÄrztInnen diese Tätigkeit besser vorstellen als in Oberösterreich.

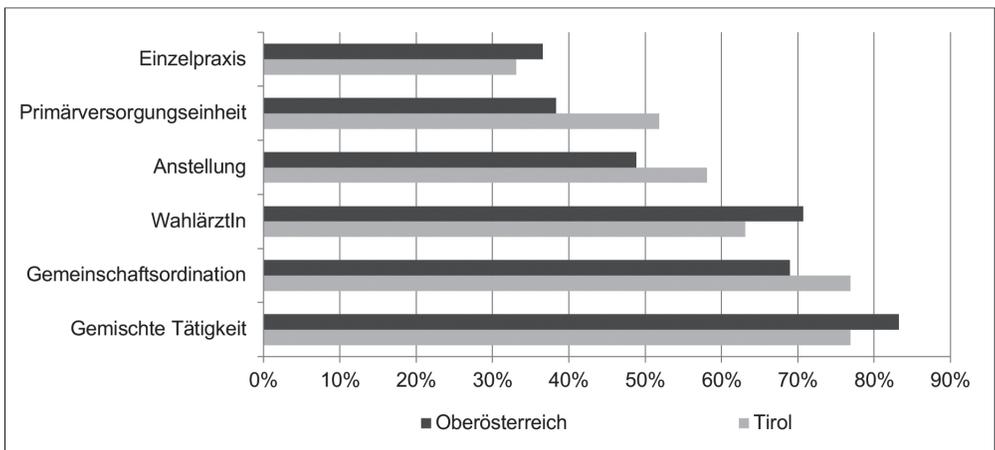


Abbildung 2: Niederlassungsbereitschaft nach Art der Niederlassung, nach Bundesland

3.2. Einstellung zur Niederlassung

Um die Niederlassungsbereitschaft junger ÄrztInnen weiter zu untersuchen und insbesondere Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Niederlassung zu entwickeln, ist es wichtig, die fördernden und hemmenden Faktoren einer Niederlassung festzustellen. In Abbildung 3 wird der Anteil der Befragten, welcher die Aussagen im Bezug zu den hemmenden Faktoren einer Niederlassung mit 1 (= Ich stimme zu) oder 2 (= Ich stimme eher zu) angekreuzt hat und somit die genannten Eigenschaften als Hemmung für eine Niederlassung ansieht, dargestellt.

Mehr als 80 % der Befragten empfinden die starren Vorgaben der Kassen (z.B. Abrechnungssystem, Öffnungszeiten, Leistungskatalog, Therapiefreiheit) als ein Hindernis für die Niederlassung als KassenärztIn. Auch der bürokratische Aufwand, die mangelnde Vorbereitung auf eine selbständige Tätigkeit während der Ausbildung, die Anforderungen wirtschaftlicher Kenntnisse und das unternehmerische Risiko sind für den Großteil der Befragten hemmende Faktoren einer Niederlassung. Weit weniger problematisch sehen die Befragten die Verdienstmöglichkeiten sowohl als Wahl- als auch als KassenärztIn bei einer Niederlassung. Außerdem genießt für den Großteil der Befragten ein/e niedergelassene/r ÄrztIn über ein hohes Ansehen im sozialen Umfeld. Die Nacht- und Wochenenddienste stellen auch kein Hindernis für den Großteil der befragten AllgemeinmedizinerInnen dar.

Unterschiede zwischen den Bundesländern zeigen sich lediglich in der Einschätzung der Verdienstmöglichkeiten als Kassenarzt. In Tirol wird die Lage schlechter beurteilt als in Oberösterreich.

Die Einschätzung der Verdienstmöglichkeiten von Wahl- und Kassenärzten sollte allerdings mit Vorsicht interpretiert werden, denn der Aussage „Ich fühle mich über die Verdienstmöglichkeiten sowohl als KassenärztIn als auch als WahlärztIn ausreichend informiert“ haben lediglich 17 % zugestimmt oder eher zugestimmt. Der Großteil fühlt sich demnach nicht ausreichend über die Verdienstmöglichkeiten informiert. Dies trifft für beide Bundesländer zu.

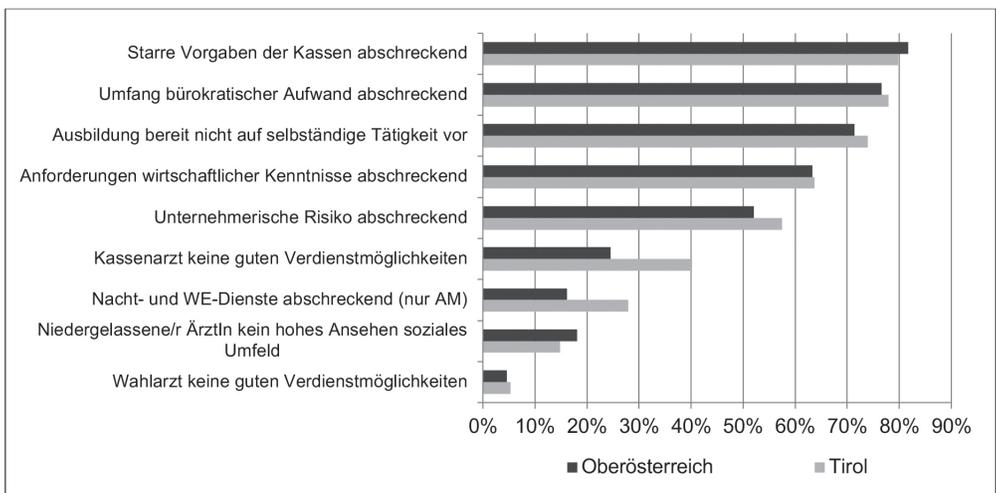


Abbildung 3: Hemmende Faktoren einer Niederlassung, nach Bundesland

Ein wichtiger Faktor, welcher insbesondere die Entwicklung der Anzahl an ÄrztInnen in Ausbildung zum/r AllgemeinmedizinerIn beeinflusst, ist das Ansehen der Allgemeinmedizin und die akademische Präsenz der Allgemeinmedizin an den Medizinuniversitäten. Den Aussagen „Die akademische Präsenz der Allgemeinmedizin ist im Studium vergleichsweise gering“ und „Die Wertschätzung der Allgemeinmedizin ist im Studium vergleichsweise gering“ haben mehr als die Hälfte der Befragten zugestimmt. Besonders schlecht angesehen ist die Allgemeinmedizin an der Medizinuniversität Graz (siehe Abbildung 4). Der Aussage „Zentrale Rolle der Allgemeinmedizin ist die Überweisung an Fachärzte“ stimmen allerdings nur weniger als 20 % der Befragten zu.

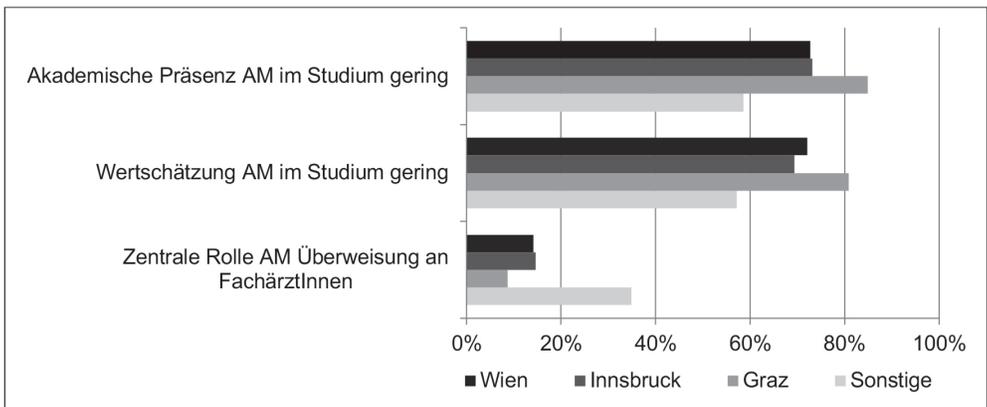


Abbildung 4: Akademische Präsenz und Ansehen der Allgemeinmedizin, nach Universität

3.3. Einstellung zur Niederlassung am Land (nur Allgemeinmedizin)

Da die große Herausforderung vor allem in der Sicherstellung der Versorgung in strukturschwachen ländlichen Regionen besteht, haben wir ÄrztInnen in Ausbildung zur/m AllgemeinmedizinerIn über die Bereitschaft, am Land zu arbeiten, befragt und über das Image eines Landarztes. Der Aussage „Ich kann mir die Arbeit am Land vorstellen“ haben 76 % der Tiroler ÄrztInnen zugestimmt oder eher zugestimmt, in Oberösterreich sind es mit 86 % noch mehr.

In Abbildung 5 wird der Anteil der Befragten, welcher den Aussagen in Bezug auf die Niederlassung am Land zustimmt oder eher zustimmt, angezeigt. Mehr als 70 % sehen die Arbeit als AllgemeinmedizinerIn am Land als medizinisch anspruchsvoller als in der Stadt. Außerdem genießt ein/e ÄrztIn am Land für den Großteil der

Befragten ein hohes Ansehen in seinem/ihrem sozialen Umfeld. Weniger Zustimmung gibt es für die Aussagen, dass ein/e ÄrztIn am Land gute Verdienstmöglichkeiten oder mehr Zeit für die Patienten hat. Der Umfang der Hausbesuche oder der Nacht- und Wochenenddienste schreckt den Großteil der Befragten allerdings nicht ab. Dennoch stimmt ein großer Teil der Befragten der Aussage zu, dass die Arbeitsbelastung am Land höher ist als in der Stadt und dass ein/e ÄrztIn am Land unter ständiger sozialer Kontrolle steht.

Unterschiede zwischen Oberösterreich und Tirol gibt es für vier Aussagen: (i) in Oberösterreich stimmen mehr ÄrztInnen der Aussage zu, dass am Land weniger Konkurrenz herrscht als in der Stadt, (ii) in Tirol stimmen der Aussage, dass ÄrztInnen am Land mehr Zeit für die Patienten haben als in der Stadt, weniger zu, (iii) in Tirol ist der Anteil der Befragten, welcher die Nacht- und Wochenenddienste als abschreckend empfindet, höher als in Oberösterreich und (iv) in Tirol stimmen mehr ÄrztInnen der Aussage zu, dass die Arbeitsbelastung am Land höher ist als in der Stadt.

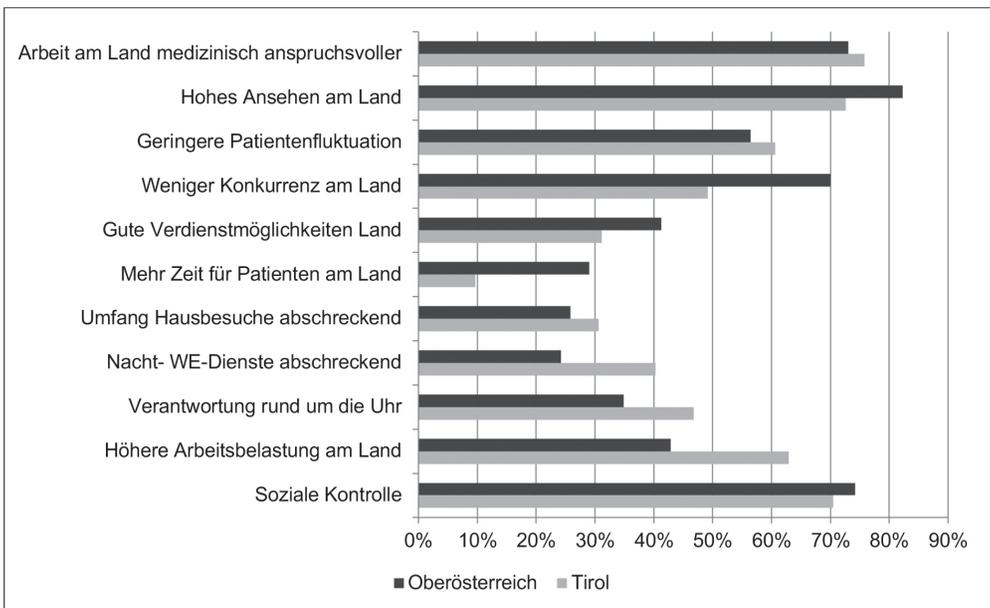


Abbildung 5: Einstellung zur Niederlassung am Land, nach Bundesland

3.4. Niederlassungsrelevante Aspekte

Im Folgenden werden mithilfe einer Hauptkomponentenanalyse Faktoren, welche für die Niederlassung als relevant erachtet werden, identifiziert. Die Hauptkomponentenanalyse zeigt, dass aus den 24 Items der Fragebatterie zu den Merkmalen, welche für die Arbeit im niedergelassenen Bereich als wichtig angesehen werden, neun Faktoren extrahiert werden konnten. In Abbildung 6 werden die neun Faktoren nach der Häufigkeit der Nennung als „sehr wichtig“ oder „entscheidend“ gereiht.

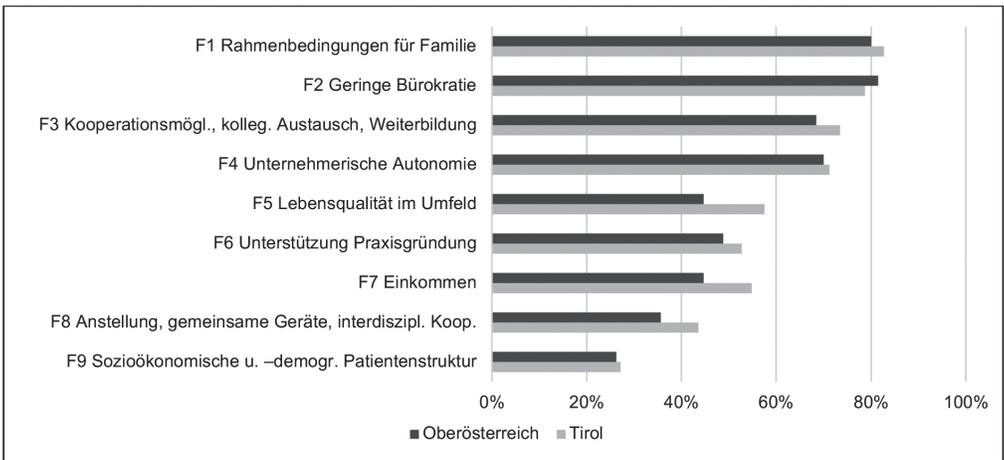


Abbildung 6: Niederlassungsrelevante Aspekte, nach Bundesland

Mit Abstand am wichtigsten für die Niederlassung für die befragten ÄrztInnen sind die Rahmenbedingungen für die Familie sowie auch ein geringer Umfang an bürokratischem Aufwand. Dahinter folgen in absteigender Reihenfolge Kooperationsmöglichkeiten und die Möglichkeit der Weiterbildung und des strukturierten kollegialen Austauschs, die unternehmerische Autonomie, die Lebensqualität im Umfeld, Unterstützung in der Praxisgründung, Einkommen, die Möglichkeit der Anstellung und der gemeinsamen Gerätenutzung und am wenigsten wichtig ist die sozioökonomische und -demografische Patientenstruktur.

4. Zusammenfassung und Diskussion

Mithilfe eines Online-Fragebogens wurden ÄrztInnen in Ausbildung in Tirol und Oberösterreich zu ihren Niederlassungspräferenzen befragt. Ziel der Befragung war es, eine Wissensgrundlage für Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Niederlassung (am Land) zu generieren. 385 ÄrztInnen in Ausbildung haben an der Befragung teilgenommen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 18 %.

Die Ergebnisse zeigen, dass 28 % der Befragten eine Niederlassung nach der Ausbildung anstreben. Am attraktivsten ist dabei eine gemischte Tätigkeit, gefolgt von einer Niederlassung in einer Gemeinschaftsordination und als WahlärztIn. Am unattraktivsten scheint eine klassische Niederlassung als KassenärztIn in einer Einzelpraxis zu sein. Diese Ergebnisse zeigen, dass die Einzelpraxis in Zukunft eine weniger wichtige Rolle in der niedergelassenen Versorgung einnehmen wird und dass andere Kooperations- und Mischformen an Bedeutung zunehmen werden.

In Bezug auf die Einstellung zur Niederlassung hat sich gezeigt, dass die starren Vorgaben der Kassen, der Umfang des bürokratischen Aufwands, die mangelnde Vorbereitung auf eine selbständige Tätigkeit innerhalb des Studiums, die Anforderungen wirtschaftlicher Kenntnisse und das unternehmerische Risiko die Befragten als hemmend für eine Niederlassung empfinden. Die Verdienstmöglichkeiten bei einer Niederlassung werden vom Großteil als gut eingeschätzt. Allerdings geben die Befragten an, nicht ausreichend über die Verdienstmöglichkeiten als Kassen- oder WahlärztIn informiert zu sein. Es könnte angedacht werden, ÄrztInnen in Ausbildung über die Verdienstmöglichkeiten zu informieren, damit Unsicherheiten diesbezüglich ausgeräumt werden. Dies kann in Folge auch positiv auf die Wahrnehmung des unternehmerischen Risikos wirken.

Bei der Einstellung zur Niederlassung am Land unter AllgemeinmedizinerInnen zeigt sich, dass die Verdienstmöglichkeiten schlechter eingeschätzt werden, die Arbeitsbelastung als höher wahrgenommen wird (vor allem in Tirol) und dass damit dem/r ÄrztIn weniger Zeit für die PatientInnen bleibt. All dies sind hemmende Faktoren der Niederlassung am Land. Auch hier wäre es wichtig, dass ÄrztInnen über die Verdienstmöglichkeiten am Land informiert werden, um Unsicherheiten zu vermeiden. Außerdem können alternative Erstanlaufstellen und damit gezielte Patientensteuerung im Gesundheitswesen dazu beitragen, AllgemeinmedizinerInnen am Land zu entlasten. Die telefonische Gesundheitsberatung, welche im

November 2019 in ganz Österreich eingeführt wurde, könnte hier einen wichtigen Beitrag leisten.

Zu den niederlassungsrelevanten Aspekten werden vor allem die Rahmenbedingungen für die Familie als auch ein geringer bürokratischer Aufwand als besonders wichtig erachtet.

5. Fazit

Wie bereits Simulationsforscher Nikki Popper und Claire Rippinger in einer Modellrechnung zeigen, benötigt es mehrere Maßnahmen, um einem Ärztemangel in ländlichen Gebieten entgegenzuwirken.⁶ Insbesondere hemmende und fördernde Faktoren sollten hierbei anvisiert werden. Laut der vorliegenden Studie zählen zu den hemmenden Faktoren vor allem der hohe bürokratische Aufwand, die starren Vorgaben der Kassen und die hohe Arbeitsbelastung am Land. Zu den fördernden Faktoren zählen vor allem die Rahmenbedingungen für die Familie als auch die Möglichkeiten zur Kooperation und des kollegialen Austauschs. Eine Flexibilisierung der Kassenverträge zur Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und zur Entbürokratisierung, neue Formen der Kooperation (insbesondere am Land) und eine gezielte Patientensteuerung zur Entlastung der Allgemeinmedizin können helfen, die Attraktivität der Niederlassung am Land zu erhöhen.

6 Vgl. Österreichische Ärztezeitung (2021)

6. Literaturverzeichnis

- Bachner, F., J. Bobek, K. Habimana, L. Lepuschütz, H. Ostermann, L. Rainer, A. E. Schmidt, M. Zuba, W. Quentin and J. Winkelmann (2019). „Das Österreichische Gesundheitssystem - Akteure, Daten, Analysen.“ *Health Systems in Transition* 20(3): 1–288.
- Günther, O. H., B. Kürstein, S. G. Riedel-Heller and H.-H. König (2010). „The Role of Monetary and Nonmonetary Incentives on the Choice of Practice Establishment: A Stated Preference Study of Young Physicians in Germany.“ *Health Services Research* 45(1): 212–229. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2009.01045.x.
- Klose, J. and I. Rehbein (2015). *Ärztatlas 2015: Daten Zur Versorgungsdichte Von Vertragsärzten*. Berlin, Wissenschaftliches Institut der AOK.
- Österreichische Ärztezeitung (2021). «Bknä: Modellrechnung Zu Ärztemangel: Welche Maßnahmen Helfen.» *Österreichische Ärztezeitung* 19.
- Reichmann, G. and M. Sommersguter-Reichmann (2016). *Gesundheitsversorgung in Österreich Unter Besonderer Berücksichtigung Des Ländlichen Raums. Lebensentwürfe Im Ländlichen Raum - Ein Prekärer Zusammenhang?* R. Egger and A. Posch. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden. 18.
- Riedler, K. (2014). „Befragung: Der Niedergelassene Land(Arzt) - Vom Aussterben Bedroht?“ *Zeitschrift für Gesundheitspolitik* 1: 34-54.
- Roick, C., D. Heider, O. H. Günther, B. Kürstein, S. G. Riedel-Heller and H. H. König (2012). „Was Ist Künftigen Hausärzten Bei Der Niederlassungsentscheidung Wichtig? Ergebnisse Einer Postalischen Befragung Junger Ärzte In Deutschland.“ *Gesundheitswesen* 74(01): 12–20. DOI: 10.1055/s-0030-1268448.
- Steinhäuser, J., N. Annan, M. Roos, J. Szecsenyi and S. Joos (2011). „Lösungsansätze Gegen Den Allgemeinartzmangel Auf Dem Land – Ergebnisse Einer Online-Befragung Unter Ärzten In Weiterbildung.“ *Deutsche medizinische Wochenschrift* 136(34/35): 1715–1719. DOI: 10.1055/s-0031-1272576.
- Weißengruber-Auer, S. and K. Wieser (2018). „Befragung Und Fokusgruppe Zu „Anstellung Von Ärzten Bei Ärzten“. *Zeitschrift für Gesundheitspolitik* 1: 46–58.

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

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Gerne lassen wir Ihnen unverbindlich und kostenlos ein Exemplar zukommen.

Bestelladresse:

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG)
Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
Tel.: ++43/732/77 83 71-320
Fax: ++43/732/78 36 60-320
E-mail: lig@aekoee.at

Bestellformular: <http://www.lig-gesundheit.at/abonnieren>

LIG
GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

LINZER
INSTITUT
FÜR

aekoee Ärztekammer
für Oberösterreich