

Abschlussarbeit

des SOQUA Lehrgangs
im Cluster Evidenzbasierte Politik
Titel:

Ansprüche an die Versorgungsstrukturen der Zukunft durch den prognostizierten „Landärztemangel“: Ergebnisse einer qualitativen Studie

Art der geplanten Abschlussarbeit:

Der wissenschaftliche Artikel dient einem Beitrag für den „SOQUA 5 Sammelband“. Um der formalen Basis zu entsprechen, wurde er nach den Richtlinien eines „ZSI Discussion Papers“ verfasst und könnte vorab auch als „Discussion Paper“ publiziert werden.

Die Autorin hat folgende Wahlseminare absolviert:

- 3.1 Evaluation
- 3.4 Soziale Netzwerkanalyse
- 3.5 Inhaltsanalytische Verfahren
- 4.1 Proposal-Einreichung und Akquise von Forschungsaufträgen
- 4.4 Wissenschaftliches Publizieren und Schreiben
- 5.2 Cluster Politik

SOQUA-Seminare, deren Inhalte in die Abschlussarbeit einfließen sollen:

- 1.1 Anwendungsorientierte Forschung und Verhaltensrichtlinien
- 1.4 Wissenschaftskommunikation
- 2.3 Qualitative Forschungsmethoden
- 3.5 Inhaltsanalytische Verfahren
- 4.4 Wissenschaftliches Publizieren und Schreiben
- 5.2 Evidenzbasierte Politikgestaltung

verfasst von
Mag.^a Agnes Kaiser
agnes.kaiser@jku.at
Tel. 0699 11205854

Agnes Kaiser

**Ansprüche an die Versorgungsstrukturen der Zukunft
durch den prognostizierten “Landärztemangel”:
Ergebnisse einer qualitative Studie**

Scientific outcome of the SOQUA Course programme 2014-2016

EVIDENZBASIERTE POLITIKGESTALTUNG

Published in the **ZSI Discussion Paper Series [Number]**



Agnes Kaiser ¹

**Ansprüche an die Versorgungsstrukturen der Zukunft
durch den prognostizierten „Landärztemangel“:
Ergebnisse einer qualitativen Studie**

Editor and Publisher:

Zentrum für Soziale Innovation – Centre for Social Innovation
Linke Wienzeile 246
A – 1150 Vienna

Tel. +43-1-4950442 Fax. +43-1-4050442-40
e-mail: institut@zsi.at
www.zsi.at

ISSN 1818-4162

Copyright © by the author/s

Free download offered for non-commercial purposes

¹ Mag.^a Agnes Kaiser, Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik; Johannes Kepler Universität Linz

Inhalt

Abstract	v
1 Einleitung und Fragestellung	1
2 Problemstellung: Engpässe in der Primärversorgung	2
3 Die Entscheidungsmotive der ÄrztInnen	4
3.1 Niedergelassene ÄrztInnen zwischen Autonomie und Verpflichtung	5
3.2 Der Trend zur Spezialisierung und zu urbanem Leben	7
4 Das Verhältnis zwischen ÄrztInnen und der Sozialversicherung	11
4.1 Interessenskonflikte	11
4.2 Intransparente Strukturen und Einschränkungen	12
5 Die gesundheitspolitischen Perspektiven	14
5.1 Primärversorgung im Fokus der Gesundheitsreform	15
5.2 Primary Health Care Einrichtungen – die Lösung aller Probleme?	17
5.3 Fazit: Die nötigen Schritte	20
Quellen	25

Abstract

Primary health care provision has, for the first time in Austria, stepped into the spotlight of political policy-makers since the Austrian health care reform bill 2013. While Austria prides itself with high numbers of practising doctors and medical students, few decide to embrace a career as a general practitioner (GP) with a social health care contract. Already, this has led to shortages in filling GP positions. In future this is strongly believed to cause problems with primary care, especially in rural areas.

Several quantitative research projects have studied career preferences of junior doctors. However, there has to date been little qualitative research into the actual deciding factors. Drawing on qualitative evidence, the aim of this article was to explore current practising doctors' driving forces for and against rural GP surgeries. In doing so, this contribution further aims to derive health policy opportunities, taking into account relationships between the players 'social insurance', 'doctors' and 'patients'.

We interviewed 48 practising physicians (23 GPs; 25 specialists) in 2015. The qualitative interviews were analyzed by using qualitative content analysis. Results illustrate that rural GP positions are often not considered as an option as they bear the burden of sole responsibility in a single doctor surgery, extensive demands on expertise as well as high legal and financial risk factors. Furthermore, working conditions for contracted doctors are perceived as less attractive. Mostly due to on call duties, the lack of part time opportunities, rising patient numbers and the resulting time pressure.

For a current reform of the primary health care system these factors propose substantial requirements and challenges.

1 Einleitung und Fragestellung

In Österreich wurden mit den 2012 beschlossenen Rahmen-Gesundheitszielen (BMG 2013) und dem Bundeszielsteuerungsvertrag zwischen Bund und Ländern (HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER 2013) offizielle Schritte in Richtung einer wirkungsorientierten Steuerung des Gesundheitssystems gesetzt. Gesundheitsziel 10 lautet „Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen“.

Folgt man den Medienberichten der vergangenen Monate, gewinnt man den Eindruck, dass die flächendeckende medizinische Versorgung in Österreich ernsthaft in Gefahr ist. Im außerklinischen Bereich fällt in allen Bundesländern auf, dass vermehrt Hausarztpraxen nicht nachbesetzt werden können. Das Nachbesetzungsproblem ist in ländlichen Regionen besonders ausgeprägt. Landarztstellen müssen inzwischen mehrfach und häufig auch österreichweit ausgeschrieben werden. Oft findet sich auch dann nur ein einziger Bewerber. Bereits 2013 wurde von der Ärztekammer in einer Pressemitteilung davor gewarnt, dass bis 2023 mehr als die Hälfte der LandärztInnen pensionsbedingt ausfallen werden. (ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER 2013) Gleichzeitig wollen immer weniger ÄrztInnen nach ihrer Ausbildung selbstständig arbeiten. Jene, die sich für die Niederlassung entscheiden, ziehen vielfach die Privatpraxis einem Kassenvertrag vor.

Für diese Entwicklung gibt es mehrere Ursachen. Mitentscheidend sind etwa die aktuellen Arbeitsbedingungen von KassenärztInnen sowie die veränderten Entscheidungsmotive der jungen ÄrztInnen. **Welche Entscheidungsfaktoren für oder gegen eine Landarztpraxis von aktuell praktizierenden ÄrztInnen im Detail ausschlaggebend sind, und welche gesundheitspolitischen Perspektiven sich daraus eröffnen, soll in diesem Artikel beleuchtet werden.**

Die empirische Evidenz für diesen Beitrag stammt von einem qualitativen Forschungsprojekt, das für diesen Beitrag in Hinblick auf die genannte neue Fragestellung im Detail analysiert wurde. Das Auftragsforschungsprojekt mit dem Titel „Fördernde und hemmende Motivatoren von niedergelassenen MedizinerInnen in der beruflichen Praxis“ leitete ich 2015 am Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik der Universität Linz. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger forderte als Auftraggeber empirische Evidenz zu Motiven und nicht-monetären Anreizfaktoren im Berufsfeld der niedergelassenen ÄrztInnen. Ziel der Projekts war es außerdem, die Professionskultur zwischen den ÄrztInnen und der Sozialversicherung zu erheben.

Dazu wurden qualitative, leitfadengestützte Interviews mit der Zielgruppe durchgeführt. Da niedergelassene MedizinerInnen eine äußerst heterogene Untersuchungsgruppe darstellen, war ein - für qualitative Interviews - verhältnismäßig großes Befragungssample erforderlich. Von Mai bis Oktober 2015 wurden 48 Ärztinnen und Ärzte face-to-face bzw. zum Teil auf Wunsch der Befragten telefonisch interviewt. Davon dienten die ersten zehn Interviews einer explorativen ExpertInnenbefragung zur Testung und Anpassung des Leitfadens. Befragt wurden

AllgemeinmedizinerInnen sowie FachärztInnen aus zwölf medizinischen Fachgebieten². Auf regionale Unterschiede wurde durch Befragungen in Ordinationen verschiedener Einzugsgebiete Rücksicht genommen. Die Befragungen verteilten sich auf sechs Bundesländer (Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol und Wien) und fanden neben Bundeshauptstadt und Landeshauptstädten auch in Bezirksstädten, dem Stadtumland und peripheren Regionen statt.

Tabelle 1: Samplestruktur der qualitativen ExpertInneninterviews (n=48); eigene Darstellung

Unter den befragten niedergelassenen ÄrztInnen waren...	Anzahl	Summe
AllgemeinmedizinerInnen	23	48
FachärztInnen	25	
VertragsärztInnen	28	48
PrivatärztInnen	20	
Frauen (Alter 40 bis 58 Jahre)	15	48
Männer (Alter 39 bis 62 Jahre)	33	
ÄrztInnen in Einzelpraxis tätig	37	48
ÄrztInnen in Gruppenpraxis tätig	11	

Das Ausgangsmaterial wurde mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach MAYRING (2003) systematisch ausgewertet. Für diesen Artikel fand eine Detailanalyse der Interviews in Hinblick auf die folgende Forschungsfrage statt: Welche Motive und Bedürfnisse nennen niedergelassene ÄrztInnen in Hinblick auf die Nachbesetzungsprobleme von Landarztpraxen und wie lassen sich diese in aktuelle gesundheitspolitische Reformen, etwa neue Primärversorgungs-Konzepte, einordnen?

2 Problemstellung: Engpässe in der Primärversorgung

Die Primärversorgung lässt sich beschreiben als die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Primärversorgung soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen (§3, Z7 GESUNDHEITS-ZIELSTEUERUNGSGESETZ, BGBl. I Nr. 81/2013). Somit hat die Primärversorgung zwei Schnittstellen, erstens den Übergang zur hochspezialisierten stationären Medizin, zweitens den Kontakt zum Laiengesundheitswesen³.

² Die befragten niedergelassenen FachärztInnen gehörten den folgenden Fachrichtungen an: Augenheilkunde, Dermatologie, Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohren, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Orthopädie, Psychiatrie/ Neurologie, Sport- und Unfallchirurgie, Urologie und Zahnmedizin

³ Mit „Laiengesundheitswesen“ ist in diesem Zusammenhang das System gemeint, das es PatientInnen ermöglicht abseits von ÄrztInnen selbst ihre Gesundheit zu erhalten und mit Krankheiten selbstständig oder mit Unterstützung nichtmedizinischer Betreuung umzugehen. Dazu gehören die Laienversorgung geringfügiger Befindlichkeitsstörungen, das Management chronischer Erkrankungen durch die

Erstere hatte in Österreich bisher eine traditionell hohe Priorität. So wurden etwa in den Strukturplänen des Bundes und der Länder jahrzehntelang nur die Krankenhäuser abgebildet.

In Österreich hat sich im 20. Jahrhundert allgemein ein sehr medizin- und sehr krankenhauslastiges Gesundheitssystem entwickelt. (SPRENGER 2015: 120) Das zeigt sich in internationalen Statistiken etwa bei der Anzahl praktizierender ÄrztInnen. Pro 1000 Einwohner gibt es in Österreich 6,3 ÄrztInnen im Vergleich zum OECD-Durchschnitt mit 3,3 ÄrztInnen. Damit hat Österreich die zweithöchste Ärztedichte nach Griechenland. (OECD 2015: 81) Was die Anzahl der jährlichen Krankenhausaufenthalte je 1.000 Einwohner betrifft, liegt der OECD-Durchschnitt bei 155, während Österreich mit 266 Platz eins belegte. (OECD 2015: 107) Zudem hat Österreich eine überdurchschnittliche Anzahl an Arztbesuchen je Einwohner. Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sowie bei der Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung besteht hingegen ein großer Aufholbedarf. Für die Bevölkerung heißt das, dass eine Unsicherheit besteht, in welchem Fall wer (Allgemein- oder Facharzt oder andere Gesundheitsberufe?) wo (stationär oder ambulant?) zu konsultieren ist. Laut KIESL (2016: 4) fehlen in Österreich die am Patientenbedarf angepassten Versorgungsketten und Zusammenarbeitsformen. Dies führe zu nicht notwendigen Spitalsaufenthalten und Arztbesuchen.

Auch im Rahmen der empirischen Erhebung äußerten sich mehrere befragte ÄrztInnen zur gesteigerten Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen. Die PatientInnen-Frequenzen hätten in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Es gebe keinen „Ärztmangel“. Das System werde nur von zu vielen Fällen genützt, die es nicht brauchen würden. Heutzutage würden Menschen viel mehr und schneller die Arztpraxis aufsuchen, auch wenn es nicht dringend sei. Medizinische Leistungen würden konsumiert „...wie im Supermarkt, dass alles verfügbar ist.“ (IP 8, Facharzt für Innere Medizin). So beschrieb ein Kinderarzt, der neben seiner Arbeit im Krankenhaus eine Wahlarztpraxis führt:

"Heute in meinem Dienst zum Beispiel [Anm. Spitalsdienst] habe ich zu 90 Prozent Leute, mit diesen Krankheiten wäre ich mit meinen Kindern nicht einmal irgendwohin gegangen. Weder zum Hausarzt und erst recht nicht ins Krankenhaus. Und das aufgrund einer Mischung aus Unerfahrenheit, Angst und dem Gefühl, wir zahlen für das System, jetzt will ich es auch nützen." (IP 45, Kinderarzt)

Der Anspruch an eine gute Primärversorgung in Zukunft sei also, unter anderem zu verhindern, dass PatientInnen das Gesundheitssystem wie einen „Selbstbedienungsladen nutzen“ (IP 17, Allgemeinmediziner) Wachsende Herausforderungen ergeben sich aber vor allem dadurch, dass in allen Industrieländern die Lebenserwartung steigt, die Menschen also später sterben. Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wird somit zunehmen und besonders die Koordination der Versorgung von chronisch kranken und multimorbiden PatientInnen wird in Zukunft eine unentbehrliche Aufgabe der Primärversorgung sein.

Betroffenen selbst und die Betreuung und Pflege zuhause. Die Stärke des Selbstversorgungssystems hängt unter anderem von der Gesundheitskompetenz der Handelnden ab. (SPRENGER 2015:119)

Diesen Anforderungen stehen allerdings die aktuellen Nachbesetzungsprobleme in Arztpraxen gegenüber. Für Deutschland und Österreich zeigen sich gleichermaßen Verteilungsprobleme der jungen Ärztegeneration. Die Zahl der angehenden Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin stagniert und siedelt sich vorwiegend im Zentralraum an. (HOLST 2015) In der Ausbildung besteht der Trend zur medizinischen Spezialisierung und Fokussierung auf Teilbereiche der Krankenversorgung. MedizinabsolventInnen haben dadurch kaum Vorbereitung und keine Erfahrungen in Bezug auf das niedergelassene Setting.

Der Schritt in die Selbstständigkeit kommt heute nur für einen geringen Anteil der MedizinabsolventInnen in Frage, wie JACOB et al. (2010) in einem deutschen Berufsmonitoring erhoben haben. Die höchste Präferenz besteht bei den Medizinstudierenden für eine Tätigkeit als angestellte KrankenhausärztIn (77%), gefolgt von einer eigenen Facharztpraxis (75%) und einer Tätigkeit als angestellter Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum (56%) oder als Angestellter in einer Praxis (49%). Jene der mehr als 12.000 befragten Studierenden, die eine Niederlassung in Betracht ziehen, präferieren eindeutig eine Gruppenpraxis vor einer Einzelpraxis und finden ein Angestelltenverhältnis attraktiver als eine vertragsärztliche Niederlassung. Landgemeinden bewerteten die befragten Studierenden als sehr unattraktiv.

Die genannten Präferenzen junger MedizinerInnen wurden auch im Rahmen der empirischen Erhebung (KAISER 2015) von den niedergelassenen ÄrztInnen erläutert:

„Viele möchten gleichzeitig die Vorteile eines Angestelltenverhältnisses, aber auch die Vorteile einer freien Praxis. Die Work-Life-Balance wird immer wichtiger und die meisten möchten geregelte Arbeitszeiten.“ (IP 28, Allgemeinmedizinerin)

3 Die Entscheidungsmotive der ÄrztInnen

Die diversen Entscheidungsmotive stellen wichtige Einflussfaktoren für die Betrachtung von Nachbesetzungsproblemen in der Primärversorgung dar. Im besten Fall können sie auf Lösungsperspektiven hinweisen. Daher geht es in der folgenden Analyse der Interviews mit ÄrztInnen um deren Blick auf die Entscheidungen für oder gegen das Fach Allgemeinmedizin, für oder gegen eine Niederlassung, für oder gegen einen Kassenvertrag und für oder gegen eine bestimmte Region. Für die Analyse wurden sowohl die Interviews der befragten Allgemein- als auch jene der FachärztInnen herangezogen, denn auch die zweite Gruppe hat über die Arbeitsbedingungen und Herausforderungen in der Primärversorgung berichtet und konnte auf einige Bedürfnisse der KollegInnen in der Allgemeinmedizin hinweisen.

Als Hintergrundinformation ist die aktuelle Situation zu beachten, dass in Österreich nach wie vor das Modell der in Einzelpraxen agierenden MedizinerInnen vorherrscht, was sowohl für Allgemein- als auch für FachärztInnen sowie für Vertrags- als auch PrivatärztInnen gilt. Andere Modelle waren bisher entweder gesetzlich nicht möglich, nicht erwünscht, oder haben sich nicht durchgesetzt. (SPRENGER 2015: 121)

3.1 Niedergelassene ÄrztInnen zwischen Autonomie und Verpflichtung

Ein Hauptmotiv bei der Entscheidung für die Arbeit im extramuralen Bereich ist die Autonomie. Als motivierend erleben niedergelassene ÄrztInnen vor allem, dass sie – anders als im Spital - ihre „eigenen“ Patientinnen und Patienten in der Ordination über Jahre hinweg behandeln. Wer eine eigene Praxis eröffnet, kann unabhängig von Vorgesetzten oder von institutionellen Großstrukturen arbeiten.








"Im Krankenhaus herrschen starre Strukturen, starre Hierarchien, kein selbstständiges Arbeiten." (IP 41, Allgemeinmediziner)

Für manche sind die früheren beruflichen Erfahrungen im Krankenhaus ausschlaggebend sich selbstständig zu machen.

"Im Spital zu arbeiten war auf die Dauer unbefriedigend, man hat seinen Aufgabenbereich, wenn man fertig damit ist, übernimmt man Aufgaben von anderen, die Ihre Aufgaben nicht erledigt haben. In der Selbständigkeit kann ich nach meinen eigenen Vorstellungen arbeiten." (IP 26, Allgemeinmediziner)

Die Entscheidung, einen eigenen Betrieb zu führen, geht für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowohl mit Freiheit als auch mit Pflichten einher. Als DienstgeberInnen dürfen und müssen sie die eigenen Ressourcen wie Personal und Ausstattung selbst organisieren und wirtschaftlich einsetzen. Die intensivsten nicht-medizinischen Kontakte finden laut Angaben der Befragten oft mit der Lohnverrechnung oder mit der Steuerberatung statt. Auf die sachlich-ökonomischen Anforderungen einer Betriebsführung bereitet das Medizinstudium nicht vor. Die notwendigen Fähigkeiten für die betrieblichen Entscheidungen eignen sich die ÄrztInnen somit selbst an. Ein Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag erklärt, *"Unternehmer sein. Chef sein. Das hat uns keiner beigebracht." (IP 41)*

Tabelle 2: Niederlassungsmotive und –Herausforderungen zwischen Autonomie und Verantwortungspflichten; eigene Darstellung.

Niederlassungsmotive und -Herausforderungen		
<i>"Im Gegensatz zu Krankenhausärzten können wir es uns schon sehr gut selbst so richten, wie wir es wollen." (IP 42, Allgemeinmedizinerin)</i>	 <p>Über die Ressourcen selbst entscheiden</p> 	<i>"Es prasseln auf einen unglaublich viele Fragen und Probleme ein, auf die einen niemand vorbereitet hat. Was man auf einmal alles organisieren muss, von allen Geräten, die hier stehen (...) bis zur Schneeräumung auf den Parkplätzen." (IP 17, Allgemeinmediziner)</i>
<i>"Dafür selbst verantwortlich sein, was man tut. Eigenständigkeit (...) Man kann Tempo und Struktur vorgeben und ist Herr über sich selbst und sein Schaffen" (IP 48, Internist)</i>	 <p>Arbeitsstruktur und – Organisation selbst bestimmen</p> 	<i>"Ich brauchte ca. 1 Jahr um verschiedenste Sachen zu lernen, Personal einzustellen und das wirtschaftliche Denken zu erlernen. (...) Dafür besuchte ich auch andere Praxen, jedoch konnte ich nicht viel übernehmen, da jede Praxis sehr individuell gestaltet ist." (IP 9, Sport-/ Unfallchirurg)</i>
<i>"Was mich dann wirklich dazu bewegen hat, war, dass die Patienten-Betreuung besser funktioniert, weil man gewisse Parameter selber bestimmen kann und nicht von der Klinik gezwungen wird das so und so zu machen" (IP 5, Dermatologe)</i>	 <p>Eigenständig (be-)handeln</p> 	<i>"Größte Umstellung war, allein zuständig zu sein, Ansprechpartner zum Beratschlagen und Diskutieren fehlen. Kontakt zu Kolleg/innen kann nicht so schnell hergestellt werden. Keine Krankenschwester, die mithilft" (IP 10, Gynäkologin)</i>
<i>„Wie sich die Patienten entwickeln, ob es besser wird und dadurch kann man sich selbst kontrollieren, wenn man kritisch genug ist, sieht man die Erfolge und Misserfolge.“ (IP 3, Augenarzt)</i>	 <p>Erfolge unmittelbar kontrollieren können</p> 	<i>"Meiner Meinung nach werden besonders am Land an die Mediziner viel zu hohe Anforderungen gestellt, und zugleich ein zu hohes Risiko. Das hält junge Ärzte davon ab. Alleinverantwortung, Flexibilität, breites Fachgebiet, finanzielle Einstiegshürde und zugleich ein viel zu hohes, rechtliches Risiko werden abverlangt. Wenn einmal etwas schief geht, steht der Arzt alleine da" (IP 42, Allgemeinmedizinerin)</i>
<i>" Im Krankenhaus ist es wie ein Teil im Arbeitsabschnitt einer Fabrik, man operiert und kontrolliert irgendwo anders. (...) Im Krankenhaus haben wir einen irrsinnig schnellen Durchlauf (...) Da haben wir praktisch keine eigenen Patienten. Das Tolle in meiner Praxis ist, dass ich langjährig Patienten betreuen kann. Dass ich Kinder aufwachsen sehe." (IP 38, Allgemeinmedizinerin)</i>	 <p>„eigene“ Patientinnen und Patienten betreuen</p> 	<i>„Es nimmt die Spezialisierung immer mehr zu und es gibt dadurch nicht mehr so viele Ärzte, die alle Bereiche abdecken können." (IP 6, Kieferchirurg)</i>

Einige Hürden, die bei der Eröffnung oder Übernahme einer eigenen Praxis auftreten, sind mit den Herausforderungen von Selbstständigen anderer Berufsgruppen vergleichbar. Als anfängliche Hindernisse nennen die niedergelassenen ÄrztInnen etwa die Faktoren der plötzlichen Alleinverantwortung, die finanziellen Einstiegshürden durch Investitionen und das damit verbundene Risiko, die umfassenden Aufgaben der Betriebsführung, wie Teamführung,

Personalverwaltung, Abrechnung und den damit verbundenen Administrationsaufwand. (KAISER 2015: 31-33)

Bei der Entscheidung für oder gegen einen Kassenvertrag kommen weitere Entscheidungsdeterminanten hinzu. Als positives Argument impliziert ein Kassenvertrag nach wie vor Arbeitsplatzsicherheit und im Gegensatz zur Privatpraxis muss in einer Vertragspraxis nicht um die Kundschaft „geworben“ werden. Die Gesamtverträge, die zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungen und den Ärztekammern abgeschlossen werden, regeln entsprechend § 342 ASVG sowohl die Verteilung von Kassenstellen als auch die Rechten und Pflichten der VertragsärztInnen. Beinhaltet sind zum Beispiel Vorgaben über die Öffnungs- und damit Arbeitszeiten, die je nach Bundesland Unterschiede aufweisen. Hausarztpraxen müssen zudem in ihrem Sprengel die Primärversorgung gewährleisten und haben dadurch Urlaubseinschränkungen. Bei Abwesenheit muss eine Vertretung organisiert werden. Dazu kommen die in der Honorarordnung vorgegebenen Kassentarife verbunden mit engeren Verwaltungs- und Abrechnungsvorschriften. (KAISER 2015: 33-37) Dokumentations- und Bewilligungsvorgänge erhöhen für die niedergelassenen VertragsärztInnen den administrativen Aufwand:

„Die Zeiten, die auf meinem Schild stehen, lassen immer auf ein sehr entspanntes Arbeitsverhältnis schließen. Aber im Endeffekt sitzt man mindestens genauso lange bei irgendwelchen Anträgen oder Befunden oder ähnlichem.“ (IP 17, Allgemeinmediziner)

Die befragten ÄrztInnen zeichneten in den Interviews ein kritisches Bild der aktuellen Arbeitssituation von VertragsärztInnen in Österreich: Die hohe Patientenfrequenz in den Vertragspraxen werde unter Zeitdruck mittels „Zwei-Minuten-Medizin am Fließband“ (IP 22, Urologe) abgearbeitet.

„Patienten gehen heute viel mehr und schneller zum Arzt, auch wenn es nicht dringend ist. Frequenzen sind daher mehr in den letzten Jahren.“ (IP 15, Allgemeinmediziner)

Aus Perspektive der ÄrztInnen fördere auch die Tarifstruktur der Krankenkassen die sogenannte Zwei-Minuten-Medizin. Eine Ordination sei nur dann wirtschaftlich, wenn möglichst viele PatientInnen möglichst oft behandelt werden. Wenn man „richtige Medizin“ betreiben wolle, sei das nicht rentabel. Die befragten VertragsärztInnen fordern darum mehr Zeit mit den PatientInnen. (KAISER 2015: 56-61)

3.2 Der Trend zur Spezialisierung und zu urbanem Leben

Für die Versorgungsstruktur spielt es nicht nur eine Rolle, dass sich MedizinerInnen für den niedergelassenen Bereich entscheiden, sondern auch, wo diese ihre Praxen eröffnen.

Niedergelassene ÄrztInnen müssen je nach Standort ihrer Ordination in manchen Einzugsgebieten mehr, in anderen Gebieten weniger spezialisiert arbeiten. Das liegt, wie ein befragter Experte meint, an der höheren Fachärztdichte in Großstädten. Am Land ist vorwiegend der Hausarzt bzw. die Hausärztin Ansprechpartner Nummer eins. (KAISER 2015: 19) Darüber

hinaus zeigen sich große Unterschiede der Aufgaben und Anforderungen zwischen Vertrags- und Privatpraxen.

Bei der Entscheidung, ob und wo eine eigene Ordination übernommen wird, spielen daher für den Arzt oder die Ärztin persönlich diese Fragen eine Rolle: Erstens, wie sehr will ich mich spezialisieren? Zweitens, welche Zielgruppen will ich behandeln? Drittens, wo und wie will ich arbeiten und leben?

3.2.1 Einflussfaktoren medizinischer Anforderungen

Die medizinische Spezialisierung und die Fokussierung auf Teilbereiche der Krankenversorgung in der Ausbildung sieht HOLST (2015) als eine Ursache für den fehlenden Nachwuchs an AllgemeinmedizinerInnen in Landgemeinden. Einige Interviewaussagen bestätigten diese These.

„Des Weiteren nimmt die Spezialisierung immer mehr zu und es gibt dadurch nicht mehr so viele Ärzte, die alle Bereiche abdecken können.“ (IP 6, Kieferchirurg)

Der Zentralraum biete nach Angaben der befragten ÄrztInnen die Möglichkeit für jede Krankheit SpezialistInnen zur Verfügung zu haben, während im ländlichen Setting GeneralistInnen gebraucht würden. Die aktuelle medizinische Ausbildung zielt allerdings auf ein enges medizinisches Spektrum, so stellt ein umfangreiches Anforderungsprofil für den Großteil der JungärztInnen ein Hindernis dar (KAISER 2015: 21).

"Nach drei Monaten Turnus kann man nicht einmal einen eitrigen Zehennagel behandeln, zumindest, die drei Monate, die man in einem Stadtkrankenhaus verbringt. Dort ist ja für jede Erkrankung gleich ein Facharzt zur Stelle." (IP 17, Allgemeinmediziner)

In einer Studie, die VAN DEN BUSSCHE et al. (2012) durchführten, wurden deutsche Medizinstudierende in ihrem praktischen Jahr zu ihren mittel- und langfristigen Berufszielen befragt. Es gaben nur 2,2 Prozent der Befragten unter den möglichen Karrierezielen eine ländliche Hausarztpraxis an.

Mit ausschlaggebend dafür können neben den Einstiegshürden in die Selbstständigkeit die mit einer Einzelpraxis verbundenen persönlichen Risiken sein. Auf die Frage, was ÄrztInnen daran hindert, eine Hausarztpraxis auf dem Land zu übernehmen, antwortete der Großteil der Befragten, der Arbeitseinsatz, die Verantwortung und das Risiko stünden nicht in Relation zur Entlohnung. Die Arbeitsanforderungen an LandärztInnen seien äußerst hoch, was etwa die Flexibilität, Verfügbarkeit, das breite Fachgebiet, die finanziellen Einstiegshürden und das rechtliche Risiko betreffen.

"Wenn einmal etwas schief geht, steht der Arzt alleine da" (IP 42, Allgemeinmedizinerin im steirischen Ennstal)

"Als junger Familienvater hätte ich mich aufgrund horrender Übernahmezahlungen nicht auf ein derartiges Experiment einlassen können" (IP 40, Allgemeinmediziner mit Privatpraxis)

Eine angemessene Bezahlung sei am Land noch wichtiger als in der Stadt, wird von mehreren Befragten betont. Der Verdienst wird aktuell verhältnismäßig als zu gering wahrgenommen.

"Wird nicht adäquat bezahlt, man ist niemals privat und wenn die Hausapotheken noch weg sind, wovon sollte man leben?" (IP 1, Allgemeinmedizinerin, die sich gegen einen Kassenvertrag entschieden hat)

Einige niedergelassene ÄrztInnen kritisieren außerdem, dass bei jeder ärztlichen Tätigkeit mittlerweile ein großer Druck zur forensischen „Absicherungsmedizin“ besteht, die dem System viel Geld kostet, jedoch nur dem Zweck dient sich vor möglichen Klagen juristisch abzusichern. Dennoch wurden auch positive Argumente für die Übernahme einer Landarztpraxis genannt, wie etwa das „angenehme, ländliche Patientengut“.

3.2.2 Einflussfaktoren der PatientInnenstruktur

Neben dem fachlichen Spektrum stellt ein abwechslungsreiches PatientInnenklientel für AllgemeinmedizinerInnen einen Motivationsfaktor dar sich im ländlichen Raum niederzulassen:

"Also fachlich - am Land, wenn du willst, kannst du a l l e s machen. Die Patientenstruktur am Land ist breiter. In der Stadt hast du ein Klientel 30-40-50, maximal nur zum Krankschreiben. Sonst 70 plus. Du hast keine Kinder, keine Unfälle, keine Sachen zum Nähen, kleine Chirurgie..." (IP 41, Allgemeinmediziner im oberösterreichischen Mühlviertel)

Das Klientel in Landarztpraxen erleben die Befragten zum Teil angenehmer und dankbarer als PatientInnen in Städten.

"Patienten am Land sind fantastisch. Am Land zu arbeiten ist eigentlich für einen Arzt fast dankbarer (...) in Wien ist man ja relativ gut versorgt. Man ist leicht unzufrieden und sagt, es gibt ja noch 10 andere, da geh ich lieber dort hin. Man muss sich als Arzt sehr, sehr stark bemühen. Am Land ist eher so eine (...) Grunddankbarkeit. Ja, endlich jemand da. Endlich ein Doktor." (IP 5, Dermatologe)

"Bei mir müssen sie immer wieder kommen, daher glaube ich, dass sie sich besser benehmen." (IP 17, Allgemeinmediziner in einer kleinen Landgemeinde in OÖ)

3.2.3 Einflussfaktoren der Arbeits- und Lebensbedingungen

In einer Landgemeinde zu leben und zugleich zu arbeiten, ist für manche Menschen ein Anreiz sich in dieser Region niederzulassen. Auf Wunsch kann man sich im Ortsleben einbringen, ob als Schul- oder Feuerwehrarzt, beim Roten Kreuz oder in anderen Vereinen. Motivation kann auch eine schöne, idyllische Landschaft bieten, die über viele Möglichkeiten verfügt seine Freizeit mit der Familie „fern von der Stadtheftik“ (IP 41, Allgemeinmediziner) zu verbringen. Dennoch, in kleinstrukturierten Landgemeinden, wo man einander kennt und den eigenen PatientInnen

regelmäßig über den Weg läuft, ist die Trennung zwischen Beruf und Privatleben eine Herausforderung.

„Landärzte sind rund um die Uhr verfügbar und können sich schlecht abgrenzen.“ (IP 35, Allgemeinmediziner)

Die praktischen ÄrztInnen mit Kassenvertrag am Land haben zudem die Pflicht zur Nacht- und Wochenendbereitschaft, um die Primärversorgung gemeinsam mit KollegInnen rund um die Uhr aufrecht zu erhalten. Dabei übernehmen sie in der Peripherie zum Teil die Notfallversorgung und bewältigen die damit verbundenen psychischen Belastungen individuell und meist ohne professionelle Unterstützung (KAISER 2015: 16-19).

Die befragten ÄrztInnen geben an, dass sich die Freizeitanprüche ihrer KollegInnen im Vergleich zu früher geändert haben. Viele junge ÄrztInnen sind nicht bereit, so viele Bereitschaftsdienste leisten, wie es bisher am Land üblich war und zum Teil noch ist. Da die Bereitschaftsdienste je nach Bezirk und Sprengel organisiert sind, bestehen dort jeweils unterschiedliche Arbeitsbedingungen. Mittlerweile wurden in einzelnen Bezirken mancher österreichischer Bundesländer durch "HÄND" (Hausärztlicher Notdienst) neue Bereitschaftsstrukturen geschaffen. In diesen Bezirken haben die praktischen ÄrztInnen monatlich weniger Bereitschaftsdienste als im Zuge der Sprengelbereitschaft. Die Visiten in Nächten, an Wochenenden und an Feiertagen werden vom diensthabenden Hausarzt bei HÄND mit Unterstützung eines Sanitäters durchgeführt. (KAISER 2015: 22)

"Junge Hausärzte bringst du aufs Land, indem du einen gut aufgeteilten Sprengeldienst mit wenigen Nachtdiensten schaffst. Und nicht jedes zweite Wochenende Dienst haben musst." (IP 44, Allgemeinmedizinerin)

Der aktuelle gesellschaftliche Wandel trägt dazu bei, dass flexiblere Arbeitszeitmodelle gewünscht werden. Kassenverträge werden von jungen MedizinerInnen nicht selten wegen der Vorschriften und Arbeitszeitvorgaben abgelehnt. Viele ÄrztInnen ziehen heutzutage ein Angestelltenverhältnis der Selbstständigkeit vor. Die Alleinverantwortung und das Risiko, zum Beispiel durch Betreuungspflichten auszufallen, hindern besonders Frauen daran eine Einzelpraxis zu übernehmen.

„Niederlassung am Land ist ein Einzelkämpfertum. Von der Persönlichkeit traut sich so etwas nicht jeder zu, von Null anzufangen und etwas aufzubauen. Punkt zwei ist, dass sich die Medizin zurzeit sehr dramatisch verändert. Es gibt immer mehr Frauen und Frauen wollen nicht so gerne alleine arbeiten. Frauen sind eher Teamplayer. Arbeiten zu zweit oder in Gruppenpraxen." (IP 33, Allgemeinmediziner)

Es gibt zwar die Möglichkeit einer Gruppenpraxis, die befragten MedizinerInnen würden sich für diese Form jedoch noch flexiblere Modelle und mehr Möglichkeiten der Rechtsformen wünschen.

„In der Gruppenpraxis sind die Auflagen sehr streng. Es ist erlaubt 15 Prozent mehr Umsatz zu haben, alles andere wird von den Krankenkassen gestrichen. Man darf

weniger Urlaub haben und man muss die Öffnungszeiten erweitern. Wenn ich eine Kassenstelle aufteilen könnte, auf zwei oder drei Kollegen oder Kolleginnen, dann glaube ich, dass mehr Frauen sich trauen würden." (IP 12, Dermatologin)

Generell ist festzustellen, dass aus den genannten Gründen immer weniger ÄrztInnen bereit sind im Sachleistungssystem der Sozialversicherung zu arbeiten. Vertragsstellen können in vielen Landgemeinden nicht nachbesetzt werden. Unter den niedergelassenen ÄrztInnen herrscht ein kritisches Bild der Sozialversicherung, das auch potentielle Neue daran hindert eine Vertragsstelle anzunehmen. Dieses Bild einer Dreiecksbeziehung zu den PatientInnen einerseits und zur Sozialversicherung andererseits wird aus der Perspektive der ÄrztInnen skizziert, um vor diesem Hintergrund in weiterer Folge die gesundheitspolitischen Perspektiven abzuleiten.

4 Das Verhältnis zwischen ÄrztInnen und der Sozialversicherung

Die „Dreiecksbeziehung“ zwischen ÄrztInnen, PatientInnen und der Sozialversicherung weist laut JANUS (2014: 12) die Eigenschaften einer doppelten „Prinzipal-Agenten-Beziehung“ auf. Denn ÄrztInnen sollen - als Agent – sowohl für die PatientInnen als auch im Interesse der Versicherung handeln. Die Zielsetzungen des Patienten (als zweiter Prinzipal) stimmen allerdings häufig nicht mit den Zielen der Krankenkassen, etwa Effizienz- und Kostenersparnis, überein. Auch die Interessen der ÄrztInnen, etwa soziale, ökonomische und persönliche Interessen, dürfen nicht außer Acht gelassen werden. Das Verhältnis ist laut JANUS neben ungleicher Informationsverteilung auch von verborgenen Handlungen, begrenzter Rationalität und Opportunismus auf allen Seiten gekennzeichnet. Lösungsansatz ist hier eine Art „Verhandlungslösung“ und ein kooperatives Verhalten, um Interessen abzustimmen. Dazu müssen Wege eröffnet werden, welche die Beteiligten von einem Misstrauens- in ein stabiles Vertrauensverhältnis führen (JANUS 2014: 21).

Im Rahmen der empirischen Erhebungen wurden von den befragten ÄrztInnen Interessenskonflikte und Aspekte fehlender Wertschätzung genannt. Die folgenden Zitate sollen Einblick geben, welches Bild niedergelassene ÄrztInnen von ihrem Verhältnis zur Sozialversicherung skizzieren.

4.1 Interessenskonflikte

Mehrere niedergelassene ÄrztInnen äußerten die Meinung, die Sozialversicherung handle nicht im Interesse der MedizinerInnen, der PatientInnen oder des Gemeinwohls, sondern in eigenem Interesse oder im Interesse Dritter. Die Sozialversicherung würde zum Beispiel nicht im Sinne der Gesellschaft, sondern im Sinne politischer AkteurInnen handeln. Weitere Personen gaben an, die Sozialversicherung wolle nur eines, nämlich Kosten sparen.

„Die Kosten sieht ja wieder keiner. Wenn ich jemanden ins Krankenhaus schicke, reibt sich die Gebietskrankenkasse alle 10 Finger, weil sie die Behandlung nicht mehr zahlen muss.“

Es ist der Gebietskrankenkasse egal, wie oft ich jemanden ins Krankenhaus schicke. Aber die Zahlen legt ja auch keiner einfach so auf den Tisch [...] und keiner sieht das Gesamte und sagt: Was kann ich da und dort einsparen.“ (IP 17, Allgemeinmediziner)

Die gesplitteten Zuständigkeiten und die unterschiedliche Finanzierung im österreichischen Gesundheitssystem sind ein Kritikpunkt, den nicht nur die ÄrztInnen nennen. Es bestehen außerdem keine Anreize Leistungen in den kostengünstigeren niedergelassenen Sektor zu verlagern, was dem Gesamtsystem hohe Kosten verursacht.

„Die Sozialversicherung wird absolut nichts zur besseren Versorgung beitragen, da die interessiert sind, die Menschen in die Krankenhäuser zu bekommen, denn dort müssen sie wenig bis gar nichts zahlen. Es gibt zwei verschiedene, die Zahlen: erstens das Land zahlt die Krankenhäuser und die Sozialversicherung die Ambulanten – Niedergelassenen, jeder will natürlich, dass der andere mehr zahlt. Aber das ist hohe Politik.“ (IP 47, Urologe)

Die Befragten der empirischen Studie gaben mehrheitlich an, dass sie die Entscheidungen der Sozialversicherung persönlich nicht nachvollziehen können. Dies betrifft im Speziellen Bereiche, mit denen die ÄrztInnen in ihrem Arbeitsalltag konfrontiert sind, wie etwa die Bewilligung von Medikamenten und Therapien sowie veraltete Kommunikationswege oder auch Tarifkataloge, die seit Jahrzehnten nicht dem aktuellen Stand der Medizin angepasst wurden. Dies lässt auf Defizite bei Transparenz, Kommunikation und Vertrauensbasis schließen. Die niedergelassenen ÄrztInnen sehen in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen darum auch einen mittleren bis großen Handlungsbedarf (KAISER 2015: 52).

4.2 Intransparente Strukturen und Einschränkungen

Manche ÄrztInnen beschreiben ein sehr distanziertes Verhältnis zu den Krankenkassen. Besonders die befragten PrivatärztInnen betonten, dass sie froh seien, unabhängig von den Tarifen und Vorgaben der Sozialversicherung zu arbeiten.

„Es geht immer ums Geld. Wenn sich die Krankenkasse meldet, dann geht es sicher um Kritik.“ (IP 9, Sport-/ Unfallchirurg, ohne Kassenvertrag in Salzburg)

„Als Kassenarzt ist man Franchise-Unternehmer des Hauptverbandes, man ist abhängig, was die Krankenkasse einem zugesteht. Zusätzlich werden Kassenärzte wirtschaftlich gedeckelt.“ (IP 4, Allgemeinmediziner, hat sich gegen Kassenvertrag entschieden)

Negativ beschreiben auch jene niedergelassenen KassenärztInnen das Verhältnis zur Sozialversicherung, die ihre zuständigen AnsprechpartnerInnen nicht kennen oder schlecht erreichen können. Kritisiert werden dabei zu viele verschiedene Stellen und zersplitterte Kompetenzen, die dazu führen, dass sich die Vertragspartner nicht gut beraten fühlen.

Eine fehlende Partizipationsmöglichkeit von ÄrztInnen bei Entscheidungen wird von den Befragten kritisiert. Demnach fühlen sich die MedizinerInnen in ihren Anliegen von der Ärztekammer nicht ausreichend vertreten.

Die Strukturen macht die Sozialversicherung nicht alleine. Momentan entscheidet sehr viel die Politik. Ärzte werden zur Beratung fast gar nicht mehr hinzugezogen, obwohl sie es am besten wissen würden". (IP 6, Kieferchirurg)

Die Honorierung von ÄrztInnen mit Kassenvertrag ist bestimmt durch die Krankenkassen. Das Wahrnehmen von Dokumentationspflichten wird von den befragten VertragsärztInnen als mühevoll, aber notwendig erachtet.

„Dokumentation ist notwendig, aber lästig. Abrechnung ist lästig, aber lebensnotwendig.“ (IP 41, Allgemeinmediziner)

Dort, wo die Tarifkataloge nicht dem aktuellen medizinischen Stand entsprechen, wenden die VertragsärztInnen ihre erworbenen Zusatzausbildungen in der Praxis nicht an, denn diese Leistungen werden nicht entlohnt. (KAISER 2015: 45) Das Gefühl, von den Krankenkassen vor allem als Kostenverursacher gesehen zu werden, ist für die Befragten unbefriedigend.

„Dadurch, dass manche Sachen, die man machen könnte, gar nicht honoriert werden von den Krankenkassen, ist man auch limitiert sich auf das zu beschränken, was bezahlt wird, es sei denn, man macht es aus Liebhaberei.“ (IP 43, Allgemeinmedizinerin)

Kritisiert wird von den VertragsärztInnen außerdem, dass bestimmte Therapie- und Verschreibungsleistungen sowie die Honorarleistungen bei Gruppenpraxen von den Krankenkassen quartalsweise gedeckelt werden. Die Befragten äußerten dazu mehrfach ihr Unverständnis und ihren Unmut. In ihrer Leistung und Kompetenz würden sie von den Kassen zu wenig Anerkennung erfahren.

"Von der Kasse werden wir eigentlich gequält, schon seit Jahrzehnten. Die Limitierungen stören sehr. Mehrarbeit wird bestraft. Der Behandlungsfall wird ab einer gewissen Anzahl mit 4,70 Euro abgegolten. Das ist natürlich sehr amoralisch. Wenn ich in meiner Gruppenpraxis zu viel arbeite, bekomme ich einen Honorarabzug." (IP 15, Allgemeinmediziner in einer Gruppenpraxis)

„Ein Fleischhacker wird es auch nicht verstehen, wenn er für das tausendste Schnitzel weniger bekommt, als für das fünfhundertste, weil es nämlich genau dieselbe Arbeit ist.“ (IP 17, Allgemeinmediziner in Bezug auf Quartalsdeckelungen der EKGs)

An dieser Stelle sei angemerkt, dass diese Zitate ausschließlich die Perspektive der befragten ÄrztInnen abbilden. Andere Befragte äußerten ihr Verständnis über die berechtigten Gründe der Sozialversicherung, medizinische Leistungen nicht unbegründet und unbegrenzt zu finanzieren. Dass aber die PatientInnenstruktur einzelner Ordinationsbetriebe bei den Tarifen und Deckelungen nicht berücksichtigt wird, ist für viele ein großer Kritikpunkt. Zudem ist die Verrechnung der erbrachten Leistungen dadurch erschwert, dass jede Krankenkasse (etwa Gebietskrankenkassen, Kassen für Bundes- oder für Landesbedienstete, für Eisenbahner, für Bauern etc.) eigene Regelungen besitzt und jedes Bundesland eigene Modalitäten für ihre Gebietskrankenkasse hat.

Es ist schlussendlich schwer ein „Bild der Sozialversicherung“ aus Perspektive der Allgemein- und FachärztInnen zu zeichnen, denn nach Vertragsabschluss besteht im Berufsalltag der Kontakt mit verschiedenen Krankenkassen, welche wiederum verschiedene Kontaktkulturen sowie Kommunikationspraktiken pflegen. Den direkten Kontakt mit dem Vertragspartner, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, hat bei allen Anliegen und bei Vertragsverhandlungen ausschließlich die Ärztekammer. Wie sich die Perspektive der einzelnen ÄrztInnen im gesundheitspolitischen Diskurs rund um die „Primärversorgung neu“ einordnen lässt und welche Entscheidungen bereits getroffen wurden, soll der folgende Abschnitt ausgehend von gesundheitspolitischen Perspektiven klären.

5 Die gesundheitspolitischen Perspektiven

Das österreichische Gesundheitswesen befindet sich aktuell in der Umsetzungsphase einer Reform, bei der erstmals nicht die stationäre Hochleistungsmedizin im Zentrum steht, sondern die Sicherstellung einer flächendeckenden Primärversorgung. Die Systempartner handeln dabei im Sinne eines Zielsteuerungssystems. Mit dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag setzten Bund, Länder und Sozialversicherung im Jahr 2013 gemeinsame, handlungsleitende und verbindliche Prinzipien fest, wie das Gesundheitssystem zu modernisieren ist. Basis für diesen privatrechtlichen Vertrag ist das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (BGBl. I Nr. 81/2013), in welchem die gesetzlich notwendigen Regelungen für die Zielsteuerung Gesundheit getroffen wurden, sowie eine Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundesverfassungsgesetz über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl. I Nr. 199/2013). Bund, Länder und die Sozialversicherung einigten sich auf ein gemeinsames Zielsteuerungssystem.

Während bis dahin auf Bundesebene vor allem versucht wurde, das österreichische Gesundheitswesen durch input-orientierte Strukturpläne normativ zu steuern, ist seither erstmals in der Gesundheitspolitik ein neuer Schwerpunkt auf wirkungsorientierte Steuerung erkennbar. Im neuen Zielsteuerungssystem sollen vor allem die angestrebten Outcomes im Sinne von Gesundheitszielen sowie deren Indikatoren definiert werden⁴. Die strategischen Ziele beziehen sich auf die Steuerungsbereiche Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisziele. Sie wurden wiederum durch operative Ziele konkretisiert. Einen weiteren Steuerungsbereich stellen die Finanzziele dar. Zu jedem operativen Ziel wurden Messgrößen, Zielwerte und Maßnahmen definiert, die eine laufende Überprüfung ermöglichen sollen.

Die Hoffnung besteht, dass diese Zielüberprüfung Impulse für eine Etablierung der Versorgungsforschung⁵ in Österreich setzt. Wie SPRENGER (2015: 116) diagnostiziert, kann die

⁴ Outcome-Indikatoren messen die erwünschte Wirkung bzw. die gesellschaftspolitische Zielsetzung im Unterschied zu Output-Indikatoren, die direkt messbare Auswirkungen bzw. Ergebnisse des Inputs sind. (OBERHUBER/ LARCHER/ OGRIS 2015: 16)

⁵ Versorgungsforschung definiert PFAFF (2003: 13) als „ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt, zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt, die Umsetzung neuer

Versorgungsforschung hierzulande als rückständig bezeichnet werden, weil es für den niedergelassenen Sektor keine national vergleichbaren Daten gibt, bzw. der Zugang zu den vorhandenen Daten problematisch ist. Die Datengewinnung findet unkoordiniert statt. Einzelne AkteurInnen, wie etwa die Krankenversicherungsträger, analysieren zwar ihre eigenen versorgungswirksamen Daten. Großteils findet deren Versorgungsforschung allerdings im Verborgenen und individuell statt. Für die Prozesse außerhalb der Krankenanstalten gibt es in Österreich daher kaum Evidenz.

5.1 Primärversorgung im Fokus der Gesundheitsreform

Dass Primärversorgung⁶ die Basis eines gut funktionierenden Gesundheitssystems bildet, wurde bereits früh erkannt. Die Staatengemeinschaft auf der WHO-Konferenz von Alma-Ata hat sich bereits im Jahr 1978 zur Stärkung der Primärversorgung unter dem Begriff „Primary Health Care“ (PHC) entschlossen (WHO 1978). Der österreichische Krankenhaussektor ist jedoch nach wie vor von chronischen Überkapazitäten geprägt, wenn man die internationalen Statistiken vergleicht. Aufgrund verschiedener Finanzierungsquellen und der fehlenden sektorenübergreifenden Steuerung im System gibt es anhaltende Schnittstellenprobleme, die sich in mangelnder Kommunikation, Unter-, Über- und Fehlversorgung sowie in ineffizienten Parallelstrukturen zwischen dem intra- und dem extramuralen Bereich zeigen. Derzeit wird das Gesundheitssystem rein darüber bestimmt, welcher Anbieter welche Leistungen erbringen – also abrechnen – darf. Konkrete Zuständigkeiten oder Auftragsbeschreibungen fehlen, kritisiert diesbezüglich etwa WESENAUER (2015: 26).

5.1.1 Ungelenkte Patientenströme

Patientenströme werden in Österreich kaum gelenkt, kritisieren auch viele niedergelassene ÄrztInnen im Rahmen der Interviewerhebung. Es gebe eine viel zu hohe Frequenz von – teils unnötigen - Konsultationen. *„Immer mehr Menschen verstehen das Gesundheitssystem als Selbstbedienungsladen medizinischer Leistungen“*, diagnostizierte etwa ein praktischer Arzt im Interview. Manche ÄrztInnen fordern diesbezüglich finanzielle Barrieren, um die PatientInnen vom unkontrollierten Konsum medizinischer Leistungen abzuhalten:

Versorgungskonzepte begleitend erforscht und die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert.“ In der interdisziplinären Versorgungsforschung sind z.B. folgende Wissenschaftsgebiete relevant: Die Bedarfsforschung, die Inanspruchnahmeforschung, die Organisationforschung, das Health Technology Assessment, die Versorgungsökonomie, die Qualitätsforschung und die Versorgungsepidemiologie.

⁶ Primärversorgung (engl. „primary care“) als erste der drei Versorgungsstufen (in Abgrenzung zur Sekundärversorgung durch niedergelassene FachärztInnen und zur Tertiärversorgung in Krankenhäusern) wird im B-VG Zielsteuerung Gesundheit synonym mit „Primary Health Care“ (PHC) verwendet. Definition: „die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Primärversorgung soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen“ (§3, Z7 GESUNDHEITS-ZIELSTEUERUNGSGESETZ, BGBl. I Nr. 81/2013).

"Aber aus meiner Sicht sind die Patienten auch sehr verwöhnt. Das heißt sie kommen zu mir, ich sage: „Sie haben Fieber, gehen Sie nach Hause. Nehmen Sie das und das, bleiben Sie zuhause. Und danach gehen sie noch einmal in eine Ambulanz. (...) Wenn das festgestellt wird, dass er einmal bei mir war und dann noch einmal dort, dann sollte er eine von den beiden Konsultationen zahlen.“ (IP 21, Allgemeinmedizinerin in Wien)

Verschiebungen aus der Primärversorgung in die Spitäler finden nicht nur auf Wunsch der PatientInnen, sondern oft aus verrechnungstechnischen Gründen statt. Da sich niedergelassene MedizinerInnen Geräte und Material selbst finanzieren, werden Tarife mit den Kosten gegengerechnet. Leistungen, die von den ÄrztInnen subjektiv als "zu niedrig honoriert" empfunden werden, sehen sie als unrentabel. Die Folge sind unnötige Krankenhausaufenthalte mit den damit verbundenen gesamtgesellschaftlichen Kosten.

„Ein Hausarzt kann einen Splitter aus dem Auge entfernen. Muss aber den Patienten ins Krankenhaus schicken. Die Kosten kommen auf ein Vierfaches.“ (IP 19, Allgemeinmediziner)

„Wundversorgung - Das macht mir zwar viel Spaß, Dann müssten aber eine halbe Stunde Leute draußen warten. Es wird mir dann zugleich nicht einmal der Aufwand - Instrumente und Material - bezahlt. Dadurch ist man gezwungen die Leute ins Krankenhaus zu schicken, obwohl man das als Hausarzt versorgen könnte und auch wollte.“ (IP 43, Allgemeinmedizinerin)

Auch die befragten niedergelassenen FachärztInnen berichteten über medizinische Handlungen, für welche sie ausgebildet wurden, für die es im Leistungskatalog jedoch keine Position gibt. Diese finden trotz fehlender Notwendigkeit im Spital statt.

Die österreichische Gesundheitsreform soll diese Schwächen des Systems bearbeiten, indem ein Ziel lautet, PatientInnen in Zukunft am „best point of service“ zu versorgen. Im Sinne einer Stärkung der Primärversorgung geht diese Forderung mit einem dringenden Bedarf zur Aktualisierung der Leistungskataloge einher. Auch die Stärkung anderer Berufsgruppen wäre eine wichtige Entwicklung, damit etwa niedergelassene Pflegefachkräfte in Zukunft Aufgaben der Wundversorgung übernehmen können.

5.1.2 Zum best point of service führen

Die Versorgungsstrukturen sollen gemäß dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag dahingehend optimiert werden, dass PatientInnen in Zukunft zum von den Systempartnern gemeinsam festgelegten „best point of service“⁷ gelenkt werden.

⁷ Der „best point of service“ ist jene Stelle, an der die Krankenversorgung jeweils zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität und gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig erbracht werden kann. (HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER 2013)

Konkret ist die Zielsetzung des „Best point of service“ die PatientInnen gezielter den Versorgungsstufen „Stationäre Versorgung“, „Spezifische fachärztliche Versorgung“ und „Primärversorgung“ zuzuordnen. Innerhalb der Primärversorgungsstufe soll noch je nach Bedarf die Leistung von niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen, durch Primary health care Modelle oder von nichtärztlichen AnbieterInnen erbracht werden.

Der „Best point of service“ soll sich herausstellen, indem je nach den Fähigkeiten der Anbieter und den Komplexitätsanforderungen der Leistung entschieden wird, wo diese am gesamtwirtschaftlich kostengünstigsten mit regionaler und zeitlicher Verfügbarkeit erbracht werden kann. Auch auf die Auslastung der Infrastruktur und die Servicequalität wie etwa Wartezeiten soll laut KIESL (2016: 12) Rücksicht genommen werden.

Diese Aufgabe klingt einfacher, als sie ist. Denn die Fähigkeiten und Kompetenzen der verschiedenen Anbieter im niedergelassenen Bereich sind nicht transparent abrufbar. Ebenso wenig lassen sich die gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen von Leistungsverschiebungen vorab berechnen (KIESL 2016: 13). Denn während der stationäre Bereich zur Hälfte über Steuermittel finanziert wird, wird der niedergelassene Sektor rein aus Mitteln der Krankenversicherung finanziert. Es bestanden daher bisher auch kaum Anreize für die AkteurInnen, die Gesundheitsleistungen kostengünstig aus gesamtwirtschaftlicher Sicht zu erbringen.

Eine Stärkung der Primärversorgung ist allerdings ein großes Ziel der Gesundheitsreform und wurde von den Systempartnern in §12 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (BGBl. I Nr. 81/2013) verankert. Er enthält im Steuerungsbereich der Versorgungsstrukturen den Punkt 5, „Stärkung der Primärversorgung („Primary health care“) auch im niedergelassenen Bereich.“. Diese Absichtserklärung geht aktuell mit Pilotprojekten für „PHC-Zentren“ einher, deren geplante Implementierung zurzeit zwischen den ÄrztevertreterInnen und den anderen Systempartnern heiß diskutiert wird.

5.2 Primary Health Care Einrichtungen – die Lösung aller Probleme?

Die Bundes- und Landeszielsteuerungsverträge haben im Strategischen Ziel 6.1. ein operatives Ziel konkretisiert, das lautet: „Multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung („Primary Health Care“) bis Mitte 2014 zu konzipieren und in der Folge Primärversorgungsmodelle auf Landesebene bis 2016 umzusetzen“. (HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER 2013) Mehrere der befragten ÄrztInnen forderten in den Interviews genau diesen transdisziplinären Ansatz:

"In der hausärztlichen Versorgung machen wir viel mehr als Medizin. Wir bräuchten einen niederschweligen, schnellen Zugang zu Sozialarbeitern, zu Personen, die dem Patienten in nicht-medizinischen Belangen weiterhelfen können." (IP 38, Allgemeinmedizinerin)

Die befragten ÄrztInnen hätten gerne eine bessere Kooperation an den Schnittstellen der Versorgung: zwischen den medizinischen Disziplinen und Berufsgruppen sowie auch zwischen den Spitälern und dem außerklinischen Bereich.

Diese Forderungen greift das Konzept zur „multidisziplinären und interdisziplinären Primärversorgung“ auf, das am 30. Juni 2014 in der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen wurde. Es sieht neue Primärversorgungsstrukturen vor, die ergänzend zu den bestehenden Formen der Vertragspraxen entstehen sollen. Geplant sind diese Strukturen entweder als Primärversorgungs-Einrichtung unter einem Dach oder als Primärversorgungs-Netzwerk (BMG 2014: 18).

Die personelle Ausstattung der neuen Primärversorgungsstrukturen orientiert sich an den Anforderungen des Leistungsspektrums und der regionalen Erfordernisse und gewährleistet längere Öffnungszeiten als Hausarztpraxen. Das Kernteam einer PHC-Einrichtung soll aus AllgemeinmedizinerInnen, diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und OrdinationsassistentInnen bestehen. Folgende primärversorgungsrelevante Berufsgruppen können das Team erweitern: DiätologInnen, ErgotherapeutInnen, FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde, Gesundheitsberufe mit einer anerkannten psychotherapeutischen Kompetenz, Hebammen, LogopädInnen, Medizinische Hauskrankenpflege, Mobile Dienste, PhysiotherapeutInnen oder SozialarbeiterInnen. (BMG 2014: 15)

Folgende Funktionen sollen laut ENDEL (2015: 229) dabei erfüllt werden: Neben einer wohnortnahen und permanent zugänglichen Gesundheitsversorgung haben die Gesundheitsberufe in PHC-Strukturen die Lotsenfunktion durch das System wahrzunehmen, einem umfassenden personenorientierten Behandlungsansatz zu folgen, Lücken in den Versorgungsketten zu vermeiden und einen proaktiven Behandlungsansatz zu verfolgen. Die abgestimmte Versorgung durch verschiedene Gesundheitsberufe soll zu einer Entlastung der spezialisierten FachärztInnen und der Spitäler beitragen. Die PHC-Versorgung muss in vernetzten Strukturen mit entsprechendem Informationsmanagement eine hohe Versorgungsqualität sicherstellen.

Derartige Versorgungseinrichtungen werden von den Befragten im Rahmen der ÄrztInnenbefragung zum Teil gefordert, zum Teil als willkommene Ergänzung erachtet, von einigen Befragten aber auch ambivalent gesehen oder kritisch hinterfragt. Manche befürchten zum Beispiel durch PHC einen Verlust ihrer Autonomie im niedergelassenen Bereich.

"Ich kann mir nicht vorstellen ob die Bezahlung wieder adäquat für die Arbeitszeit ist. Primär geht es nicht um den Patienten, sondern wo man einsparen kann." (IP 1, Allgemeinmedizinerin)

"Alle müssten auf selbständiger Basis arbeiten und dürfen nicht voneinander abhängig sein. Es darf nicht so sein, dass es (...) im schlimmsten Fall von einem Nichtmediziner geleitet wird und die einzelnen Personen angestellt sind." (IP 26, Allgemeinmediziner in Salzburg)

Mehrere Befragte bezweifeln, dass die Versorgung durch solche neuen Versorgungsstrukturen besser wird bzw. gesamtgesellschaftlich Geld gespart wird. Sie befürchten eher einen Qualitätsverlust und finden, dass PHC-Einrichtungen das Hausarztmodell gefährden.

„Prinzipiell bin ich der Meinung, dass multiprofessionelle Versorgungszentren eine sehr gute Idee sind, da mehrere Kollegen zusammen arbeiten und sich austauschen können. Trotzdem wäre es sehr schade, wenn der Hausarzt verloren geht, da ein wesentlicher Teil der Arzt-Patient-Beziehung verloren geht. Der Patient wird jedes Mal von einem anderen Arzt behandelt.“ (IP 20, Allgemeinmedizinerin)

Manche MedizinerInnen lehnen die PHC-Einrichtungen gänzlich ab, weil sie vermuten, dass hinter dem Vorhaben, neue Rechtsformen für Primärversorgungsmodelle zu schaffen, andere Interessen der Sozialversicherung stecken, die zu einer Kommerzialisierung des Primärversorgungssektors führen würden. Auch auf politischer Ebene wird dieser Standpunkt verfolgt. Die Ärztervertretung will keinesfalls Einschnitte in ihren Handlungsspielraum akzeptieren. So sieht die Ärztekammer keinen Bedarf für ein PHC-Gesetz. Den Gesetzesentwurf des Gesundheitsministeriums, der besondere Rahmenbedingungen für Primärversorgungszentren geben soll, wurde bis dato als „ein Anschlag auf den gesamten Berufsstand“ abgelehnt. (ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER 2016).

Die Interessensvertretung JAMÖ (Junge Allgemeinmedizin Österreich), Teilorganisation der Gesellschaft für Allgemeinmedizin, richtet hingegen aufgrund der zunehmenden Nachbesetzungsprobleme in der Primärversorgung den dringenden Appell an die Verhandellnden, dass es Zeit wird für einen Schulterschluss aller Akteure, damit die wohnortnahe Versorgung auch in Zukunft gesichert ist. (JAMÖ 2016) Es sei allerdings Kreativität und Achtsamkeit in der Umsetzung von sogenannten PHC-Projekten gefordert. Die junge Allgemeinmedizinerin WENDLER (2015) warnt zum Beispiel vor neuen Zentren, die vor allem im städtischen Raum aufgrund hoher Belegschafts- und Patientenfluktuation weiterhin Fließband-Medizin ohne kontinuierliche Betreuung betreiben würden. Unter diesen Voraussetzungen könne weder Gesundheitsförderung noch eine qualitative Primärversorgung geboten werden. „Es bleibt abzuwarten, welche weiteren Pilotenprojekte noch unter dem Mantel der Primärversorgung geboren werden. Entwicklungen geschehen nur dadurch, dass man aus Fehlern lernt. Man muss aber auch mutig und aufrichtig genug sein, sich diese einzugestehen und zur Weiterentwicklung bereit sein.“ (WENDLER 2015) Wichtig sei, dass auch PHC drin ist, wo PHC drauf steht.

Es sollte bei der Umsetzung von Pilotprojekten auch darauf geachtet werden, dass jene wenigen Pioniere in den Aufbau neuer Strukturen eingebunden werden, die sich bereits lange vor den PHC-Diskussionen aus Überzeugung in Eigeninitiative ähnliche Strukturen geschaffen haben und seit Jahrzehnten praktische Erfahrung mit Prävention und PHC gesammelt haben. Zu erwähnen ist hier zum Beispiel das bereits in den Neunzigerjahren entstandene Sozialmedizinische Zentrum (SMZ) im Grazer Stadtteil Liebenau. Horst Noack, emeritierter Professor für Sozialmedizin, bezeichnet das SMZ Liebenau als „Pioniereinrichtung“, welche „...wie kaum eine andere Organisation seit Beginn seiner Tätigkeit der Bevölkerung eine integrierte, gesundheitsfördernde, präventive und qualitätsorientierte Basisversorgung angeboten hat – bürgernah und mit sozialem Gewissen.“ (SMZ INFO 2005: 18) PHC muss nicht neu erfunden werden, es geht vielmehr um einen gezielten und rechtzeitigen Wissenstransfer und ums Lernen von den Besten, hierzulande und auch mit Blick über den Tellerrand hinaus.

5.3 Fazit: Die nötigen Schritte

Eine nachhaltige Stärkung und Weiterentwicklung der Primärversorgung ist notwendig und diese braucht ein Bündel an Maßnahmen für und mit AkteurInnen aller Ebenen des Gesundheitssystems. Dabei geht es nicht darum "das Rad neu erfinden zu müssen", sondern besonders auch darum, im ersten Schritt das Problembewusstsein zu stärken und die Veränderungsbereitschaft bei allen AkteurInnen zu schaffen, in einem weiteren Schritt allgemeine und gezielte Veränderungsbereiche zu definieren und schließlich Strategien auch in Hinblick auf "best practice"-Modelle umzusetzen und nachhaltig zu implementieren. (WHO/ PHCPI 2016: 21) Diese Vorgangsweise entspricht auch der Logik des idealtypischen Politikzyklus von der Problemdefinition über das Feststellen von Optionen und die Formulierung von Zielen bis hin zur Implementierung und zur Evaluation, der im Gesundheitswesen als „public health action cycle“ (ROSENBROCK/ GERLINGER 2004: 12) bekannt ist.

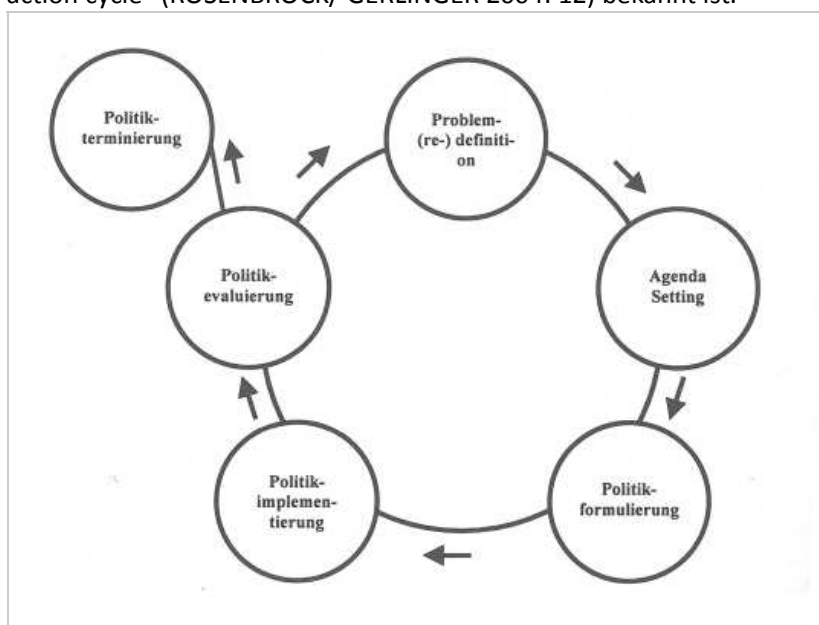


Abbildung 1: Policy Cycle; Quelle: JANN/ WEGRICH 2003: 82

Die österreichischen EntscheidungsträgerInnen auf der Bundes- und Landesebene haben gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern durch die Gesundheitsreform Impulse gesetzt. Das Problembewusstsein, dass Reformen unseres spitalslastigen Systems notwendig sind, ist nicht zuletzt aufgrund des ungebremsten Patientenstroms in die Spitalsambulanzen und des sogenannten „Ärztmangels“ mittlerweile vorhanden. Die Umsetzung bedarf allerdings der nötigen Rahmenbedingungen für die medizinischen Berufsgruppen, für die PatientInnen und vor allem für das Gesamtsystem.

Abschließend werden aus den Einflussfaktoren, die in diesem Artikel herausgearbeitet wurden, gezielte Veränderungsbereiche definiert. Als Kernforderungen der ÄrztInnen können hier attraktivere Arbeitsplätze in der Primärversorgung, die Ausbildung der Gesundheitsberufe sowie eine qualitativ hochwertige Versorgung der PatientInnen zusammengefasst werden.

5.3.1 Attraktive Arbeitsplätze in der Primärversorgung schaffen

Wie aus den Interviewergebnissen mit den ÄrztInnen hervorging, sind die Arbeitsbedingungen in der medizinischen Primärversorgung unter den aktuellen Bedingungen nur für „geborene Unternehmer“, für „Einzelkämpfer“ und für „mutige Quereinsteiger“ attraktiv.

Um die Nachbesetzungsprobleme der Allgemeinmedizin in den kommenden Jahren zu bewältigen, muss die Tätigkeit auch für andere Zielgruppen attraktiver werden, zum Beispiel für Frauen. Aktuell bestehen großteils Bedingungen, die kaum mit Betreuungspflichten vereinbar sind. Teilzeitmodelle gibt es kaum.

„Was Ärztinnen anbelangt, haben wir momentan den Vorteil durch hausärztliche Notdienste, dass Frauen heute sagen, dass diese Arbeit sehr interessant ist, da man heutzutage kein ‚Einzelkämpfer‘ mehr sein muss, sondern dass man sich eine Praxis z.B. mit einer anderen Ärztin teilen kann, man einen Sanitäter zur Seite hat und sich Ärztinnen somit leisten können Kinder zu bekommen und Teilzeit arbeiten können.“ (IP 24, Allgemeinmediziner)

Viele ÄrztInnen ziehen ein Angestelltenverhältnis der Selbstständigkeit vor, flexiblere Beschäftigungsmodelle sollten daher auch im niedergelassenen Bereich ermöglicht werden. Derzeit sind die ÄrztInnen noch mit strengen Auflagen und engen Rechtsformen bei Gruppenpraxen konfrontiert.

„Das wird ein ganz großes Thema für die Medizin, wie schafft man frauenfreundliche Stellen, die auch Kinderbetreuung integrieren. Die Arbeitszeiten in der Ordination müssen so gestaltet werden, dass sich die Frauen auch um ihre Kinder kümmern können.“ (IP 19, Allgemeinmediziner, der eine Gruppenpraxis mit seiner Tochter führt)

Diese Wünsche werden von den bereits erwähnten Studien von JACOB et al. (2010) und VAN DEN BUSSCHE (2012) zu den Präferenzen von MedizinabsolventInnen bestätigt: Arbeiten in Teams wird eindeutig einer Einzelpraxis vorgezogen.

Interdisziplinäre Teams können entsprechend der internationalen PHC-Modelle bei gleicher Qualität eine Entlastung der ÄrztInnen erzielen, was aufgrund von Nachbesetzungsproblemen bei HausärztInnen voraussichtlich eine Notwendigkeit wird. Viele Tätigkeiten von HausärztInnen könnten auch von anderen Berufsgruppen unterstützt werden. Etwa das Wundmanagement, Hausbesuche durch Pflegekräfte, Unterstützung der Palliativversorgung oder auch die Erstanlaufstelle zur Koordination durch das Gesundheitssystem.

„Eine weitere Möglichkeit wäre ein ähnliches System, wie es in Schweden derzeit praktiziert wird. Dort sind Krankenschwestern in Gesundheitszentren die erste Anlaufstelle. Diese entscheiden anschließend, ob und welcher Arzt für die weitere

Versorgung notwendig ist. Die Triage-Systeme⁸ könnten eine wichtige Koordinationsfunktion übernehmen, um die Patienten in Zukunft besser durch das Gesundheitssystem zu leiten." (IP 20, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)

Für das System soll dies im besten Fall langfristig eine Reduktion des Ärztebedarfs herbeiführen. Dazu müssen allerdings auch die Voraussetzungen bei allen Berufsgruppen geschaffen werden.

5.3.2 Die Ausbildung der Gesundheitsberufe an zukünftige Anforderungen anpassen

Soll die mobile Pflege ausgebaut werden, so muss sie auch mit entsprechenden rechtlichen Rahmenbedingungen und fairen Honorierungssystemen ausgestattet werden. Sowohl das Medizinstudium als auch die Ausbildung der Pflegeberufe findet traditionell im stationären Bereich statt, weshalb diese Berufsgruppen derzeit unzureichend auf die Tätigkeiten in einer modernen Primärversorgung vorbereitet sind.

Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern nimmt die Pflege in Österreich nicht die selbstbestimmten und vielfältigen Rollen ein, die für die vielen Versorgungsaufgaben im Primärbereich notwendig wären (SPRENGER 2015: 122). Auch alle anderen Gesundheitsberufe, wie SozialarbeiterInnen, Hebammen oder PhysiotherapeutInnen haben zwar mehrjährige und immer professionellere Ausbildungen, doch in der Praxis arbeiten nur die wenigsten selbstständig auf Augenhöhe in multiprofessionellen Teams mit MedizinerInnen zusammen.

Im stationären Bereich mit hochselektiertem Patientengut erlernen die Personen nicht die für die Primärversorgung wichtigen Fähigkeiten der Früherkennung, Vorbeugung, und Begleitung von chronischen Krankheitsverläufen oder von mehrfachkranken Personen. Der Praxisbezug in der Ausbildung sollte daher für alle Gesundheitsberufe dahingehend optimiert werden, dass AllgemeinmedizinerInnen und auch die anderen Gesundheitsberufe die Möglichkeit haben, Erfahrung in der Primärversorgung zu sammeln. Dabei besteht höchster Handlungsbedarf, denn die größte Anzahl der praktizierenden AllgemeinmedizinerInnen ist derzeit zwischen 50 und 60 Jahre alt und wird daher in den nächsten Jahren in Pension gehen. Mit ihnen geht deren Wissen und Erfahrung, enormes Human- und Sozialkapital für das Gesundheitswesen verloren. SPRENGER (2015: 126) Der Übergang und der Wissenstransfer zwischen Alt und Jung muss dringend unterstützt und nicht durch rechtliche Barrieren unterbunden werden.

Dazu sind attraktive Möglichkeiten zu schaffen, die Anreize bieten, dass JungärztInnen während oder nach der Ausbildung in den niedergelassenen Bereich „hineinschnuppern“. Etwa durch neue Modelle von Gruppenpraxen oder PHC-Zentren, bei welchen junge ÄrztInnen oder WahlärztInnen eingebunden werden können.

⁸ Triage (franz.): „Auswahl“, „Sichtung“, „Sortierung“. Die Methode der medizinischen Triage geht auf die Notfall- und Katastrophenversorgung zurück, bei der es um eine Ersteinschätzung der Diagnose und Feststellung der Dringlichkeit der Versorgung geht. Beispielsweise im österreichischen Strukturplan Gesundheit (BMG 2012: 30) ist die Triage von Akutfällen ein Ziel von zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten in Krankenhäusern.

"Zum Beispiel dürfen Vertretungsärzte nicht parallel ordinieren. Neue Formen, wo es jungen Kollegen ermöglicht wird mitzuarbeiten. Könnte hier nicht überregional beigetragen werden?" (IP 43, Allgemeinmedizinerin)

Diese von den praktizierenden ÄrztInnen geforderten Punkte sprechen für das Konzept zur „multidisziplinären und interdisziplinären Primärversorgung“, das 2014 in der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen wurde. Es wird darin explizit angesprochen, dass mit den Primärversorgungsnetzwerken neue und flexible Formen der Berufsausübung für ÄrztInnen und für weitere Gesundheitsberufe möglich werden sollen. Es wird auch argumentiert, kooperative Teamarbeit entlaste die einzelnen Teammitglieder von unnötiger Bürokratie, erlaube eine Konzentration auf die medizinische, therapeutische und pflegerische Tätigkeit und berücksichtige dadurch die individuellen Bedürfnisse bzw. den wachsenden Frauenanteil in den betroffenen Berufsgruppen. (BMG 2014: 7)

Das Installieren und Ausbilden von multidisziplinären Teams mit Teilzeitmöglichkeiten in der Primärversorgung alleine ändert allerdings nichts an den vielfach kritisierten Arbeitsbedingungen im Alltag. VertragsärztInnen arbeiten aktuell unter hohem Zeitdruck.

5.3.3 Zeit für die PatientInnen

Mittlerweile entscheiden sich viele AllgemeinmedizinerInnen gegen eine Kassenstelle und eröffnen eine Privatpraxis unter anderem mit der Begründung, dass sie nicht unter dem enormen Zeitdruck angesichts voller Wartezimmer arbeiten wollen. Die stetig steigende Patientenfrequenz werde, wie die Interviewpartner beschrieben, mittels „Zwei-Minuten-Medizin am Fließband“ (IP 22, Urologe) abgearbeitet, schließlich könne sonst nicht kostendeckend gearbeitet werden. Dabei kritisieren die ÄrztInnen selbst, dass viele der Arztkonsultationen gar keine medizinische Behandlung erfordern würden. Würden nur jene Menschen die Arztpraxis aufsuchen, die tatsächlich ärztliche Leistungen brauchen, so hätten die Behandelnden Zeit für die echten medizinischen Fälle und könnten eine umfassende Behandlung nach PHC-Vorbild anbieten. Dafür müssten allerdings Anreize geschaffen werden, die es im aktuellen Honorierungssystem nicht gibt.

Denn für Aufgaben, die das System entlasten, bekommen die HausärztInnen kein Geld. Dazu gehören längere Gespräche und ausführlichere Informationen für die PatientInnen zu ihren Erkrankungen und zu Möglichkeiten selbst ihre Gesundheit zu fördern. Auch Maßnahmen, die das soziale Netz der PatientInnen mit einbeziehen und stärken und auch Hilfe zur Selbsthilfe bieten, werden nicht entlohnt. Dabei wären die Prävention und die Stärkung der Gesundheitskompetenz der PatientInnen ein wichtiger Fokus und finden sich auch als explizites Ziel 3 in den Rahmen-Gesundheitszielen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG 2015: 19).

"Es wird viel zu wenig gefördert und belohnt, wenn etwas gut läuft. Als Behandelnder wirst du bestraft, wenn weniger Leute kommen. Dieser Konkurrenz-Kampf um Kranke ist verrückt." (IP 45, Kinderarzt)

Bei vielen Fällen wäre eine gezielte Koordination und Vernetzung mit anderen Versorgungspartnern nötig. Nur die wenigsten, sehr engagierten EinzelkämpferInnen können diese Aufgaben unter den aktuellen Bedingungen in den Hausarztpraxen ehrenamtlich erledigen, sofern sie Zeit dazu finden. Dies betrifft zum Beispiel die umfassende Begleitung von DiabetikerInnen oder KrebspatientInnen. In Zukunft werden mit der Alterung der Gesellschaft die Aufgaben der Begleitung von chronisch kranken bzw. multimorbiden Personen zunehmen. An dieser Stelle sei aber erwähnt, dass diese Aufgaben auch andere Berufsgruppen erfüllen können und nicht alles von den MedizinerInnen selbst erbracht werden muss.

"Es gibt kaum Unterstützung für die direkten Hilfeleistungen älterer Patienten, zum Beispiel Termine mit dem Krankenhaus vereinbaren, Rettung rufen, Heimbeihilfe organisieren usw. Weder monetär noch zeitlich wird das berücksichtigt." (IP 17, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)

Während in anderen Ländern family nurses, public health- oder community nurses praktizieren, deren Aufgaben weit über individuell pflegerische Arbeit hinausgehen, dominiert in Österreich das „Modell einer mobilen Pflege, die mit der Stoppuhr von einem Behandlungsfall zum anderen rast“ (SPRENGER 2015: 123). Dabei wäre Zeit für Beratung, soziale Interaktion, Empowerment und all jene wichtigen Versorgungsaufgaben nötig, um das Selbstversorgungssystem stabilisieren und unterstützen zu können.

Die im Artikel erwähnte Zielsetzung PatientInnen zum jeweiligen „best point of service“ zu leiten, wird nicht von selbst geschehen. ÄrztInnen und Angehörige anderer Gesundheitsberufe wird es auch nicht alleine gelingen der Bevölkerung Gesundheitskompetenz zu vermitteln. Diesbezüglich sind gezielte, unterstützende Maßnahmen voranzutreiben.

„Vor allem der Teil der Bevölkerung mit Immigrationshintergrund geht immer ins Krankenhaus, auch bei Schnupfen (...)“ (IP 31, Kinderarzt)

Die Honorierung der Vertragspartner nach dem Motto „mehr Behandlungsfälle, mehr Leistung, mehr Geld“ wirkt sich jedenfalls kontraproduktiv aus, sowohl in Bezug auf das Ziel des „best point of service“ als auch auf die Förderung der Gesundheitskompetenz der PatientInnen. Um dem Rahmen-Gesundheitsziel Nr. 10 „Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen“ (BMG 2015: 58) näher zu kommen, bedarf es somit nicht nur der Installierung von Primärversorgungszentren, denn die Stärkung einer nachhaltigen Primärversorgung geht weit über medizinische und soziale Versorgung hinaus. Es müssen zugleich die Grundvoraussetzungen für die handelnden Gesundheitsberufe und für die PatientInnen sowie die Rahmenbedingungen des Systems angepasst werden.

Quellen

- BGBI. I Nr. 81/2013, Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, Bundesgesetzblatt 23.05.2013
- BGBI. I Nr. 199/2013, Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, Bundesgesetzblatt 15.10.2013
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit 2012, Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 inklusive Großgeräteplan, online verfügbar (Download: http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg_2012_text_ohne_matrizen_-_neue_links.pdf; Datum: Mai 2016)
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit 2013, Rahmengesundheitsziele, online verfügbar (Download: <http://www.gesundheitszieleoesterreich.at/die-10-ziele/>; Datum: Mai 2016).
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit 2014, „Das Team rund um den Hausarzt“: Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Beschlissen in der B-ZK am 30. Juni 2014, online verfügbar (Download: <http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf>; Datum: Mai 2016).
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit 2015, Rahmen-Gesundheitsziele: Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung, online verfügbar (Download: http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2015/11/RGZ_Langfassung_20150915.pdf; Datum: Mai 2016)
- Endel, G. 2015, „Reform – Planung – Ist-Zustand: Primärversorgung“, Soziale Sicherheit, (5, 2015): 228-236
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2013, Bundes-Zielsteuerungsvertrag, online verfügbar (Download: <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.564159&action=b&cacheability=PAGE>; Datum: Mai 2016)
- Holst, J. 2015, Rethinking Medical Training in Germany Towards Rural Health Care. Primary Health Care, 5: 194. doi: 10.4172/2167-1079.1000194
- IP 1 – IP 48, Interviews mit niedergelassenen Allgemein- und FachärztInnen in Österreich (n=48), In Kaiser, A. 2015, Fördernde und hemmende Motivatoren von niedergelassenen MedizinerInnen in der beruflichen Praxis, Zeitraum der empirischen Erhebung: Juli bis Oktober 2015
- Jacob, R; Heinz A.; Müller Ch. 2010, Berufsmonitoring Medizinstudenten – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung, Köln: Kassenärztliche Bundesvereinigung
- JAMÖ, Junge Allgemeinmedizin Österreich 2016, Über die Zukunft der Allgemeinmedizin, Pressemitteilung vom 12.04.2016, online verfügbar (Download: <https://jamoe.at/artikel/ueber-zukunft-allgemeinmedizin>; Datum: Mai 2016)
- Jann, W.; Wegrich, K. 2003, „Phasenmodelle und Politikprozesse: Der Policy Cycle“, in Schubert, K.; Bandelow, N., Lehrbuch der Politikfeldanalyse. München, Wien: Oldenbourg, 71-104
- Janus, K. 2014, Gutachten zur Gestaltung nicht-monetärer Anreize für Ärztinnen und Ärzte. Hamburg, o.V.
- Kaiser, A. 2015, Fördernde und hemmende Motivatoren von niedergelassenen MedizinerInnen in der beruflichen Praxis. Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Johannes Kepler Universität Linz, online verfügbar (Download: <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.626960&action=b&cacheability=PAGE&version=1452587563>; Datum: Mai 2016)
- Kiesl, F. 2016, Das österreichische Gesundheitssystem: Zwischen Erstarrung und Innovation. Gastvortrag des Ressortdirektors der OÖ Gebietskrankenkasse Mag. Franz Kiesl, MPM an der Universität Linz am 12.01.2016
- Mayring, P. 2003, Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken, 8. Auflage, Weinheim, Basel: Beltz
- Oberhuber, F.; Larcher, E.; Ogris, G. 2015, Soqua: Evidenzbasierte Politikgestaltung, Unveröffentlichtes Skriptum, SORA, Wien
- OECD 2015, Health at a Glance 2015: OECD Indicators, Paris: OECD Publishing

- Österreichische Ärztekammer 2013, Landmedizin: Immer weniger Bewerber überlegen immer länger. Pressemitteilung vom 27.02.2013, online verfügbar (Download: http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20130227_OTSO136/landmedizin-immer-weniger-bewerber-ueberlegen-immer-laenger; Datum: Mai 2016)
- Österreichische Ärztekammer 2016, Ärztekammer: Ja zu Primärversorgung, Nein zu eigenem PHC-Gesetz. Pressemitteilung vom 13.03.2016, online verfügbar (Download: http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20160313_OTSO014/aerztekammer-ja-zu-primarversorgung-nein-zu-eigenem-phc-gesetz; Datum: Mai 2016)
- Pfaff, H. 2003, „Versorgungsforschung - Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben“, in: Pfaff, H.; Schrappe, M.; Lauterbach, K.W.; Engelmann, U.; Halber, M., Gesundheitsversorgung und Disease Management: Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber, 13–23
- Rosenbrock, R.; Gerlinger T. 2004, Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung, Bern: Verlag Hans Huber
- SMZ INFO 2005, Jubiläum: 2 Jahrzehnte Praxisgemeinschaft, 15 Jahre SMZ Liebenau, Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau (Hg), August 2005, Graz
- Sprenger, M. 2015, „Reformpotentiale im primären Versorgungsbereich des österreichischen Gesundheitssystems“, in Bauer, R.; Wesenauer, A. (Hg.), Zukunftsmotor Gesundheit: Entwürfe für das Gesundheitssystem von morgen, Wiesbaden: Springer, 115-133
- Van den Bussche, H.; Kromark, K; Köhn-Hackert, N. et al. 2012, „General practitioner or specialist at home or abroad?“, Gesundheitswesen, (12, 74): 686-792
- Wendler, M. 2015, Gesundheitsreform – Primary Health Care oder Fließbandmedizin?, online verfügbar (Download: <https://jamoe.at/artikel/gesundheitsreform-primary-health-care-oder-fluessbandmedizin>; Datum: Mai 2016)
- WHO, World Health Organization; PHCPI, Primary Health Care Performance Initiative 2016, Improving Quality Primary Health Care: From measurement to improvement, report of the Global Stakeholder Meeting in Geneva, Switzerland, 6-8 April 2016, online verfügbar (Download: http://www.euprimarycare.org/sites/default/files/primary_health_care_-_from_measurement_to_improvement.pdf; Datum: Mai 2016)
- WHO, World Health Organization 1978, Declaration of Alma-Ata, Conference on Primary health care in Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978