
Schwerpunktthema

**Aktuelle
Herausforderungen
der Landmedizin**



Schwerpunktthema:

Aktuelle Herausforderungen der Landmedizin

Z
GP

Schwerpunktthema

Aktuelle Herausforderungen der Landmedizin

Ausgabe 1/2014

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

Coverfoto: www.pixelio.de (Rainer Sturm)

Redaktion: Mag. Katharina Riedler

Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien

Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Medien waren in den letzten Monaten voll mit Berichten über deutliche Signale eines sich abzeichnenden Landärztemangels. Möglicherweise ist trotzdem vielen Journalisten, vor allem aber der Öffentlichkeit, noch nicht bewusst, dass wir derzeit erst die Vorboten erleben und dass ohne rasche Gegensteuerung eine ernsthafte Gefahr für die flächendeckende medizinische Betreuung in Österreich droht. Wenn man sich die Demographie der Kassenärzte ansieht, wird klar, dass die große Pensionierungswelle noch bevorsteht. Gleichzeitig erleben wir eine völlige Trendumkehr bei der Besetzung von Ausbildungsstellen. Gab es noch bis vor gar nicht so langer Zeit Wartelisten für Medizinabsolventen, die sich um Ausbildungsstellen beworben haben, ist es nun umgekehrt. In vielen Bundesländern – so auch in Oberösterreich – können die vakant werdenden Turnusarztstellen nur mehr zum Teil nachbesetzt werden, was zur Konsequenz hat, dass die Problematik der anstehenden Pensionierungswelle durch einen dramatischen Rückgang von ausgebildeten Jungärzten potenziert wird.

Wir sind es in vielen Bereichen gewöhnt, dass die ländliche Infrastruktur ausgedünnt wird. Das mag etwa bei der Auflassung von Bezirksgerichtsstandorten aus verschiedensten Gründen zu hinterfragen sein, eine vitale Bedrohung ergibt sich daraus aber sicher nicht. Ganz anders verhält es sich bei der Versorgung mit Landärzten. Gerade die Bevölkerungsschichten, die auf ärztliche Hilfe angewiesen sind, vor allem ältere Menschen, sind unterdurchschnittlich mobil und auf eine funktionierende wohnortnahe ärztliche Versorgung angewiesen.

Es ist daher hoch an der Zeit, dass sich nicht nur die Krankenversicherungsträger, sondern vor allem die Gesundheitspolitik Gedanken darüber macht, weshalb Landarztstellen für junge Ärzte immer unattraktiver werden und wie man wieder Anreize zur Übernahme von Landarztstellen schaffen könnte. Es muss mittlerweile jedem klar sein, dass das traditionelle Bild des (in der Vergangenheit regelmäßig männlichen) Landarztes, der mit Frau und Kindern vor Ort Wurzeln geschlagen, sich idealerweise kaum über die Gemeindegrenzen hinausbewegt hat und Tag und Nacht für die Bevölkerung zur Verfügung gestanden ist, nicht mehr mit modernen Lebenskonzepten in Übereinstimmung zu bringen ist. Es wird daher notwendig sein, auch neue Strukturen zu finden, die eine wohnortnahe Versorgung am Land – wenn möglich rund um die Uhr – gewährleisten, es gleichzeitig aber jungen Ärzten ermöglichen, Familie zu haben und zumindest ein Mindestmaß an Freizeitmobilität erwarten zu dürfen.

Wir haben eine Reihe von Referenten gebeten, ihre persönliche Sicht der Dinge darzustellen und damit einen Beitrag zur laufenden Landärzte-Diskussion einzubringen. Wir haben diesmal bewusst auch Autoren aus Deutschland um ihre Mitwirkung gebeten, weil die Probleme, die bei uns erst in der allerjüngsten Vergangenheit spürbar wurden, in Deutschland seit Längerem akut sind.

Wir dürfen wieder auf Ihr Interesse hoffen und wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen.

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser
Obmann LIG

Inhaltsverzeichnis

Luxusgut Gesundheitsversorgung? Ärztliche Dienstleistungen bei Bevölkerungsrückgang im ländlichen Raum	9
<i>Diplom-Politologin Eva Kuhn</i>	
Befragung: Der niedergelassene Land(Arzt) – vom Aussterben bedroht?	33
<i>Mag. Katharina Riedler</i>	
Rechtspolitische Überlegungen zur Neuregelung der Arzneimittelversorgung in Österreich	55
<i>Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner</i>	
Das Gesundheitszentrum in Sankt Agatha: ein innovatives Vorzeigeprojekt	75
<i>Mag. Katharina Riedler im Gespräch mit dem Ärztteehepaar Dr. Johanna und Martin Schiffkorn</i>	
Der ärztliche Bereitschaftsdienst in Österreich: Ausgestaltung, Problemstellungen und Empfehlungen	83
<i>Mag. Martin Keplinger, Mag. Katharina Riedler</i>	
Auf den StandPunkt gebracht	103
<i>Mit Beiträgen von MR Dr. Edgar Wutscher, Dr. Doris Müller, Dr. Reinhold Glehr und MR Dr. Wolfgang Ziegler</i>	
Landarztmangel und Bedarfsplanung in Deutschland: Zwischen Skylla und Charybdis	113
<i>Dr. med. Bernhard Gibis</i>	

Diplom-Politologin Eva Kuhn

Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung

Luxusgut Gesundheitsversorgung?

Ärztliche Dienstleistungen bei Bevölkerungsrückgang im ländlichen Raum

1. Einführung	10
2. Weniger Menschen, höhere Kosten: Infrastrukturversorgung bei dünner werdender Besiedlung	13
3. Gesundheitsdienstleister im ländlichen Raum: Landarztpraxen vor dem Aus	14
4. Sein und Schein des Ärztemangels	16
5. Die Folgen rückläufiger Gesundheitsdienstleistungen für den ländlichen Raum	21
6. Die Landmedizin der Zukunft	23
7. Reicht das?	28
8. Literaturverzeichnis	30

Der ländliche Raum ist überdurchschnittlich stark von Alterung und Bevölkerungsrückgang betroffen. Dies führt dazu, dass sich sowohl die privaten als auch die öffentlichen Infrastrukturen ausdünnen. Viele ländliche Arztpraxen erleben diese Entwicklung: Da die Ärzte ein hohes Durchschnittsalter haben, geht die Mehrzahl von ihnen in den nächsten zehn bis zwanzig Jahren in Rente. Junge Mediziner wollen in aller Regel aber nicht mehr im ländlichen Raum leben. Sehr viele Landarztpraxen dürften deswegen ohne Nachfolger bleiben. Einerseits ist es sinnvoll, die Situation über Anreizprogramme anzugehen. Andererseits ist es unrealistisch, davon auszugehen, dass sich ausreichend junge Mediziner für den ländlichen Raum begeistern lassen. Der drohenden Unterversorgung muss also mit ganz neuen Strategien begegnet werden. Dazu gehören neuartige Kooperationsformen oder die Telemedizin.

1. Einführung

Das Bild unserer Dörfer hat sich in den letzten Jahrzehnten dramatisch verändert. Wo früher von früh bis spät Leben auf den Straßen war, wirken kleine Ortschaften heute oft leer. Mit etwas Glück sieht man Bauern bei der Arbeit oder Spaziergänger auf ihrem Weg ins Grüne. Die meiste Zeit des Tages ist es jedoch ruhig.

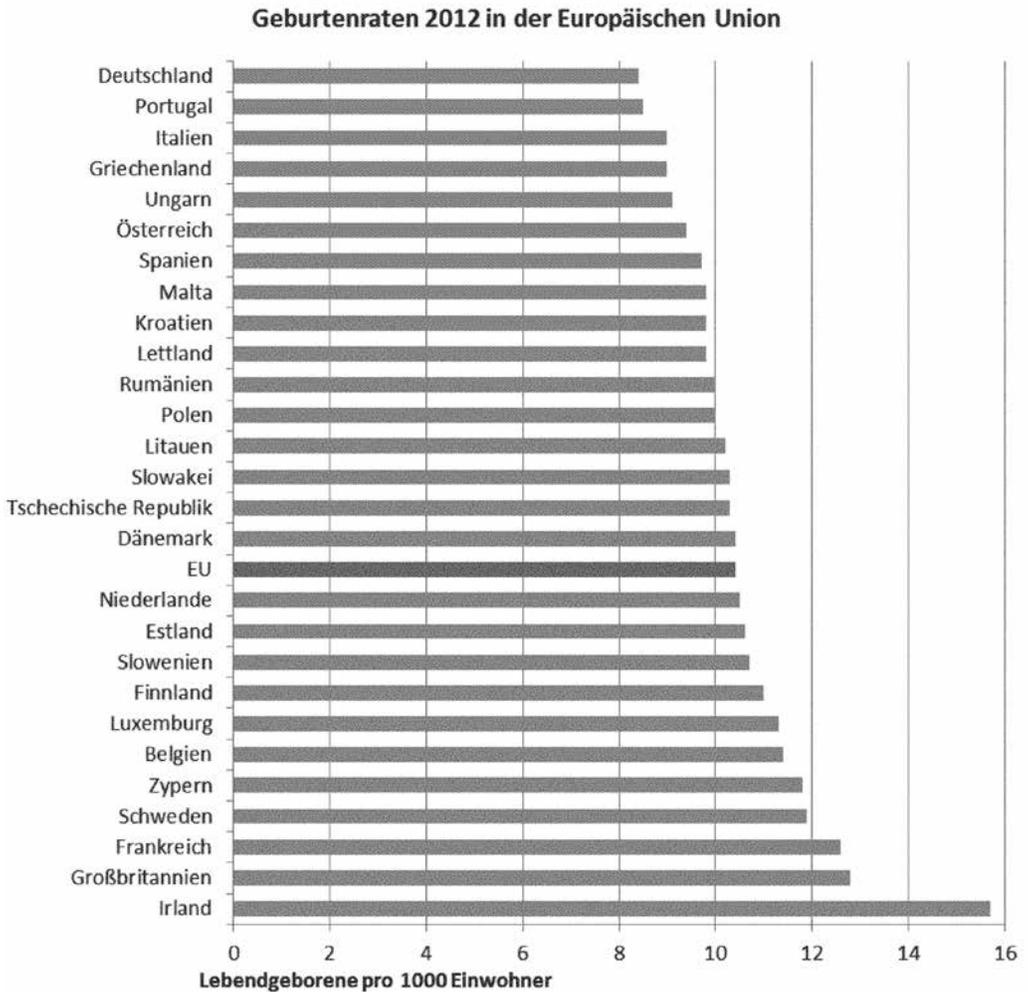
Die Gründe für diese Veränderung sind vielfältig. Neben einem kulturellen Wandel, durch den Menschen immer mehr Lebenszeit im Internet oder vor dem Fernseher verbringen, erleben insbesondere die westlichen Staaten einen wirtschaftlichen Wandel hin zur Dienstleistungsgesellschaft und zur Konzentration der Wirtschaftskraft in größeren Zentren. Dies führt dazu, dass sich Arbeitsplätze vom Dorf in die Städte verlagern. Tagsüber pendeln deswegen die meisten Menschen aus den Dörfern aus, um zur Arbeit zu gehen. Diejenigen, die nicht an eine Immobilie gebunden sind, verlassen ihre Dörfer häufig ganz und ziehen ihrem Arbeitsplatz hinterher.

Gerade die jungen Menschen zieht es in die Städte, um ihre Ausbildung zu machen, ihren Lebensunterhalt zu verdienen oder um einen höheren Lebensstandard und kulturelle Angebote zu genießen. Dort gründen sie dann auch ihre Familien. Zurück bleiben die Älteren, die keine Kinder mehr bekommen, sodass die Geburtenraten im ländlichen Raum besonders niedrig sind. In vielen Dörfern gibt es kaum noch junge Menschen. Somit fehlen diejenigen, die dafür sorgen, dass eine Ortschaft Zukunft hat.

Je niedriger die Geburtenrate in einer Region ist, desto stärker wirken sich Alterung und Bevölkerungsrückgang aus. Selbst in den Ländern, in denen die Bevölkerung insgesamt wächst, gehen die Bevölkerungszahlen im ländlichen Raum oft stark zurück.¹

1 Klingholz, Reiner/ Kuhn, Eva (2013): Vielfalt statt Gleichwertigkeit. Was Bevölkerungsrückgang für die Versorgung ländlicher Regionen bedeutet. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Berlin. S. 7.

Wirtschaftskrise gleich Geburtenkrise?



In den gebeutelten Krisenstaaten der südlichen EU sind die Geburtenraten niedrig. Und nicht nur das: Im Vergleich zu anderen Ländern sind die Geburtenraten dort in den letzten zehn Jahren auch überdurchschnittlich stark gesunken. Möglicherweise ist es jungen Menschen in den europäischen Krisenländern momentan zu riskant, eine Familie zu gründen. Andererseits lassen sich junge Iren durch die Krise ihres Landes offenbar nicht vom Kinderkriegen abhalten. Und die wenig betroffenen Länder Deutschland und Österreich verzeichnen sowohl niedrige als auch sinkende Geburtenraten. In der europäischen Union ist Deutschland das Schlusslicht: 2012 kamen auf 1000 Einwohner nur 8,4 Lebendgeborene pro Jahr. (Datenquelle: Eurostat 2013)

Ländlicher Raum ist dabei nicht gleich ländlicher Raum. Sowohl Wanderungsbewegungen als auch Geburten- und Fertilitätsraten² gestalten sich von Region zu Region – ja oft sogar von Dorf zu Dorf – höchst unterschiedlich. So liegen inmitten stark schrumpfender Gemeinden immer wieder Dörfer, die stetigen Zuwachs verzeichnen und andersherum.³ Dazu kommen unterschiedliche Siedlungsdichten, die im Laufe von Jahrhunderten gewachsen sind. Sie sind maßgeblich dafür verantwortlich, wie sich die infrastrukturellen Probleme auswirken: Dort, wo die Siedlungsdichte hoch ist, wie etwa in vielen ländlichen Regionen Baden-Württembergs oder Bayerns, sind die Versorgungsprobleme geringer, da sich trotz Bevölkerungsrückgang die Bereitstellung von Dienstleistungen lohnt. Dagegen haben die seit jeher dünn besiedelten Gebiete in Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern schon mit dem Erhalt der Grundinfrastruktur wie Straßen, Nahverkehr, Schulen oder Krankenhäuser zu kämpfen, da zu wenig Menschen in einem Versorgungsgebiet wohnen.

Auch in Österreich sind es tendenziell die größeren Städte, die Bevölkerung gewinnen, wohingegen die ländlichen, entlegenen Regionen immer mehr Menschen verlieren: Während Graz, Wien und Innsbruck zwischen 2002 und 2012 um zehn Prozent Bevölkerung hinzugewannen, gehören die Regionen Westliche Obersteiermark, Oberkärnten, Liezen, Lungau, Osttirol und Waldviertel zu den Verlierern: Innerhalb der letzten zehn Jahre verzeichneten sie einen Rückgang zwischen zwei und fünf Prozent ihrer Bewohner.⁴

-
- 2 Geburtenrate bedeutet die Anzahl der Geburten auf 1000 Einwohner eines bestimmten Gebietes. Fertilitätsrate bedeutet die durchschnittliche Anzahl der Kinder pro Frau.
 - 3 Klingholz, Reiner/Kröhnert, Steffen/Karsch, Margret/Kuhn, Eva (2011): Die Zukunft der Dörfer. Zwischen Stabilität und demografischem Niedergang. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Berlin. S. 27, S. 39.
 - 4 Statistik Austria (2013): Jahresdurchschnittsbevölkerung 1995 bis 2012 nach NUTS-Regionen. www.statistik.at (abgerufen am 19.12.2013).

2. Weniger Menschen, höhere Kosten: Infrastrukturversorgung bei dünner werdender Besiedlung

Im Gegensatz zu Entwicklungsländern, in denen es in der Regel keine flächendeckende Infrastrukturversorgung gibt, können sich wohlhabende Staaten Krankenhäuser in jeder größeren Stadt, wohnortnahe Schulen sowie Trinkwasser, Strom und Telefon für alle Haushalte leisten. Genau dieses hohe Versorgungsniveau wird aber stark strapaziert, wenn die Bevölkerungszahlen abnehmen. Für die sogenannten sozialen Infrastrukturen bedeuten schrumpfende Bevölkerungszahlen in aller Regel das Aus: Wo immer weniger Menschen wohnen, rentiert es sich irgendwann nicht mehr, eine Schule, ein Krankenhaus oder eine Arztpraxis aufrechtzuerhalten. Den Bewohnern bleibt dann nichts anderes übrig, als weitere Wege für ihre täglichen Bedürfnisse zurückzulegen – häufig auf eigene Faust, denn auch der öffentliche Nahverkehr wird an sinkende Einwohnerzahlen angepasst. Für die „Netzinfrastrukturen“, also alle leitungsgebundenen Infrastrukturen wie Straßen, Stromleitungen oder Wasserleitungen, bedeuten Bevölkerungsrückgänge steigende Pro-Kopf-Kosten, schließlich kann man keinen Haushalt vom Trinkwasser oder vom Strom abkoppeln. Bei weniger Verbrauchern müssen die Leitungen zudem oft mit besonders viel Aufwand instand gehalten werden. So müssen etwa einige Wasserversorger wegen des rückläufigen Wasserverbrauchs ihre Trinkwasserleitungen spülen, damit diese wegen des geringen Durchflusses nicht verkeimen.

Für die Landbewohner wird das Leben immer teurer, denn erstens müssen sie weitere Wege zu Ämtern, Arztpraxen, Supermärkten und Schulen zurücklegen (ganz zu schweigen von kulturellen Angeboten, die oft kaum unter einer Stunde Fahrzeit erreichbar sind). Und zweitens kosten Wasser, Abwasser, Strom, Straßen und Müllabfuhr mehr Geld, da die Kosten pro Kopf umgelegt werden. In solchen Gegenden gibt es kaum noch Möglichkeiten, die langfristige Landflucht aufzuhalten, denn es entsteht ein „Teufelskreis der Schrumpfung“:⁵ Die Einwohnerverluste führen zu Einbußen der Privatwirtschaft, welche daraufhin ihre Angebote reduziert. Es gibt also weniger Dienstleistungen und Freizeitangebote. Zusätzlich sind die kommunalen Infrastrukturen unterausgelastet und werden teurer, gehen

5 Hahne, Ulf (2010): Wertverlust und Eigenheim – Motivation und Ortsbindung. In: Bundesverband für Wohnen und Stadtentwicklung e.V.: Forum Wohnen und Stadtentwicklung. Ausgabe 1. Januar–Februar 2010. S. 13.

kaputt oder werden geschlossen. Sowohl auf der privaten als auch auf der öffentlichen Seite sinken also die Angebote und die Qualität der Leistungen. Dadurch werden die demografisch schrumpfenden Gegenden immer unattraktiver und die Einwohnerzahlen nehmen weiter ab – wiederum mit den entsprechenden negativen Folgen für private und öffentliche Infrastrukturen.

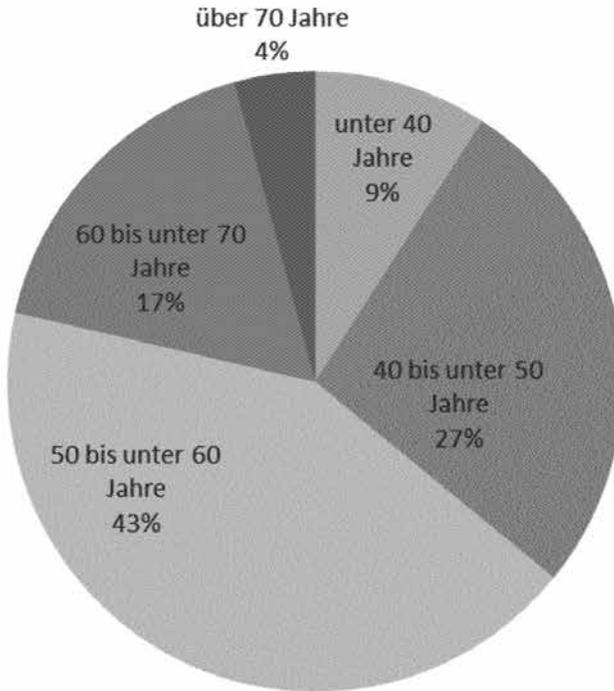
3. Gesundheitsdienstleister im ländlichen Raum: Landarztpraxen vor dem Aus

Für die Gesundheitsdienstleister entstehen durch diese Entwicklungen unterschiedliche Herausforderungen. Entweder sind die Praxen überfüllt oder sie sind unterausgelastet. Letzteres passiert bei sehr dünner Besiedelung und starker Abwanderung. Dann reichen die verbleibenden Menschen in einem Gebiet nicht mehr für die Wirtschaftlichkeit einer Arztpraxis aus. In den meisten ländlichen Regionen finden wir allerdings das erste Szenario: Die Praxen sind überfüllt und die Ärzte finden kaum genug Zeit für ihre Patienten. Der Hauptgrund für diese Entwicklungen sind die fehlenden Praxisnachfolger für in Rente gehende Landärzte. Diesen bleibt oft nichts anderes übrig als zu schließen. Die Patienten weichen dann auf verbleibende Praxen aus, welche sich mit immer weiter steigenden Patientenzahlen konfrontiert sehen.

Die Ärztekammer für Oberösterreich schreibt in ihrer Pressemeldung vom August 2013 beispielhaft: „Für die Gemeinden am Land wird es von Jahr zu Jahr schwieriger, die regionale Gesundheitsversorgung zu sichern. Neumarkt im Hausruck, Geinberg und Kallham warten ebenso auf Bewerbungen wie die Gemeinde Gosau, deren Kassenarzt noch dazu Ende September in Pension geht. Die Kassenstelle in der schönen Marktgemeinde Hallstatt musste mittlerweile schon sogar sieben Mal ausgeschrieben werden, Oberkappel im Mühlviertel wurde nach fehlenden Bewerbungen gar nicht mehr ausgeschrieben.“⁶

6 Presskonferenz der Ärztekammer für Oberösterreich zur Initiative „Landmedizin: Die ärztliche Versorgung sichern!“ am 08.08.2013. S. 2. http://www.aekooe.or.at/cms/fileadmin/AErztekammer/Presse__konferenzen__FILES/Landmedizin_PKU_end.pdf (abgerufen am 15.12.2013).

Altersdurchschnitt niedergelassener Ärzte in Österreich 2012



Über 60 Prozent der niedergelassenen Ärzte in Österreich sind 50 Jahre oder älter. In den nächsten 10 bis 20 Jahren werden diese in Pension gehen und große Lücken hinterlassen. Da junge Mediziner eher in urbanen als in ländlichen Regionen wohnen möchten, wird der ländliche Raum dies deutlich zu spüren bekommen und viele Praxen verlieren. (Datenquelle: Statistik Austria 2013)

Und das Bundesland Oberösterreich hat nicht einmal die größten Probleme: Am schwierigsten ist die Situation in Kärnten, der Steiermark und dem Burgenland. Hier werden in den nächsten zehn Jahren rund zwei Drittel aller Landärzte das Pensionsalter erreichen. Der Abstand zu den anderen Bundesländern ist allerdings nicht groß: Rund die Hälfte aller Landärzte erreicht das Pensionsalter in den nächsten zehn Jahren auch in Oberösterreich, Niederösterreich, Tirol, Salzburg und Vorarlberg.⁷

⁷ Österreichische Ärztekammer vom 11.09.2013: „Landmedizin: Die ärztliche Versorgung sichern!“ <http://www.aerztekammer.at/news3> (abgerufen am 20.12.2013).

4. Sein und Schein des Ärztemangels

Gesundheitsdienstleister im ländlichen Raum sind überwiegend Allgemeinärzte. Fachärzte siedeln sich in der Regel in einem größeren Einzugsgebiet an und Krankenhäuser findet man meist nur in größeren Städten. Die Probleme, die der demografische Wandel im ländlichen Raum verursacht, bekommen also vor allem Allgemeinarztpraxen zu spüren. Aber nicht nur, denn auch Fachärzte, die in Gebieten mit starkem Bevölkerungsrückgang praktizieren, müssen gegebenenfalls den Mangel an Fachärzten in umliegenden Gemeinden kompensieren.

4.1. Versorgungsprobleme in der Bevölkerung?

Die Menschen spüren diesen Mangel. So sagten laut einer Studie der Forschungsgruppe Wahlen in Deutschland 29 Prozent der Bewohner von Orten unter 5.000 Einwohnern, dass es zu wenig Hausärzte am Wohnort gebe. In Orten mit weniger als 20.000 Einwohnern sind noch 19 Prozent dieser Meinung und in noch größeren Orten nur noch knapp mehr als zehn Prozent. Gravierend sind auch die Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland: Nur 15 Prozent der Befragten waren in Westdeutschland der Meinung, dass es zu wenige Hausärzte am Wohnort gebe, aber 37 Prozent der Ostdeutschen.⁸

Die Versorgung mit Fachärzten scheint noch problematischer zu sein. Hier ist die Hälfte aller Einwohner von den kleineren Orten der Meinung, dass es zu wenige Fachärzte in ihrem Ort gibt. Und selbst in Orten mit 5.000 bis 20.000 Einwohnern sind immerhin noch 46 Prozent dieser Meinung. Wiederum stellt sich die Situation im Osten Deutschlands gravierender dar als im Westen: Dort sind 56 Prozent der Befragten der Meinung, dass es nicht genügend Fachärzte an ihrem Wohnort gebe. Im Westen sind es 34 Prozent.⁹

Wenn man allerdings betrachtet, wie viele der befragten Personen deswegen tatsächlich Schwierigkeiten hatten, einen Arzt zu finden, wirkt die Situation nicht

8 Kassenärztliche Bundesvereinigung/ Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld (2013): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2013. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld. Mannheim. S. 218f. http://www.kbv.de/media/sp/KBV_Tabellenband_2013_gesamt.pdf (abgerufen am 15.12.2013).

9 Ebd. S. 226f.

ganz so dramatisch: Nur fünf Prozent der Befragten hatten in Orten mit weniger als 5000 Einwohnern Probleme, einen Hausarzt zu finden, und nur sechzehn Prozent hatten Probleme, einen Facharzt zu finden.¹⁰ Trotzdem ist die Wahrnehmung der Bevölkerung auf die Zukunft bezogen richtig, denn auf Grund des hohen Altersdurchschnitts der Landärzte werden viele Praxen in den nächsten zehn Jahren schließen. Und nicht nur diese, auch Apotheken oder Physiotherapeuten dürften das Wegbrechen der Praxen spüren und gegebenenfalls ihre Dienste einstellen. Dann wird – ohne entsprechende Maßnahmen der Gegensteuerung – der wahrgenommene Mangel zu einer handfesten medizinischen Unterversorgung des ländlichen Raums.

4.2. Ärztemangel oder Verteilungsproblem?

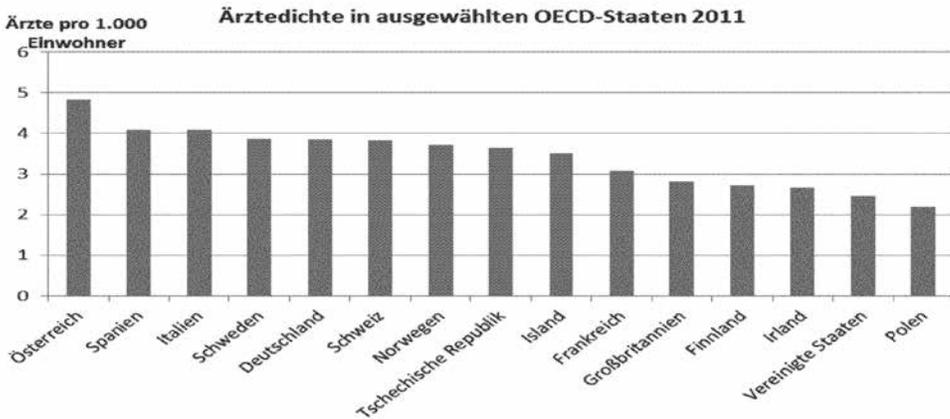
Der ländliche Ärztemangel ist in wohlhabenden Staaten meist nicht auf einen Mangel an Medizinerinnen insgesamt zurückzuführen. So wuchs in den meisten OECD-Staaten die sogenannte Ärztedichte, also die Anzahl der Ärzte pro 1000 Einwohner, kontinuierlich an. In einigen Staaten sogar um mehr als ein Drittel. In Deutschland war die Ärztedichte 2011 rund 16 Prozent höher als 2001, in Österreich wuchs die Ärztedichte in diesem Zeitraum um rund 22 Prozent.¹¹ Im Vergleich mit den anderen OECD-Staaten lag Österreich 2011 bei der Ärztedichte auf Platz 1, Deutschland immerhin noch auf Platz 5.¹² Den Zahlen nach besteht also insgesamt kein Ärztemangel, sondern es handelt sich um ein Verteilungsproblem.

Claudia Brackmeyer, Leiterin des ambulanten Pflegedienstes BeKrA im Mittelzentrum Stockach, erklärt in diesem Zusammenhang: *„In Ballungsgebieten gibt es oft so viele Ärzte, dass die Praxen dort nicht ausgelastet sind. In ländlichen Gebieten dagegen spürt man den Ärztemangel. Viele Praxen in Stockach sind überfüllt, weil es in den umliegenden Gemeinden keine Praxisnachfolge gibt, und die Ärzte sagen, sie können eigentlich keine neuen Patienten mehr aufnehmen.“* Dieses Problem wird auch im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte seit längerer Zeit beobachtet. Christoph von Kaufmann, Amtsleiter des dortigen Amtes für Raumplanung und Landesordnung, stellt die ungleiche Hausärzterverteilung im Land-

10 Ebd. S. 220f und 228f.

11 OECD StatExtracts: Health: Practising physicians: Density per 1000 population. <http://stats.oecd.org/> (abgerufen am 24.12.2013).

12 Demary, Vera/Koppel, Oliver (2013): Der Arbeitsmarkt für Humanmediziner und Ärzte in Deutschland – Zuwanderung verhindert Engpässe. IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln. 40. Jahrgang. Heft 3/2013. S. 11



Die Ärztedichte in Europa ist in den meisten Staaten recht hoch. Dabei schneiden Österreich, Deutschland, Spanien, Italien oder Schweden im Vergleich zu Großbritannien, Frankreich oder Polen sehr gut ab. Zusätzlich sind Deutschland und Österreich beliebte Einwanderungsländer für junge Mediziner und müssen sich um die nationale Gesundheitsversorgung der Zukunft keine Sorgen machen. (Datenquelle: Demary/Koppel 2013)

kreis dar: Während es in den nördlichen Gebieten eine leichte Überversorgung gibt, fehlen in den südlichen Gebieten des Landkreises mehr als 20 Hausärzte.¹³

Diese Entwicklungen sind beispielhaft für viele Regionen Europas: Wo früher eine Landarztpraxis selbstverständlich war, gibt es heute niemanden mehr, der die oft gut laufende Praxis übernehmen möchte. Hierfür gibt es verschiedene Ursachen:

Erstens: Junge Mediziner wollen in der Regel, entsprechend der lebensweltlichen Vorstellungen junger Akademiker, nicht in den ländlichen Raum und schon gar nicht in ländlich-periphere, also entlegene Gebiete ziehen. Dort werden ihre kulturellen Ansprüche nicht befriedigt, sie leben zu weit weg von Freunden, der Partner findet keine adäquate Arbeit oder es gibt keine Schulen in der Nähe, die die vorhandenen oder geplanten Kinder besuchen könnten. Sieben der acht im Rahmen der Recherchen zu diesem Artikel befragten Experten waren der Meinung,

13 Kaufmann, Christoph von (2012): Sicherung der Daseinsvorsorge am Beispiel der ambulanten Versorgung in der Region Mecklenburgische Seenplatte. Regionale Gesundheitsberichterstattung – Ergebnisse und Perspektiven für Mecklenburg-Vorpommern. Präsentation auf der regionalen Fachtagung der Hochschule Neubrandenburg am 16.03.2012. http://www.hs-nb.de/fileadmin/FB-SG/gp/downloads/homepages/Eikeles/EI_2012_Fachtagung/2012_FTNB_Kaufmann-Sicherung_der_Daseinsfuersorge_.pdf (abgerufen am 29.12.2013).

dass die Wohnortpräferenzen junger Mediziner zu den Hauptgründen gehören, warum es den Ärztemangel im ländlichen Raum gibt. Dagegen war nur die Hälfte der Experten der Meinung, dass sich junge Ärzte den Aufbau einer eigenen Praxis auf dem Land nicht leisten können. Eine Umfrage der deutschen kassenärztlichen Bundesvereinigung unter Medizinstudenten aus dem Jahr 2010 unterstützt diese These: Befragt nach den Vorstellungen zu ihren zukünftigen Arbeitsorten, antwortete rund die Hälfte der Studenten, dass Orte bis zu 5000 Einwohnern für sie „auf keinen Fall“ als Arbeitsort in Frage kämen. Umgekehrt könnten sich rund 90 Prozent gut vorstellen in Städten mit 50.000 bis 500.000 Einwohnern zu arbeiten. Es gibt also eine deutliche Präferenz in Richtung der städtischen Regionen. Zu diesem Bild passend können sich nur 16 Prozent der Befragten vorstellen, als Hausarzt auf dem Land zu praktizieren.¹⁴

Zweitens ist ein abnehmendes Interesse an der hausärztlichen Tätigkeit zu verzeichnen. So nahm in Deutschland die Anzahl der Fachärzte zwischen 1993 und 2011 um über die Hälfte zu, die Hausärzte verzeichneten dagegen einen Rückgang von rund neun Prozent.¹⁵ In Österreich wuchs zwar sowohl die Anzahl der Allgemeinmediziner als auch die der Fachmediziner, allerdings verzeichneten letztere zwischen 1995 und 2010 einen Zuwachs um 74 Prozent, während die Allgemeinärzte nur um 32 Prozent zunahmen.¹⁶ Wenn auch das Interesse an Allgemeinmedizin sowohl in Deutschland als auch in Österreich recht hoch ist, so muss doch in Zukunft darauf geachtet werden, dass die Anzahl an Allgemeinmedizinern nicht kontinuierlich sinkt – und das geografische Verteilungsproblem damit eine weitere Verschärfung erfährt.

Drittens gibt es eine Diskrepanz zwischen Anerkennungen und Niederlassungen als Hausarzt. Das heißt, jedes Jahr werden mehr Anerkennungen vergeben als es Niederlassungen gibt. Auch wenn dies auf ein Jahr bezogen normal ist, müssten sich die Zahlen über die Jahre doch ausgleichen. Da dies nicht geschieht, entsteht langfristig – trotz einer mehr oder weniger ausreichenden Anzahl an anerkannten Allgemeinmedizinern – ein Mangel an Hausarztpraxen. Ein Grund hierfür sind die weiblichen Medizinerinnen. Bei ihnen ist die Diskrepanz zwischen Anerkennung

-
- 14 Jacob, Rüdiger/ Heinz, Andreas (2010): Berufsmonitoring Medizinstudenten: Bundesweite Befragung 2010. Präsentation zum Pressegespräch in Berlin am 20.09.2010. http://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudenten_BerlinKBV21_9_2010.pdf (abgerufen am 29.12.2013).
- 15 Gerlach, Ferdinand (2013): Miteinander statt Gegeneinander. Regionale Gesundheitsnetze in einer Gesellschaft des längeren Lebens. S. 7 https://hsm.hessen.de/sites/default/files/prof._gerlach_praesentation.pdf (abgerufen am 30.12.2013).
- 16 Gesundheit Österreich GmbH (2012): Ärztinnen und Ärzte: Bedarf und Ausbildungsstellen. 2010 bis 2030. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH. Wien. S. XIII. http://images.derstandard.at/2012/07/20/bedarfsstudie_2012.pdf (abgerufen am 13.01.2014).

und Niederlassung größer als bei ihren männlichen Kollegen. Thomas Kopetsch vermutet, *„dass sich viele Ärztinnen für Allgemeinmedizin deswegen nicht niederlassen, da die Rahmenbedingungen eine gleichzeitige Vertragsarztstätigkeit und ein Familienleben nicht zulassen.“*¹⁷ Dies bestätigt auch Claudia Brackmeyer: *„Viele Ärztinnen sind ausgebildet, aber gar nicht im Beruf. Ihnen fehlen die Möglichkeiten, in Teilzeit zu arbeiten oder ihre Arbeitszeiten flexibel zu gestalten, um den Beruf mit der Familie zu vereinbaren. Dort, wo es solche Möglichkeiten gibt, können Ärztinnen in die Versorgung integriert werden.“* Da inzwischen rund zwei Drittel der Medizinstudenten in Deutschland und über die Hälfte der Medizinstudenten in Österreich weiblich sind – mit steigender Tendenz –, werden solche Faktoren stark an Bedeutung gewinnen. Aber gerade der ländliche Raum steht diesbezüglich viel schlechter da als urbane Regionen. Erstens ist es hier schwieriger, die geeignete Betreuungsinfrastruktur für Kinder zu finden. Und zweitens ist es wegen der mangelnden Beliebtheit des ländlichen Raums unwahrscheinlich, einen Teilhaber für die Praxis zu finden, mit dem man sich die Arbeitszeit aufteilen könnte. Diese Tatsache bereitet auch der Österreichischen Ärztekammer Sorgen: *„Für eine Landarztstelle erwärmen sich nach wie vor eher männliche Jungärzte, doch genau diese Gruppe wird kleiner, während der Frauenanteil in der Medizin rapide steigt. Die Zukunft der Landmedizin wird daher ganz wesentlich davon abhängen, ob es gelingt, Frauen für diese Tätigkeit zu gewinnen.“*¹⁸

17 Kopetsch, Thomas (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztlzahlentwicklung. 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage. Bundesärztekammer/ Kassenärztliche Bundesvereinigung. Berlin. S. 63. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie_03092010.pdf (abgerufen am 29.12.2013).

18 Österreichische Ärztekammer vom 27.02.2013: Landmedizin in Österreich – Aktuelle Situation und Zukunft. <http://www.aerztekammer.at/medizin> (abgerufen am 03.01.2013).

5. Die Folgen rückläufiger Gesundheitsdienstleistungen für den ländlichen Raum

Für die Entwicklung des ländlichen Raums bedeutet das Wegbrechen der Arztpraxen Schwierigkeiten auf zwei Ebenen: Die Wege zu Gesundheitsdienstleistungen werden für Landbewohner immer weiter und somit auch teurer. Auf Grund der demografischen Alterung wird der Weg zudem für viele Menschen beschwerlicher. Schließlich können einige ältere Menschen nicht mehr Auto, geschweige denn Fahrrad fahren oder längere Strecken zu Fuß zurücklegen. Schon der Weg zur nächsten Bushaltestelle ist für viele eine Herausforderung.

Obwohl junge Menschen diese Probleme in der Regel nicht haben, nehmen auch sie den Mangel wahr. Vor allem dann, wenn der bisher nahe gelegene Arzt, der kurze Wartezeiten hatte, durch eine vollere Arztpraxis in der Stadt ersetzt werden muss. Dann zeigt sich, wie viel höher der Organisationsaufwand mit weit entfernten Infrastrukturen im Alltag ist. Dazu kommen weitere Schwierigkeiten, wie etwa schwer erreichbare Fachärzte oder Hebammen, ganz zu schweigen von Psychologen oder Selbsthilfegruppen, die oft nur im nächsten Oberzentrum zu finden sind.

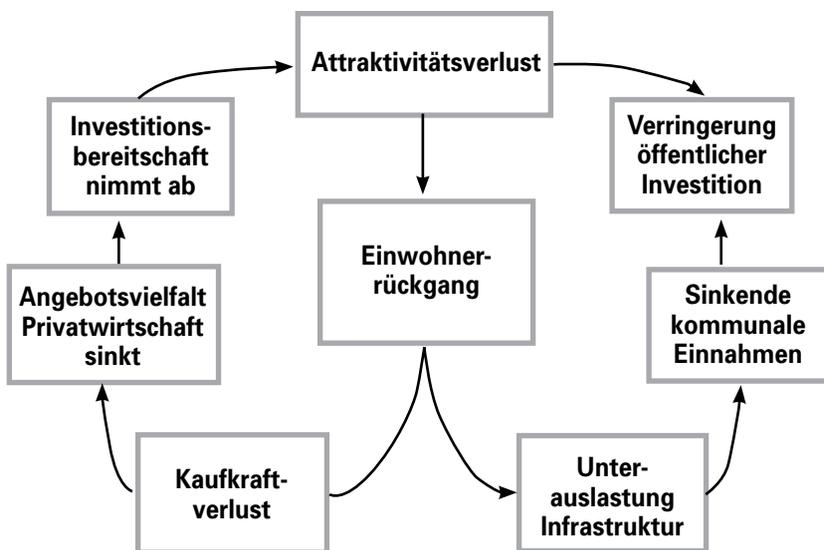
Schließlich tragen die wegbrechenden Gesundheitsdienstleistungen einen großen Teil zum „Teufelskreis des Schrumpfens“ bei. Insbesondere in älter werdenden Gesellschaften, in denen die Menschen immer stärker auf Ärzte, Notfallretung und Pflegedienste angewiesen sind, legen viele großen Wert auf die Nähe von gut ausgebauten Gesundheitsinfrastrukturen und verlassen die ländlichen Räume, wenn sie die Möglichkeit dazu haben. In Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen wurde dieses Phänomen schon beobachtet. Allerdings weniger auf Grund der rein ärztlichen Versorgung, sondern für eine gesundheitliche „Rundum-Versorgung“ mit Ärzten, Pflegediensten und betreutem Wohnen. In Mecklenburg-Vorpommern zeigte eine Umfrage, dass rund 38 Prozent der über 65-Jährigen bereit wäre, für eine bessere Wohnsituation, infrastrukturelle Versorgung oder mehr Nähe zu Verwandten umzuziehen.¹⁹ Viele haben jedoch aus finanziellen Gründen nicht die Möglichkeit, dies zu tun. Vor allem für diejenigen, die

¹⁹ Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ (2013): Grundlagenexpertise „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern“. Teil B: Bewertung der aktuellen Strukturen und Rahmenbedingungen vor dem Hintergrund der zukünftigen Herausforderungen. Überarbeiteter Endbericht. Kuratorium Deutsche Altershilfe Köln. S. 57f

eine – oft wertlose – Immobilie im ländlichen Raum besitzen, ist es kaum möglich, sich eine – oft teure – Wohnungsmiete in der nächsten größeren Stadt zu leisten.

Das Netzwerk Gesundheitsregion Euregio macht die Erfahrung, dass eine gute Gesundheitsversorgung vor Ort auch ein wirtschaftlicher Standortfaktor ist. So heißt es in der Veranstaltungseinladung zum Thema Landärzte: „In aktuellen Umfragen zählen viele Unternehmer die medizinische Versorgung vor Ort zu den zentralen Standortfaktoren. Unternehmen können ihren Personalbedarf nur schwer decken, wenn die medizinische Infrastruktur unzureichend ist. Gleichzeitig verlangt qualifiziertes medizinisches Personal eine attraktive Infrastruktur im ländlichen Raum. Ein Teufelskreis!“²⁰

Bevölkerungsrückgang verursacht Bevölkerungsrückgang: Der Teufelskreis des Einwohnerrückgangs nach Hahne



Bevölkerungsrückgang zieht in der Regel weiteren Bevölkerungsrückgang nach sich: Kaufkraftverlust und Unterauslastung der Infrastruktur verursachen sinkende Einnahmen und einen Investitionsrückgang sowohl im öffentlichen als auch im privaten Bereich. Die daraus resultierenden Attraktivitätsverluste verursachen weitere Bevölkerungsrückgänge und negative Folgen für die Infrastrukturen. (Grafik: Hahne 2010)

20 Einladung zum Gesundheitsforum am 8. November 2013 in Greven: „Landarzt gesucht! Die medizinische Versorgung als Standortfaktor“. http://www.gesundheitsregion-euregio.eu/fileadmin/gr-euregio/redakteure/veranstaltungen/2013-11-08_Landarzt_gesucht_FMO/Flyer_Landarzt_gesucht_GR_EUREGIO.pdf (abgerufen am 02.01.2014).

6. Die Landmedizin der Zukunft

Der Handlungsdruck ist hoch und auch das Bewusstsein für die Problematik ist mittlerweile bei vielen Akteuren vorhanden. Dies zeigen Initiativen, Modellprojekte und Gesetze, mit denen ländliche Gesundheitsdienstleistungen gefördert werden. Drei Beispiele: Die Europäische Union unterstützt die Telemedizin, bei der medizinische Leistungen wie Diagnosen oder Rezepte mit Hilfe von Datenübertragung erstellt werden.²¹ Die österreichischen Ärztekammern schlossen sich im September zu einer gemeinsamen Presseerklärung zusammen, in der sie unter anderem höhere Vergütungen, flexiblere Arbeitszeiten und die Möglichkeit neuer Kooperationsformen für Landärzte fordern.²² Und in Deutschland gibt es seit 2012 das neue Versorgungsstrukturgesetz: Kleinere Planungsbereiche, Zuschläge für unterversorgte Gebiete, die Aufhebung der Residenzpflicht, Delegation von Aufgaben an nichtärztliche Fachkräfte und weitere Erleichterungen sollen dafür sorgen, dass sich Ärzte wieder im ländlichen Raum ansiedeln.²³

Bisher spürt die große Mehrheit der Menschen auf dem Land jedoch nicht viel von den Initiativen, denn häufig sind es Modellprojekte, die in einzelnen Regionen mit viel Aufwand und hoher finanzieller Unterstützung ins Leben gerufen werden. Es ist jetzt Aufgabe der Gesundheitsdienstleister und der Gebietskörperschaften, funktionierende Modelle in die Fläche zu tragen und gemeinsam mit lokalen Akteuren und jungen Ärzten angepasste Lösungen zu etablieren.

Ein gut angenommenes Modellprojekt wurde inzwischen in Deutschland in die Regelversorgung integriert. Was anfangs als „Gemeindeschwestern“ in einzelnen Kommunen gestartet wurde, heißt inzwischen „nichtärztliche Praxisassistenten“ und kann in ganz Deutschland in „unterversorgten“ Gebieten eingesetzt werden. Die Assistenten fahren zu den Patienten und führen dort Routineuntersuchungen durch, welche normalerweise der Arzt macht. Damit ersparen sie sowohl dem Arzt als auch dem Patienten so manchen Weg. Allerdings muss ein Gebiet zuvor von einem zuständigen Ausschuss als „unterversorgt“ definiert werden, damit die Praxisassistenten eingesetzt werden dürfen. Angesichts der großen

21 European Commission (2013): Pressemitteilung vom 04.12.2013: „State aid: Commission approves aid for innovative medical services in remote areas of Saxony“. http://europa.eu/rapid/press-release_IP-13-1206_en.htm (abgerufen am 03.01.2014).

22 Österreichische Ärztekammer (2013): News: Pressemitteilung vom 11.09.2013: „Landmedizin: Die ärztliche Versorgung sichern!“ <http://www.aerztekammer.at/news3> (abgerufen am 20.12.2013).

23 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012): Politik: Versorgungsstrukturgesetz: Welche Auswirkungen haben die neuen Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung? <https://www.kbv.de/39452.html> (abgerufen am 03.01.2014.)

Unterschiede, die sich bei der Versorgungslage oft schon von Dorf zu Dorf feststellen lassen, ist es aber nicht immer möglich, Unterversorgung genau genug festzustellen. Zudem können in einer alternden Gesellschaft die Praxisassistenten nicht nur auf dem Land wichtige Dienste leisten. Schließlich werden bei älteren Menschen immer mehr Routineuntersuchungen notwendig und der Weg zu einer Arztpraxis ist für sie auch in der Stadt oft beschwerlich.

Doch selbst die Praxisassistenten können nur in einem begrenzten geografischen und medizinischen Rahmen agieren. Es führt also kein Weg daran vorbei, dass versucht werden sollte, eine gewisse Anzahl an Arztpraxen in ländlichen Räumen zu halten. Hier gab es in Deutschland in den letzten Jahren viele Vorstöße, insbesondere von den kassenärztlichen Vereinigungen: So gibt es inzwischen fast überall Praxisbörsen, mit denen ländliche Praxen an Nachfolger übermittelt werden sollen, die Allgemeinmedizin wird mit Stipendien und Programmen unterstützt und es werden Verträge mit Kommunen zur Ansiedlung von Ärzten geschlossen.²⁴ Auch auf Bundesländerebene nimmt man sich des Problems an: So hat etwa Bayern ein rund 15 Millionen schweres Förderprogramm zur Förderung der Landmedizin gestartet, das wegen der großen Nachfrage von Gebieten „mit besonderem Nachwuchsbedarf“ auf alle Gebiete ausgeweitet wurde, die nicht wegen Überversorgung für die Niederlassung von Hausärzten gesperrt sind.²⁵

Soll die Landmedizin gefördert werden, scheint die Unterstützung bei der Eröffnung einer Praxis am wichtigsten zu sein. So gilt unter Medizinstudenten die „Verringerung des bürokratischen Aufwandes vor Praxiseröffnung“ als wichtigstes Angebot bei einer Niederlassung. An zweiter Stelle kommt die Unterstützung für die Familie des Arztes (beim Umzug in den ländlichen Raum), also etwa die Bereitstellung eines Arbeitsplatzes für den Partner oder von günstigem Wohnraum. Erst auf Platz drei kommen finanzielle Anreize.²⁶ Wenn also die Kommunen den ersehnten Arzt bei der Einrichtung und Eröffnung seiner Praxis unterstützen und seiner Familie ein attraktives Wohnumfeld bieten, könnte dies durchaus Ärzte anlocken. Dies bestätigt auch eine Umfrage unter Ärzten der Mediziner-Community Coliquio. Hier antworteten rund 62 Prozent der Befragten, dass die Unterstützung durch die Kommune wichtig sei, höhere Honorare sahen dagegen nur

24 Kassenärztliche Bundesvereinigung: Themen A–Z: Ärztemangel.
<https://www.kbv.de/37305.html> (abgerufen am 03.01.2014)

25 Ärzte Zeitung vom 05.08.2013: Mehr Förderung zur Niederlassung.
http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/843373/bayern-foerderung-niederlassung.html (abgerufen am 03.01.2014).

26 Jacob, Rüdiger/ Heinz, Andreas (2010): Berufsmonitoring Medizinstudenten: Bundesweite Befragung 2010. Präsentation zum Pressegespräch in Berlin am 20.09.2010. S. 31. http://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudenten_BerlinKBV21_9_2010.pdf (abgerufen am 29.12.2013).

rund 51 Prozent als Anreiz, eine Landarztpraxis zu betreiben.²⁷ Diese Aussagen decken sich auch mit den Angaben der im Rahmen des Artikels befragten Experten: Sechs von acht Befragten sahen die Bereitstellung von Praxisräumen als wirksames Instrument, dem Ärztemangel zu begegnen. Dabei gibt Christina Pfeiffer (Ministerium für Energiewende, Landwirtschaft, Umwelt und ländliche Räume des Landes Schleswig-Holstein), Koordinatorin des Projektes „MarktTreff Schleswig-Holstein“, jedoch zu bedenken, dass die Arztsuche oft längere Zeit in Anspruch nimmt und etwa zwei Jahre bevor ein Arzt in Rente geht, Gemeinde und Arzt in Abstimmung mit anderen geeigneten Stellen, wie zum Beispiel Landkreisen, Kliniken, Universitäten und Kassenärztlichen Vereinigungen, mit Maßnahmen zur Nachbesetzung der Praxis beginnen sollten.

So positiv viele der Projekte und Programme zu bewerten sind: Letztlich hängt die Zukunft der Landmedizin an den jungen Ärzten. Sie sind es, die die Entscheidung treffen, ob sie sich auf dem Land niederlassen oder in der Stadt. Wer das urbane Leben mit seinen kulturellen Angeboten schätzt oder einen Partner hat, der kaum außerhalb städtischer Regionen Arbeit findet, den werden auch gut ausgebaute Betreuungsinfrastrukturen oder ausreichende Einkaufsmöglichkeiten nicht aufs Land locken.

Ferner wird es angesichts der Bevölkerungsrückgänge und der knappen Kassen in den ländlichen Kommunen sowieso kaum möglich sein, die Lebensbedingungen auf dem Land so zu verbessern, wie viele sich dies vorstellen. Die demografisch schrumpfenden ländlichen Räume werden keinen Ausbau der Infrastruktur mehr erfahren. Vielmehr müssen sich die Menschen dort auf die weitere Schließung von Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, die fortlaufende Stilllegung von Bushaltestellen und Bahnlinien oder den Abbau von Leitungen einstellen. Dies werden auch Anreizprogramme für junge Ärzte nicht ändern. Der Politiker Harald Terpe drückt es so aus: „*Es ist nicht realistisch, dass man wegen Ihnen einen Kindergarten baut.*“²⁸

27 Ärzte Zeitung vom 26.02.2013: Landarztsuche. Nicht nur Bares lockt Ärzte aufs Land. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/landarzt-gesucht/article/834219/landarztsuche-nicht-nur-bares-lockt-aerzte-aufs-land.html?sh=2&h=-400943774 (abgerufen am 15.12.2013).

28 Ärzte Zeitung vom 05.08.2013: Ärzte aufs Land. Die Suche nach den Argumenten. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/landarzt-gesucht/article/842828/aerzte-aufs-land-suche-nach-argumenten.html?sh=1&h=-400943774 (abgerufen am 15.12.2013).

6.1. Kooperation, Kommunikation und Mobilität

Um die medizinische Infrastruktur auf dem Land zu fördern, müssen wir also neben der klassischen Unterstützung bei der Niederlassung ganz neue Wege beschreiten. Besondere Bedeutung haben dabei neuartige Kooperationsformen:

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

Im MVZ sind sowohl Allgemein- als auch Fachärzte unter einem Dach vereint. Die Mediziner sind im MVZ angestellt oder praktizieren dort auf Honorarbasis. Insbesondere Fachärzte werden je nach Bedarf oft nur für einzelne Tage in der Woche in das MVZ geholt. Dies bietet die Chance, auch sektorenübergreifend zu arbeiten, also in Zusammenarbeit mit Krankenhäusern oder Fachkliniken. Das MVZ hat sowohl für die Ärzte als auch für die Patienten Vorteile. Die Ärzte genießen die Sicherheiten eines Angestelltenverhältnisses. Insbesondere für junge Mediziner ist dies offenbar attraktiv. So steht die Arbeit in einem MVZ an dritter Stelle auf der Beliebtheitskala nach Arzt im Krankenhaus und Facharzt in eigener Praxis.²⁹ Für die Patienten bietet das MVZ den Vorteil, dass viele Leistungen unter einem Dach vereint sind und dass sie ein breites Angebot an Fachspezialisten in ihrer Nähe vorfinden.

Zweigpraxis

Ein Arzt kann neben seiner Hauptpraxis eine Zweigpraxis betreiben. Das heißt, er baut in einem anderen Ort eine zweite Praxis auf. Dies muss allerdings genehmigt werden. Voraussetzung für die Genehmigung ist, dass die Versorgung am Hauptsitz nicht beeinträchtigt wird und dass durch die Zweigpraxis eine Verbesserung der Versorgungssituation erreicht wird.³⁰ Oftmals ist es für einen Arzt nicht lohnenswert, eine Zweigpraxis aufzubauen. Schließlich braucht diese eine gute Ausstattung, die auch finanziert werden will. Allerdings können Zweigpraxen aus einem MVZ heraus organisiert werden. Dies wiederum reduziert das finanzielle Risiko für die Ärzte und bietet zudem die Möglichkeit, mehrere Zweigpraxen in der Region des MVZs bedarfsgerecht einzurichten.³¹ Oder aber eine Landarztpraxis,

29 Jacob, Rüdiger/ Heinz, Andreas (2010): Berufsmonitoring Medizinstudenten: Bundesweite Befragung 2010. Präsentation zum Pressegespräch in Berlin am 20.09.2010. S. 14. http://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudenten_BerlinKBV21_9_2010.pdf (abgerufen am 29.12.2013).

30 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2007): Das Vertragsrechtsänderungsgesetz – Chancen durch Vielfalt. Beilage zum Deutschen Ärzteblatt vom 30.03.2007. S. 7. http://www.kvberlin.de/20praxis/70themen/vaendg/vaendg_broschuere_kbv.pdf (abgerufen am 04.01.2014)

31 Freiberg, Lutz (2008): MVZ Belzig: fachübergreifend, teamorientiert, patientenfreundlich. In: LandInForm. Magazin für Ländliche Räume. Nr. 4. Deutsche Vernetzungsstelle Ländliche Räume. Bonn. S. 27.

die keinen Nachfolger hat, kann als Zweigpraxis zu günstigen Bedingungen übernommen werden. Dieses Modell fand im Ort Steinbergkirche in Schleswig-Holstein Anwendung. Dort übernahm der Arzt Gülcan-Mülligans aus Norgaardholz die Praxis samt der dort beschäftigten medizinischen Fachangestellten.³²

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Die BAG oder auch Gemeinschaftspraxis bedeutet, dass sich zwei oder mehr Ärzte die Verantwortung für eine Praxis teilen. Dies bietet den Vorteil, dass die Arbeitszeiten flexibler gestaltet werden können und das finanzielle Risiko auf mehrere Schultern verteilt wird. Dies ist insbesondere für junge Ärzte attraktiv. So zeigt die Studentenbefragung, dass sich 40 Prozent lieber in einer Gemeinschaftspraxis niederlassen würden, nur 4 Prozent bevorzugen eine Einzelpraxis, 56 Prozent können sich beides vorstellen.³³

Filialärztegemeinschaft

Eine Filialärztegemeinschaft ist eine Mischung aus BAG und Zweigpraxis. Dabei schließen sich mehrere Ärzte zusammen und betreiben gemeinsam eine Praxis, in der diverse allgemein- und fachärztliche Leistungen tages- oder stundenweise angeboten werden. Keiner der Ärzte hat dabei seinen Hauptsitz in der Praxis. Dieses relativ neue Modell ist noch nicht weit verbreitet, hat aber hohes Potenzial. Schließlich können alle Ärzte in der nächsten größeren Stadt wohnen und dort auch ihre Hauptpraxis betreiben und gleichzeitig ohne viel Aufwand einen Teil zur Sicherung der ländlichen Versorgung beitragen. Die Landbewohner ihrerseits müssen sich daran gewöhnen, dass jeden Tag ein anderer Arzt da ist. In der Filialärztegemeinschaft Schladen wird dieses Modell von der Bevölkerung bisher gut angenommen – es ist schließlich auch die bessere Alternative zur vorherigen Situation, in der es überhaupt keine Arztpraxis mehr gab.³⁴

32 Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) (2013): Ambulante Versorgung in Schleswig-Holstein. Newsletter Ausgabe 2/2013.

33 Jacob, Rüdiger/ Heinz, Andreas (2010): Berufsmonitoring Medizinstudenten: Bundesweite Befragung 2010. Präsentation zum Pressegespräch in Berlin am 20.09.2010. S. 16. http://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudenten_BerlinKBV21_9_2010.pdf (abgerufen am 29.12.2013).

34 Niedersächsischer Gesundheitspreis (2011). Broschüre der Preisträger. Verbesserung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Strukturen am Beispiel der Filialärztegemeinschaft Schladen. S. 23f. <http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Nds-Gesundheitspreis-Broschuere-2011.pdf> (abgerufen am 04.01.2014).

7. Reicht das?

Wahrscheinlich können aber auch die neuartigen Kooperationsformen den Ärztemangel auf dem Land nicht vollständig beheben. Gibt es weitere Lösungen, die für den ländlichen Raum geeignet sind?

Eine viel beschworene Option ist die Anwerbung ausländischer Ärzte in ländliche Kommunen. Die hohen Zuwanderungsraten ausländischer Ärzte sowohl nach Deutschland als auch nach Österreich zeigen die Beliebtheit der beiden Länder. Allerdings gibt es insbesondere beim Betreiben einer Landpraxis oft sprachliche Hürden. Wo die Anstellung ausländischer Ärzte in Krankenhäusern nicht unbedingt problematisch ist, da die Kollegen bei Übersetzungsschwierigkeiten aushelfen können, hat es ein ausländischer Arzt ohne ausgezeichnete Deutschkenntnisse im ländlichen Raum in der Regel schwer. Denn hier geht es oft um die Kommunikation mit älteren Menschen. Diese sprechen häufig starken Dialekt oder hören nicht besonders gut. Sprachbarrieren können in solchen Fällen leicht zu Fehldiagnosen führen.

Eine weitere Möglichkeit, Ärzte in den ländlichen Raum zu bringen, ist die Verpflichtung von jungen Medizinerinnen, eine Zeit lang im ländlichen Raum zu praktizieren. In Dänemark müssen junge Mediziner nach dem Studium beispielsweise ein Jahr lang im ländlichen Raum praktizieren und damit ihren Soll zur ländlichen Versorgung leisten. Ähnliches wurde auch in Deutschland diskutiert, aber schon die Idee, junge Mediziner nur für ein Vierteljahr in den ländlichen Raum zu schicken, löste unter den Studenten große Proteste aus.³⁵ Erfolgversprechender könnte da ein Stipendium für Studenten sein, wie ein Modell aus Sachsen zeigt. Hans-Georg Helm erklärt: *„Der Deal ist einfach: Die Mediziner bekommen Unterstützung für das tägliche Leben und eine Startchance in einer Landarztpraxis. Dort müssen sie aber mindestens vier Jahre bleiben.“*³⁶ Auch die kassenärztliche Vereinigung des Landes Schleswig-Holstein versucht über finanzielle Anreize junge Mediziner in den ländlichen Raum zu bewegen: Studierende, die ihr allgemeinmedizinisches Blockpraktikum in einer Landarztpraxis in Schleswig-Holstein absolvieren, bekom-

35 Ueberfeld, Christoph (2012): 400 Mediziner formen riesiges „Nein!“ gegen Landarzt-Station. In: Münstersche Zeitung online vom 09.05.2012. <http://www.muensterschezeitung.de/staedte/muenster/400-Mediziner-formen-riesiges-Nein-gegen-Landarzt-Station;art993,1640790> (abgerufen am 04.01.2014).

36 Röhrs, Kristina (2012): Warten, bis der Landarzt kommt. In: Stormarner Tageblatt vom 16.03.2012. <http://www.shz.de/lokales/stormarner-tageblatt/warten-bis-der-landarzt-kommt-id132480.html> (abgerufen am 04.01.2014).

men einen Fahrtkostenzuschuss. Dieser wurde bisher an mehr als 260 Studenten aus Kiel, Lübeck und Hamburg ausgezahlt.³⁷

Eine Untersuchung unter Ärzten in Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin zeigte, dass diejenigen Mediziner, die selbst aus dem ländlichen Raum stammen, sich eher eine Niederlassung im ländlichen Raum vorstellen können als andere.³⁸ Allerdings ist eine Bevorzugung von Studienplatzbewerbern auf Grund ihrer regionalen Herkunft kaum durchsetzbar. Zudem ist es mehr als unsicher, inwieweit dies tatsächlich die Zukunft der Landmedizin unterstützen würde.

Letztlich muss akzeptiert werden, dass es wohl Gegenden geben wird, in denen sich kein Arzt mehr niederlassen möchte und die weit weg von einem MVZ oder einer Zweigpraxis liegen. In solchen Fällen kann nur noch die Telemedizin einen Ersatz bieten. Mit den heutigen technischen Möglichkeiten ist es bei einigen Krankheitsbildern ohne Probleme möglich, elektronisch eine Ferndiagnose zu erstellen und ein Rezept zu übermitteln. Beliebt ist die Telemedizin auch bei der Überwachung von Patienten. So gibt es etwa Geräte, die den Blutdruck oder den Augeninnendruck messen und die Daten an die Praxis übermitteln. Diese Techniken könnten die Strukturen der Gesundheitsdienstleistungen revolutionieren. Sechs der acht befragten Experten waren dementsprechend der Meinung, dass die Telemedizin für die Versorgung des ländlichen Raums hohes Potenzial hat.

Ist auch die Telemedizin keine Option, weil etwa die Verbindungen zu schlecht sind, weil die Technik nicht ausgereift genug ist oder aber, weil die Patienten die Technik nicht bedienen können, werden wohl immer mehr ältere Menschen den ländlichen Raum verlassen und besseren Gesundheitsstrukturen in dichter besiedelten Gegenden hinterherziehen.

37 Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) (2013): Ambulante Versorgung in Schleswig-Holstein. Newsletter Ausgabe 2/2013.

38 Steinhäuser, Jost/ Joos, Stefanie/ Szecsenyi, Joachim/ Götz, Katja (2013): Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen? In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin. Deutscher Ärzte-Verlag. 89 (1). S. 10-15. http://www.online-zfa.de/media/article/2013/01/787ECA7D-5266-458B-BC5E-CDF35A73A91F/787ECA7D5266458BBBC5ECD35A73A91F_steinhaeuser_laendlicher_raum_1_original.pdf (abgerufen am 04.01.2014).

8. Literaturverzeichnis

- Ärzte Zeitung vom 26.02.2013: Landarztsuche. Nicht nur Bares lockt Ärzte aufs Land. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/landarzt-gesucht/article/834219/landarztsuche-nicht-nur-bares-lockt-aerzte-aufs-land.html?s-h=2&h=-400943774 (abgerufen am 15.12.2013).
- Ärzte Zeitung vom 05.08.2013: Ärzte aufs Land. Die Suche nach den Argumenten. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/landarzt-gesucht/article/842828/aerzte-aufs-land-suche-nach-argumenten.html?sh=1&h=-400943774 (abgerufen am 15.12.2013).
- Ärzte Zeitung vom 05.08.2013: Mehr Förderung zur Niederlassung. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/843373/bayern-foerderung-niederlassung.html (abgerufen am 03.01.2014).
- Demary, Vera/Koppel, Oliver (2013): Der Arbeitsmarkt für Humanmediziner und Ärzte in Deutschland – Zuwanderung verhindert Engpässe. IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln. 40. Jahrgang. Heft 3/2013.
- Einladung zum Gesundheitsforum am 8. November 2013 in Greven: „Landarzt gesucht! Die medizinische Versorgung als Standortfaktor“. http://www.gesundheitsregion-euregio.eu/fileadmin/gr-euregio/redakteure/veranstaltungen/2013-11-08_Landarzt_gesucht_FMO/Flyer_Landarzt_gesucht_GR_EUREGIO.pdf (abgerufen am 02.01.2014).
- Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ (2013): Grundlageneexpertise „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern“. Teil B: Bewertung der aktuellen Strukturen und Rahmenbedingungen vor dem Hintergrund der zukünftigen Herausforderungen. Überarbeiteter Endbericht. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln.
- European Commission (2013): Pressemitteilung vom 04.12.2013: „State aid: Commission approves aid for innovative medical services in remote areas of Saxony“. http://europa.eu/rapid/press-release_IP-13-1206_en.htm (abgerufen am 03.01.2014).
- Freiberg, Lutz (2008): MVZ Belzig: fachübergreifend, teamorientiert, patientenfreundlich. In: LandInForm. Magazin für Ländliche Räume. Nr. 4. Deutsche Vernetzungsstelle Ländliche Räume. Bonn.
- Gerlach, Ferdinand (2013): Miteinander statt Gegeneinander. Regionale Gesundheitsnetze in einer Gesellschaft des längeren Lebens. https://hsm.hessen.de/sites/default/files/prof._gerlach_praesentation.pdf (abgerufen am 30.12.2013).
- Gesundheit Österreich GmbH (2012): Ärztinnen und Ärzte: Bedarf und Ausbildungsstellen. 2010 bis 2030. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH. Wien. S. XIII. http://images.derstandard.at/2012/07/20/bedarfsstudie_2012.pdf (abgerufen am 13.01.2014).
- Hahne, Ulf (2010): Wertverlust und Eigenheim – Motivation und Ortsbindung. In: Bundesverband für Wohnen und Stadtentwicklung e.V.: Forum Wohnen und Stadtentwicklung. Ausgabe 1. Januar – Februar 2010.

- Jacob, Rüdiger/ Heinz, Andreas (2010): Berufsmonitoring Medizinstudenten: Bundesweite Befragung 2010. Präsentation zum Pressegespräch in Berlin am 20.09.2010. http://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudenten_BerlinKBV21_9_2010.pdf (abgerufen am 29.12.2013).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2007): Das Vertragsrechtsänderungsgesetz – Chancen durch Vielfalt. Beilage zum Deutschen Ärzteblatt vom 30.03.2007. http://www.kvberlin.de/20praxis/70themen/vaendg/vaendg_broschuere_kbv.pdf (abgerufen am 04.01.2014).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012): Politik: Versorgungsstrukturgesetz: Welche Auswirkungen haben die neuen Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung? <https://www.kbv.de/39452.html> (abgerufen am 03.01.2014).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung: Themen A–Z: Ärztemangel. <https://www.kbv.de/37305.html> (abgerufen am 03.01.2014).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung/ Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld (2013): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2013. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld. Mannheim. http://www.kbv.de/media/sp/KBV_Tabellenband_2013_gesamt.pdf (abgerufen am 15.12.2013).
- Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) (2013): Ambulante Versorgung in Schleswig-Holstein. Newsletter Ausgabe 2/2013.
- Kaufmann, Christoph von (2012): Sicherung der Daseinsvorsorge am Beispiel der ambulanten Versorgung in der Region Mecklenburgische Seenplatte. Regionale Gesundheitsberichterstattung – Ergebnisse und Perspektiven für Mecklenburg-Vorpommern. Präsentation auf der regionalen Fachtagung der Hochschule Neubrandenburg am 16.03.2012. http://www.hs-nb.de/fileadmin/FB-SG/gp/downloads/homepages/Elkeles/El_2012_Fachtagung/2012_FTNB_Kaufmann-Sicherung_der_Daseinsvorsorge_.pdf (abgerufen am 29.12.2013).
- Klingholz, Reiner/Kröhnert, Steffen/Karsch, Margret/Kuhn, Eva (2011): Die Zukunft der Dörfer. Zwischen Stabilität und demografischem Niedergang. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Berlin.
- Klingholz, Reiner/ Kuhn, Eva (2013): Vielfalt statt Gleichwertigkeit. Was Bevölkerungsrückgang für die Versorgung ländlicher Regionen bedeutet. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Berlin.
- Kopetsch, Thomas (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztlentwicklung. 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage. Bundesärztekammer/ Kassenärztliche Bundesvereinigung. Berlin. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie_03092010.pdf (abgerufen am 29.12.2013).
- Niedersächsischer Gesundheitspreis (2011). Broschüre der Preisträger. Verbesserung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Strukturen am Beispiel der Filialärztergemeinschaft Schladen. <http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Nds-Gesundheitspreis-Broschuere-2011.pdf> (abgerufen am 04.01.2014).

- OECD StatExtracts: Health: Practising physicians: Density per 1000 population. <http://stats.oecd.org/> (abgerufen am 24.12.2013).
- Österreichische Ärztekammer vom 27.02.2013: Landmedizin in Österreich - Aktuelle Situation und Zukunft. <http://www.aerztekammer.at/medizin> (abgerufen am 03.01.2013).
- Österreichische Ärztekammer vom 11.09.2013: „Landmedizin: Die ärztliche Versorgung sichern!“ <http://www.aerztekammer.at/news3> (abgerufen am 20.12.2013).
- Presskonferenz der Ärztekammer für Oberösterreich am 08.08.2013 zur Initiative „Landmedizin: Die ärztliche Versorgung sichern!“ http://www.aekoee.or.at/cms/fileadmin/AErztekammer/Presse__konferenzen__FILES/Landmedizin_PKU_end.pdf (abgerufen am 15.12.2013).
- Röhrs, Kristina (2012): Warten, bis der Landarzt kommt. In: Stormarner Tageblatt vom 16.03.2012. <http://www.shz.de/lokales/stormarner-tageblatt/warten-bis-der-landarzt-kommt-id132480.html> (abgerufen am 04.01.2014).
- Statistik Austria (2013): Jahresdurchschnittsbevölkerung 1995 bis 2012 nach NUTS-Regionen. www.statistik.at (abgerufen am 19.12.2013).

Mag. Katharina Riedler

*Gesundheitsökonomie, Linzer Institut
für Gesundheitssystem-Forschung*

Befragung: Der niedergelassene Land(Arzt) – vom Aussterben bedroht?

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in diesem Beitrag die männliche Form verwendet, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.

1. Hintergrund, Methodik und Rücklauf	34
2. Landärzte	36
3. Interesse der Turnusärzte für den Landarztberuf	37
4. Wie würden sich niedergelassene Ärzte heute entscheiden?	41
5. Pro und Contra Landarztberuf im Zeitvergleich	45
6. Bedingungen für niedergelassene Ärzte im Zeitverlauf	47
7. Hausapotheke	48
8. Junge Ärzte und Landarztberuf	49
9. Politik und Maßnahmenkatalog	50
10. Zusammenfassung	53

Schon heute ist es zunehmend schwierig, freie Landarztstellen nachzubesetzen und jahrelang niedergelassene Ärzte klagen über immer schwierigere Bedingungen in ihrem Beruf. Die vorliegende Befragung soll klären, welche Gründe es für das abnehmende Interesse an Kassenstellen gibt und was unternommen werden kann, um dem drohenden Ärztemangel zu begegnen.

1. Hintergrund, Methodik und Rücklauf

Für die erste Ausgabe der Zeitschrift für Gesundheitspolitik 2014, die sich mit dem Schwerpunkt „Landmedizin“ auseinandersetzt, wurde beschlossen, eine aktuelle Umfrage unter den Ärzten durchzuführen, die zeigt, wie groß das Nachwuchsproblem am Land tatsächlich ist, wo sich Schief lagen befinden und welche Maßnahmen aus Sicht der betroffenen Ärzte notwendig sind, um auch in Zukunft eine gute medizinische Versorgung in peripheren Gegenden gewährleisten zu können. Denn eine aktuelle Studie des IHS bestätigt zwar erneut ein hohes Einsparungspotential im Gesundheitswesen durch eine umfassende Versorgung im niedergelassenen Bereich – und die Politik möchte diese Potentiale zumindest theoretisch auch heben –, jedoch führte der Mangel an Maßnahmen zur Förderung von Praxen, vor allem am Land, zu einem sich bereits heute manifestierenden Ärztemangel. Folglich können derzeit nicht nur keine Potentiale genutzt werden, sondern es besteht auch die Gefahr, dass bereits ausgeschöpfte Kostenvorteile durch die Auflösung niedergelassener Infrastruktur verloren gehen.

Die Befragung wurde im Jänner 2014 vom Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung im Rahmen einer Vollerhebung unter den oberösterreichischen Kassen-, Wahl- und Turnusärzten durchgeführt. Ein Großteil der Befragten wurde per E-Mail kontaktiert (93 %), in dem sich ein Link zu einem Online-Fragebogen befand. Der Rest erhielt den Fragebogen postalisch. Der Rücklauf war bei den online befragten Personen erwartungsgemäß um einiges höher (34,9 %) als bei den postalisch Befragten (26,6 %), da Ersteres mit einem geringeren Aufwand verbunden ist. Daraus ergibt sich eine sehr hohe Gesamtrücklaufquote von 34,3 % (N = 1.182), wodurch repräsentative Schlüsse aus der Befragung zulässig sind. Die Teilnehmerquoten unter den einzelnen Arztgruppen unterscheiden sich stark, was sich aus den differenzierten Interessenslagen für das Thema erklären lässt. Niedergelassene Ärzte (und hier speziell Kassenärzte) weisen daher etwa höhere Rücklaufquoten auf als Turnusärzte und Wahlärzte. Daher werden die Ergebnisse der Befragung immer auch nach Gruppen getrennt dargestellt.

Arztgruppe	Teilnehmer absolut	Rücklaufquote
GESAMT	1.182	34,27 %
Niedergelassene Ärzte	874	40,52 %
Kassenärzte	616	52,56 %
Wahlärzte	258	26,19 %
Turnusärzte	308	23,84 %
Turnusärzte in Ausbildung zum Allgemeinmediziner	156	29,71 %
Turnusärzte in Ausbildung zum Facharzt	152	19,82 %

Tabelle 1: Rücklauf nach Arztgruppen absolut und in Prozent

Aufgrund der Teilnahme ergibt sich eine Zusammensetzung der Ärzte bei der Befragung wie folgt: Bei fast drei Viertel der Teilnehmer handelt es sich um niedergelassene Ärzte. Davon sind 53,5 % Kassenärzte (77,5 % Allgemeinmediziner und 22,5 % Fachärzte) und 20,2 % Wahlärzte (43,8 % Allgemeinmediziner, 56,2 % Fachärzte). Ungefähr ein Viertel (26,3 %) der Befragten sind Turnusärzte, wovon sich etwa die Hälfte in Ausbildung zum Allgemeinmediziner befindet und die andere Hälfte die Ausbildung zum Facharzt absolviert. In Gesamtergebnissen sind daher, im Vergleich zur Grundgesamtheit der oberösterreichischen Ärzte, Kassenärzte überrepräsentiert, während Turnusärzte (vor allem Turnusärzte in Ausbildung zum Facharzt) und Wahlärzte unterrepräsentiert sind.

	Zusammensetzung	
	Befragte	Grundgesamtheit
Niedergelassene	73,7 %	62,5 %
Kassenärzte	53,5 %	34,0 %
Wahlärzte	20,2 %	28,6 %
Turnusärzte	26,3 %	37,5 %
Allgemeinmediziner	12,7 %	15,2 %
Fachärzte	13,6 %	22,2 %
GESAMT	100 %	100 %

Tabelle 2: Zusammensetzung der Berufsgruppen in der Grundgesamtheit und unter den Befragten

2. Landärzte

Im kassenärztlichen Bereich ist der Anteil der Ärzte, die sich selbst als Landärzte bezeichnen, sehr hoch (64,2 %). Beinahe die Hälfte der Ordinationen von Kassenärzten befindet sich am Land. Betrachtet man die Verteilung getrennt nach Fachärzten und Allgemeinmedizinern, so wird ersichtlich, dass der Anteil der Landärzte bei den Hausärzten um einiges höher liegt (78,7 %) als bei den Fachärzten, wo er etwa ein Viertel beträgt. 62,5 % der Praxen von §-2-Allgemeinmedizinern liegen im ländlichen Raum, während es bei Fachärzten mit Kassenvertrag nur 2,3 % sind. Wohnortnahe Versorgung ist also vor allem bei Hausärzten ein großes Thema.

Unter Wahlärzten ist der Anteil derer, die sich selbst als Landärzte bezeichnen, bei weitem geringer (26,1 %) als bei Kassenärzten. Aber auch im Wahlartzbereich liegt der Anteil der Landärzte unter den Allgemeinmedizinern um ein Vieles höher (42,9 %) als bei den Fachärzten (19,4 %). 40 % aller Wahlärzte haben ihre Ordination im Zentralraum, während es bei den Kassenärzten nur jeder Fünfte ist.

Die Zahlen zeigen aber auch, dass es schwierig abzugrenzen ist, welcher Arzt als Landarzt gilt und welcher nicht, denn sowohl Kassen- als auch Wahlärzte sowie Fachärzte und Allgemeinmediziner bezeichnen sich selbst als Landarzt. Landarzt ist also, wer im „ländlichen Raum“ praktiziert, der ebenfalls schwer zu definieren ist und dessen Grenzen fließend sind.

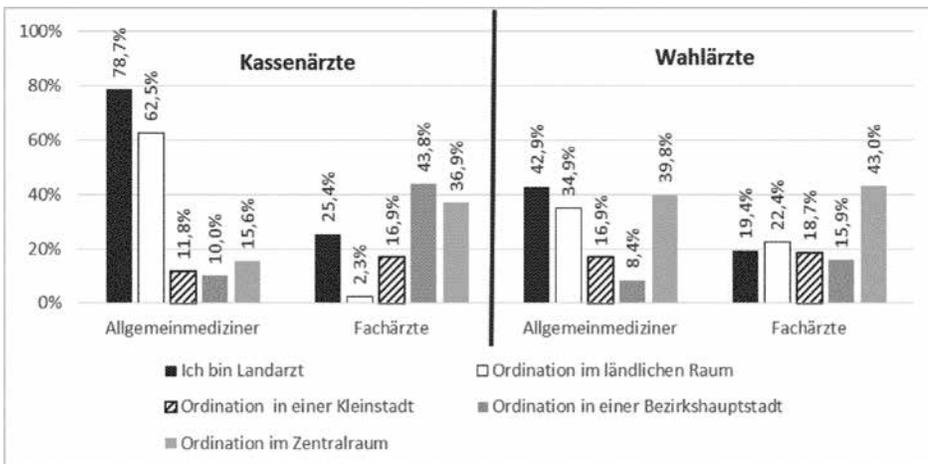


Abbildung 1: Anteil der Landärzte unter den niedergelassenen Ärzten nach Gruppen³⁹

39 Es ist nicht auszuschließen, dass diese Zahlen leicht nach oben verzerrt sind, da eventuell Landärzte in der Befragung überrepräsentiert sind.

3. Interesse der Turnusärzte für den Landarztberuf

3.1. Niederlassung

Überraschend hoch ist der Anteil der Turnusärzte, der sich vorstellen kann, sich nach seiner Ausbildung niederzulassen. Nur 12 % wollen dies auf keinen Fall tun, während beinahe ein Viertel (23,1 %) angibt, es sei ihr erklärtes Ziel, sich einmal niederzulassen. Bei den Turnusärzten in Ausbildung zur Allgemeinmedizin liegt der Anteil derer, die sich auf jeden Fall niederlassen wollen, sogar bei 30,9 % und nur 7,4 % schließen diese Möglichkeit völlig aus. Jene in Ausbildung zum Facharzt zeigen geringeres Interesse an einer Niederlassung: nur 15,7 % dieser Gruppe meinen, es sei ihr erklärtes Ziel, in eine Niederlassung zu gehen, während hohe 16,4 % dies auf keinen Fall anstreben. Der Anteil der Unentschlossenen ist unter Turnusärzten sehr hoch, und es kann daher davon ausgegangen werden, dass zwar prinzipiell ein hohes Potential für Nachwuchs im niedergelassenen Bereich vorhanden ist, es jedoch stark von den Bedingungen, die die jungen Ärzte bei ihrer Berufsentscheidung vorfinden, abhängt, ob sich dieses Potential tatsächlich ausschöpfen lässt.

Ziehen Sie in Betracht nach Ihrer Ausbildung als niedergelassener Arzt / niedergelassene Ärztin tätig zu werden?

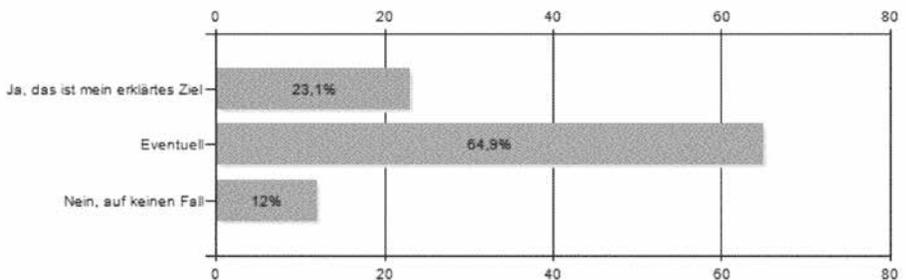


Abbildung 2: Potential für eine Niederlassung unter Turnusärzten

3.2. Kassenvertrag

Unter den Turnusärzten strebt etwas über ein Drittel einen Kassenvertrag an, während ein Fünftel dies nicht möchte. Etwa ein Drittel ist in dieser Frage noch unentschlossen. Unter den Turnusärzten in Ausbildung zum Allgemeinmediziner ist auch das Potential für den kassenärztlichen Bereich etwas höher: in dieser Gruppe würde fast die Hälfte eine Niederlassung mit Kassenvertrag bevorzugen, während etwa ein Fünftel lieber als Wahlarzt tätig sein möchte. Unter den Turnusärzten in Ausbildung zum Facharzt ist der Wunsch nach einem Kassenvertrag demnach niedriger: hier wünschen sich dies lediglich 32,7 %, während 21,4 % eine Tätigkeit ohne Kassenvertrag bevorzugen würde.



Abbildung 3: Potential für den kassenärztlichen Bereich unter Turnusärzten

Für den kassenärztlichen Bereich ist zwar ein niedrigeres Potential gegeben als für den niedergelassenen Bereich im Gesamten, weil etwa jeder Fünfte eher dazu tendiert, Wahlarzt zu werden, jedoch zeigt auch hier der hohe Anteil der Unentschlossenen, dass bei guten Bedingungen durchaus viele dazu bereit sein könnten, sich später als Kassenarzt niederzulassen.

3.3. Landarztberuf

Der Anteil der Turnusärzte, der es sich als erklärtes Ziel gesetzt hat, sich als Landarzt (Kassen- oder Wahlarzt) niederzulassen, beträgt 11,4 %. Weitere 51 % könnten sich das jedoch zumindest eventuell vorstellen, während sich ein Viertel auf keinen Fall am Land niederlassen möchte. Unter den Turnusärzten in Ausbildung zum Allgemeinmediziner ist auch der Anteil der Landarztbefürworter erwartungsgemäß etwas höher: In dieser Gruppe will sich fast ein Fünftel als Landarzt niederlassen. Der Anteil der Unentschlossenen ist hier mit 55,7 % sehr hoch. Ein weiteres Fünftel schließt eine Niederlassung am Land hingegen komplett aus. Die Turnusärzte in Ausbildung zum Facharzt möchten sich eher selten am Land niederlassen. Hier wünschen sich das nur 4,4 % ausdrücklich, während fast ein Drittel sicher nicht am Land praktizieren will. Weitere 46,6 % sind noch unentschlossen.

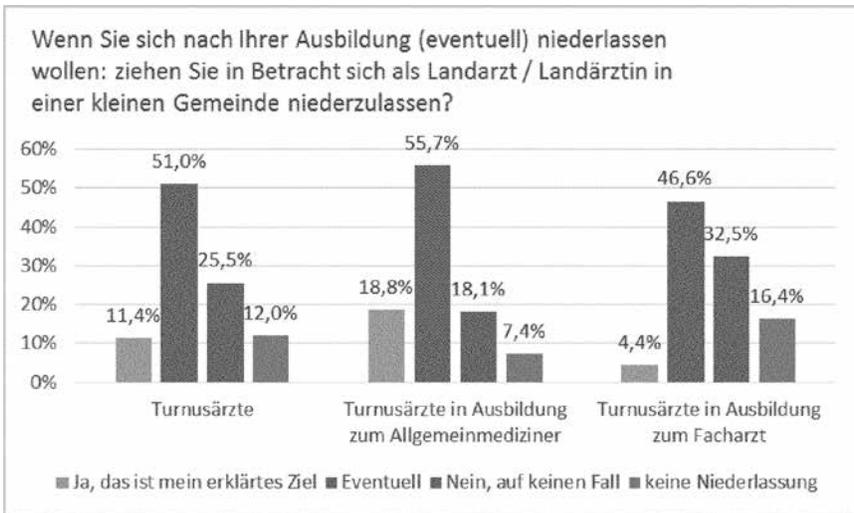


Abbildung 4: Potential für den Landarztberuf unter Turnusärzten

Auch hier gilt: Unter guten Bedingungen könnten sich viele Unentschlossene für den Landarztberuf begeistern lassen.

3.4. Landarzt mit Kassenvertrag

Unter den Turnusärzten gibt etwa jeder 10. an, (eventuell) einen Kassenvertrag übernehmen zu wollen und als erklärtes Ziel zu haben, sich am Land niederzulassen. Weitere 41,1 % dieser Personen möchten sich eventuell am Land niederlassen und 14,7 % schließen das aus. Unter den Allgemeinmedizinern liegt der Anteil der Interessenten für den Landarztberuf wieder höher (16,4 % erklärtes Ziel) und bei den Fachärzten um Einiges niedriger (3,5 % erklärtes Ziel).

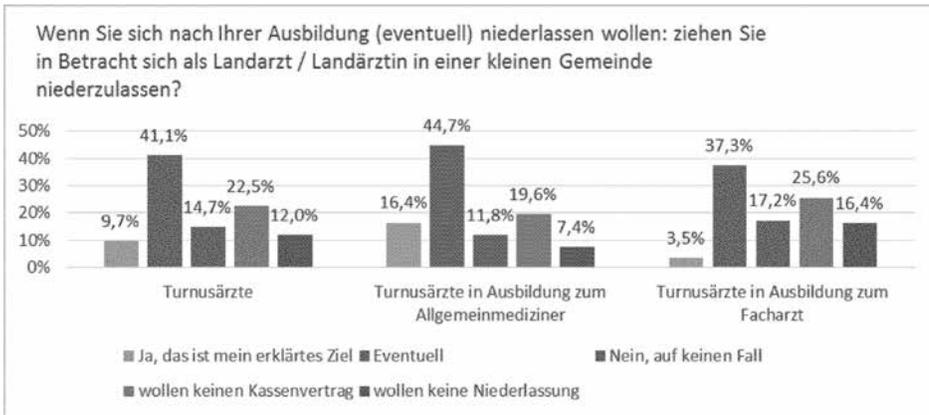


Abbildung 5: Potential für den Kassenärztlichen Bereich am Land

Der Anteil der Turnusärzte, die zumindest nicht ausschließen, einen Kassenvertrag zu übernehmen, und die als Landarzt praktizieren möchten, ist bereits eher niedrig. Jedoch gibt es auch hier wieder einen immensen Anteil von Jungärzten, die sich über diese Frage noch im Unklaren sind, und es können daher in Zukunft entsprechende Anreize gesetzt werden, um mehr Ärzte vom Beruf des Kassenarztes am Land zu überzeugen.

4. Wie würden sich niedergelassene Ärzte heute entscheiden?

4.1. Niederlassung

Bei der Frage an die niedergelassenen Ärzte, ob sie sich heute wieder für eine Tätigkeit in der Praxis entscheiden würden, geben 41,3 % an, das auf jeden Fall wieder tun zu wollen. Weitere 44,3 % geben an, sich eventuell wieder niederlassen zu wollen. Ganze 14,4 % schließen diese Möglichkeit hingegen aus. Bei Kassenärzten fällt der Anteil derer, die sich wieder niederlassen wollen, etwas geringer aus (40,5 % ganz sicher, 43,9 % eventuell, 15,6 % auf keinen Fall). Wahlärzte zeigen die höchste Niederlassungsbereitschaft bei Neuentscheidung (43,6 % ganz sicher, 45,6 % eventuell, 10,8 % auf keinen Fall). Viel negativer sehen hingegen die §-2-Hausärzte eine erneute Niederlassung: Lediglich etwas über ein Drittel ist sich hier sicher, es genau wie damals zu machen, bei 45 % wäre es ungewiss und 16,9 % würden auf keinen Fall noch einmal in eine Praxis gehen. Diese Zahlen könnten ein Hinweis darauf sein, dass vor allem Ärzte mit Kassenvertrag, und darunter im Speziellen die Allgemeinmediziner, mit den derzeitigen Arbeitsbedingungen unzufrieden sind. Darüber hinaus fällt auch auf, dass Landärzte eine erneute Niederlassung öfter ablehnen als Ärzte, die in dichter besiedelten Gebieten tätig sind. Auch das könnte ein Indiz sein, dass die Bedingungen für Landärzte besonders schwierig sind.

Würden Sie sich heute wieder für den Beruf des niedergelassenen Arztes entscheiden?

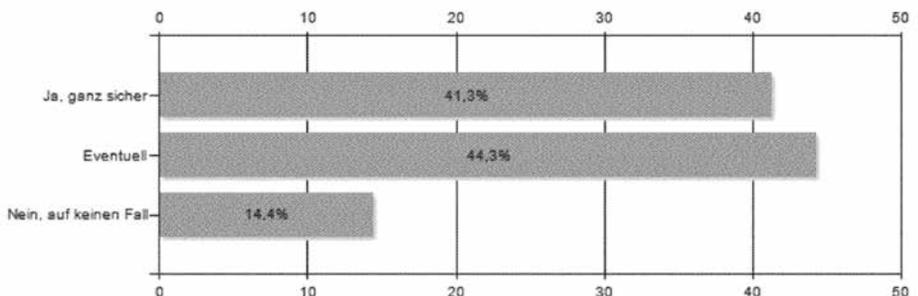


Abbildung 6: Wille niedergelassener Ärzte, sich erneut niederzulassen

4.2. Kassenvertrag

Aus heutiger Sicht würden 37,2 % der niedergelassenen Ärzte einen Kassenvertrag übernehmen und weitere 15,6 % sind in dieser Frage unentschlossen. Ein Drittel ist sich hingegen sicher, heute ohne Kassenvertrag praktizieren zu wollen. Auch Kassenärzte würden das zu 23,7 % ohne Kassenvertrag tun und weitere 16,7 % sind sich darüber unklar. Lediglich 44 % der Kassenärzte würde erneut einen Kassenvertrag bevorzugen. Bei den §-2-Hausärzten am Land sind die Zahlen beinahe identisch. Zwar ist die positive Einstellung zum Kassenvertrag bei Kassenärzten höher, dennoch muss bedacht werden, dass sich diese Ärzte vor Jahren alle bereits für einen Kassenvertrag entschieden haben und es daher kein gutes Zeichen ist, dass heute ein so hoher Anteil dieser Gruppe eine negative oder wankende Einstellung zum Beruf des Kassenarztes zeigt.



Abbildung 7: Wille niedergelassener Ärzte, heute einen Kassenvertrag zu übernehmen

Hingegen würden beinahe 60 % der Wahlärzte auch heute wieder ohne Kassenvertrag tätig werden. Weitere 12,3 % sind sich darüber unsicher und lediglich 17,8 % möchten heute gerne einen Kassenvertrag annehmen. Es ist also bei weitem nicht mehr so, dass der Wahlarztberuf nur als vorübergehende Phase bis zum Erhalt eines Kassenvertrages gesehen wird, sondern sich der größte Teil der Wahlärzte ganz bewusst für diese Tätigkeitsform entschieden hat.

4.3. Landarztstelle

Ein Fünftel der niedergelassenen Ärzte möchte sich aus heutiger Sicht am Land niederlassen, etwas über ein Drittel ist unentschlossen und ein Viertel möchte das auf keinen Fall tun. Kassenärzte haben eine etwas höhere Bereitschaft, am Land zu praktizieren als die Gesamtheit der niedergelassenen Ärzte. Die höchste Bereitschaft, sich wieder am Land niederzulassen, zeigen zwar Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag, die sich selbst als Landarzt bezeichnen, hingegen scheint der Anteil trotzdem eher gering, wenn man bedenkt, dass sich alle diese Ärzte schon einmal für den Landarztberuf entschieden haben. Nur etwa ein Drittel dieser Gruppe gibt an, dass es auch heute wieder ihr erklärtes Ziel wäre, am Land tätig zu sein. Mehr als jeder zehnte §-2-Allgemeinmediziner am Land meint sogar, er würde sich heute zwar zumindest eventuell niederlassen, aber auf keinen Fall mehr am Land.

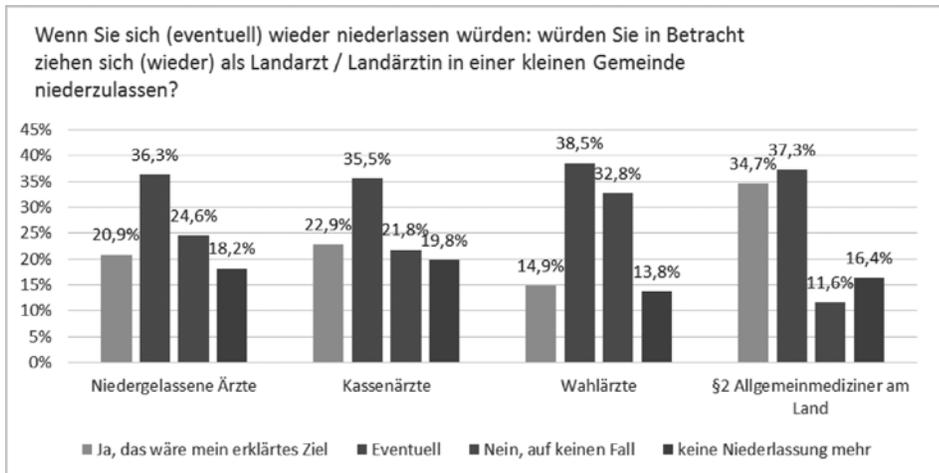


Abbildung 8: Wille niedergelassener Ärzte, sich heute am Land niederzulassen

Die geringste Bereitschaft, sich aus heutiger Sicht am Land niederzulassen, zeigt sich unter den Wahlärzten, was sicher auch daraus resultiert, dass diese Gruppe in dünner besiedelten Gegenden, aufgrund geringerer Privatpatientenzahlen, mit wirtschaftlichen Nachteilen rechnen muss. Vor allem Wahlärzte, die in städtischen Gegenden praktizieren, würden auch heute nicht aufs Land gehen. Aber auch Wahlärzte in der Peripherie zeigen eine geringere Bereitschaft, sich erneut am Land niederzulassen, als etwa Kassenärzte.

4.4. Empfehlungsbereitschaft an junge Kollegen

Generell gibt es etwas mehr niedergelassene Ärzte, die den Landarztberuf auf keinen Fall an junge Kollegen weiterempfehlen würden (22,9 %), als solche, die dies ganz sicher tun würden (20,6 %). Landärzte empfehlen ihren Beruf öfter, als dies niedergelassene Ärzte in urbaneren Gebieten tun. Am geringsten ist die Weiterempfehlungsbereitschaft bei Allgemeinmedizinern mit Kassenvertrag, die nicht als Landarzt tätig sind. Unter den Landärzten ist die Empfehlungsrate bei den Wahlärzten am geringsten.

Würden Sie heute einem jungen Kollegen/einer jungen Kollegin empfehlen, sich als Landarzt/Landärztin niederzulassen?			
	Ja, ganz sicher	Eventuell	Nein, auf keinen Fall
Niedergelassene Ärzte	20,6 %	56,5 %	22,9 %
Landärzte	25,2 %	53,6 %	21,1 %
§2 Allgemeinmediziner	25,9 %	53,3 %	20,8 %
§2 Fachärzte	27,3 %	42,4 %	30,3 %
Wahlärzte	22,4 %	60,3 %	17,2 %
nicht Landärzte	14,4 %	60,4 %	25,2 %
§2 Allgemeinmediziner	7,4 %	63,2 %	29,5 %
§2 Fachärzte	22,3 %	56,3 %	21,3 %
Wahlärzte	12,9 %	61,2 %	25,9 %

Tabelle 3: Landarztberuf: Empfehlungsrate niedergelassener Ärzte an junge Kollegen

5. Pro und Contra Landarztberuf im Zeitvergleich

In einem Fragenblock bewerteten Turnusärzte ausgewählte Aspekte des Landarztberufes danach, inwieweit diese für sie persönlich für oder gegen eine Niederlassung als Landarzt sprechen. Gegen eine Niederlassung in peripheren Gegenden sprechen für Turnusärzte vor allem der Anteil der bürokratischen Aufgaben, den sie erwarten, die zu leistenden Nacht- und Wochenenddienste und das derzeitige Kassensystem bzw. die Bedingungen eines Kassenvertrages. Eher positiv bewertet werden hingegen die berufliche Herausforderung, die der Landarztberuf bietet, und die ländliche Wohnumgebung.

Die niedergelassenen Ärzte wurden ebenfalls befragt, welche dieser Gründe damals bei ihrer Berufsentscheidung eher für oder gegen eine Niederlassung am Land sprachen. Auch früher waren anscheinend der Anteil der Bürokratie und die anfallenden Bereitschaftsdienste die negativsten Aspekte des Landarztberufs. Hingegen werden das Kassensystem bzw. die Bedingungen des Kassenvertrags aus historischer Sicht um einiges besser bewertet als aus heutiger Sicht (0,8 Punkte besser). Vor allem aber die Einkommensmöglichkeiten haben sich aus Sicht der Ärzte verschlechtert, und auch die Zeit, die ihnen für die Patienten zur Verfügung steht, hat abgenommen. Auch für die niedergelassenen Ärzte waren damals aber schon die berufliche Herausforderung und die ländliche Wohnumgebung die Punkte, die am meisten für den Landarztberuf sprachen. Folgende Tabelle zeigt die Bewertung durch Turnusärzte und niedergelassene Ärzte im Einzelnen.

	Bewertung		
	Turnusärzte	NL Ärzte	Differenz
Der Anteil der bürokratischen Aufgaben	5,7	5,3	-0,4
Die zu leistenden Nacht- und Wochenenddienste	5,1	5,3	0,2
Das Kassensystem/der Kassenvertrag	5,1	4,3	-0,8
Die Arbeitsintensität	4,9	4,5	-0,4
Die Einkommensmöglichkeiten	4,7	3,7	-1
Die Zeit, die für die Patienten zur Verfügung steht	4,6	3,6	-1
Die Work-Life-Balance	4,5	4,6	0,1
Die Vertretungsmöglichkeiten	4,3	4,8	0,5
Die Vereinbarkeit mit der Familie	4,2	4,2	0
Das Prestige des Landarztberufs	3,8	3,5	-0,3
Die ländliche Wohnumgebung	2,8	2,6	-0,2
Die berufliche Herausforderung	2,7	2,4	-0,3

Tabelle 4: Bewertung ausgewählter Aspekte, die für oder gegen einen Niederlassung als Landarzt früher (Niedergelassene Ärzte) und heute (Turnusärzte) sprachen bzw. sprechen⁴⁰

Sollen junge Ärzte also wieder verstärkt für den Landarztberuf begeistert werden, so müssen sich vor allem jene Aspekte ändern, die für Turnusärzte eher gegen eine Entscheidung für den Landarztberuf sprechen. Es bedarf daher Maßnahmen zur Erleichterung der bürokratischen Aufgaben und innovativer Modelle für den Bereitschaftsdienst, damit junge Ärzte nicht mehr im bisher notwendigen Ausmaß Nacht- und Wochenenddienste leisten müssen. Darüber hinaus muss das Kassensystem verbessert werden, um mehr Flexibilität und bessere Einkommensmöglichkeiten zu schaffen. Außerdem bedarf es Überlegungen, wie man die Arbeitsintensität der Landärzte senken kann. Einerseits braucht es dafür natürlich wieder mehr Ärzte, die am Land tätig sein wollen, und andererseits können auch Gruppenpraxen oder Gesundheitszentren Abhilfe schaffen. Um die Zeitspanne, die dem Arzt pro Patient zur Verfügung steht, wieder zu erhöhen, muss einerseits die Patientenfrequenz gesenkt werden, wozu wieder mehr Kollegen erforderlich sind. Andererseits ist es aber auch essentiell, diese Zeit am Patienten adäquat abzugelten und so der Zuwendungsmedizin wieder einen höheren Stellenwert zu geben. Insgesamt muss dafür gesorgt werden, dass Landärzte nicht rund um die Uhr ihren Beruf ausüben müssen, sondern eine ausgewogene Work-Life-Balance finden können. Gute Vertretungsmöglichkeiten sind hier ebenfalls ein wichtiger Faktor für die Ärzteschaft.

40 auf der 7-teiligen Skala (1 = spricht/sprach sehr dafür; 7 = spricht/sprach sehr dagegen)

6. Bedingungen für niedergelassene Ärzte im Zeitverlauf

Bei der Bewertung der Entwicklung der Bedingungen für niedergelassene Ärzte sind sich alle befragten Arztgruppen einig: Diese haben sich verschlechtert. Eine noch negativere Entwicklung sehen die Ärzte aber für den Landarztberuf, worüber sich ebenfalls alle befragten Gruppen einig sind. Dieses Ergebnis zeigt klar, dass aus Sicht der Ärzte einiges getan werden muss, um den Beruf des niedergelassenen Arztes, vor allem am Land, wieder attraktiver erscheinen zu lassen.

Was würden Sie sagen: Haben sich die Bedingungen für niedergelassene Ärzte/Ärztinnen in den letzten Jahrzehnten eher verbessert oder verschlechtert?		
Bewertung auf einer Skala von 1 (sehr verbessert) bis 7 (sehr verschlechtert)	für niedergelassene Ärzte im Allgemeinen	für Landärzte im Speziellen
Niedergelassene Ärzte	5,6	5,8
Kassenärzte	5,5	5,8
§-2-Allgemeinmediziner	5,6	5,8
Wahlärzte	5,6	5,8
Turnusärzte	5,6	5,8
in Ausbildung zum Allgemeinmediziner	5,5	5,8
in Ausbildung zum Facharzt	5,6	5,8
GESAMT	5,6	5,8

Tabelle 5: Bewertung der Bedingungen für niedergelassene Ärzte im Zeitverlauf

7. Hausapotheke

Die Ärzte halten eine Hausapotheke für einen äußerst wichtigen Faktor in Bezug auf die wirtschaftliche Rentabilität einer Landarztpraxis (1,6⁴¹). In dieser Thematik sind sich alle Arztgruppen einig, denn der Wert liegt lediglich bei Turnusärzten in Ausbildung zum Facharzt etwas höher (1,8).

Für wie wichtig halten Sie eine Hausapotheke für die wirtschaftliche Rentabilität einer Landarztpraxis?

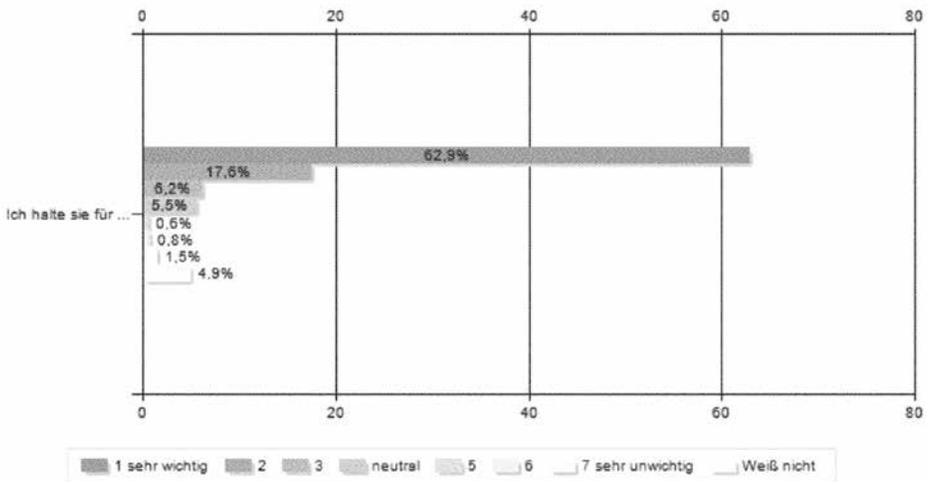


Abbildung 9: Landarztpraxis und Hausapotheke

Die Ärzte halten auch die derzeitigen Regeln für den Erhalt einer Hausapotheke in Landarztpraxen eher für sinnlos (4,8⁴²). Auch in dieser Frage gibt es zwischen den Arztgruppen beinahe keine Unterschiede: Den niedrigsten Wert weisen Turnusärzte in Ausbildung zum Facharzt auf (4,5) und den höchsten Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag, die am Land praktizieren (5,1). Insgesamt kann man sagen, dass Ärztegruppen, die eher von der Regelung der Hausapotheken betroffen sind, diese auch eher ablehnen.

41 Wert auf der 7-teiligen Skala; 1 = sehr wichtig; 7 = sehr unwichtig

42 Wert auf der 7-teiligen Skala; 1 = sehr sinnvoll; 7 = sehr sinnlos

8. Junge Ärzte und Landarztberuf

Es gibt viele Gründe, warum es heute weniger (oder keine) Anwärter auf freie Kassenstellen am Land gibt als früher. Als wichtigste Gründe nennen die Ärzte das starre System der Kassen, das viele junge Ärzte abschreckt, und die Ausbildung der jungen Ärzte, die nicht ausreichend gut auf den Beruf des Landarztes vorbereitet. Es würden sich daher viele einfach nicht zutrauen, die hohe Verantwortung in einer Landarztpraxis zu übernehmen. Vor allem aber die jungen Ärzte bemängeln, dass die Einkommensmöglichkeiten in anderen Arztberufen vergleichsweise höher sind. Die Arbeitsintensität, die schlechte Work-Life-Balance und die schwierige Vereinbarkeit mit der Familie werden von jungen Ärzten zwar weniger negativ beurteilt als von niedergelassenen Ärzten, scheinen aber auch bei dieser Gruppe noch eine nicht zu unterschätzende Barriere darzustellen. Auch der Umstand, dass junge Menschen lieber im Team arbeiten wollen, was in einer Einzelpraxis nicht möglich ist, stellt einen Negativpunkt für die Landarztpraxis dar. Ein Leben in einer ländlichen Umgebung sehen die jungen Ärzte hingegen kaum als Hindernis, und auch das sinkende Prestige des Landarztberufes ist bei der Entscheidung nicht von besonderem Gewicht. Als durchaus attraktiv wird hingegen die berufliche Herausforderung in einer Landarztpraxis betrachtet.

Was glauben Sie, warum sich junge Ärzte und Ärztinnen speziell für den Landarztberuf kaum noch interessieren? ⁴³	GESAMT	Turnus-ärzte	Nieder-gelassene Ärzte
Das starre System der Kassen schreckt ab.	2	1,9	2,1
Die Ausbildung bereitet junge ÄrztInnen nicht ausreichend auf den Landarztberuf vor.	2	1,9	2
Die Verantwortung ist in einer Landarztpraxis höher, da Krankenhäuser weiter weg sind – das trauen sich wenige zu.	2,5	2,9	2,4
Die Arbeitsintensität ist am Land sehr hoch, das wollen junge ÄrztInnen nicht mehr.	2,5	3,2	2,2
Die Arbeitszeiten sind mit einer modernen Work-Life-Balance unvereinbar (Ordinationszeiten, Dienste, ...).	2,6	3	2,4
Die Einkommensmöglichkeiten sind in einer Landarztpraxis vergleichsweise niedrig.	2,7	2,6	2,8

⁴³ Wert auf der 7-teiligen Skala; 1 = stimme völlig zu; 7 = stimme gar nicht zu

Junge ÄrztInnen wollen keine Einzelkämpfer mehr sein, sondern im Team arbeiten.	2,7	2,8	2,6
Eine Landarztpraxis lässt sich heute schwer mit einer Familie vereinbaren (Partner findet keinen Job in der Nähe, Schulen sind weiter weg, ...).	2,9	3	2,8
Junge Menschen leben lieber in städtischen Gegenden als am Land (Infrastruktur, kulturelle Angebote, ...).	2,9	3,4	2,7
Das Prestige des Landarztberufs ist heute nicht mehr so hoch.	3,1	3,4	3
Die berufliche Herausforderung ist vergleichsweise weniger attraktiv.	4,7	4,8	4,7

Tabelle 6: Gründe, warum sich junge Ärzte wenig für den Landarztberuf interessieren

9. Politik und Maßnahmenkatalog

Die Ärzte in Oberösterreich sind der Meinung, dass sich die Politik zu wenig um die Anliegen der niedergelassenen Ärzte kümmert und zu wenig unternimmt, um den Beruf interessant zu halten. Auf die Frage hin, meinen die Ärzte, die Politik würde viel zu wenig unternehmen (1,5⁴⁴). Auch bei den Anliegen der Landärzte sind die Befragten dieser Meinung (1,4).

Die nächste Frage beschäftigte sich mit einer Reihe möglicher Maßnahmen, die zur Attraktivierung von niedergelassenen (Land)Arztstellen beitragen können. Vorneweg muss erwähnt werden, dass alle diese Maßnahmen als äußerst positiv bewertet wurden und die Zustimmungswerte äußerst nahe zusammenliegen. Am notwendigsten scheinen den Ärzten dennoch eine Verbesserung des bestehenden Kassensystems und die Reduktion des bürokratischen Aufwandes in den Praxen. Außerdem muss es den Ärzten ermöglicht werden, wieder mehr Zeit für ihre Patienten zur Verfügung zu haben. Ein ebenfalls äußerst wichtiges Thema ist die Ausbildung der jungen Ärzte, denn derzeit bereitet diese sie kaum auf den Beruf des niedergelassenen Arztes – speziell am Land – vor. Sie muss daher

44 Wert auf der 7-teiligen Skala; 1 = viel zu wenig; 4 = genau richtig; 7 = viel zu viel

Wird Ihrer Ansicht nach von der Politik genug unternommen, um den Beruf des/r niedergelassenen Arztes / Ärztin interessant zu halten?

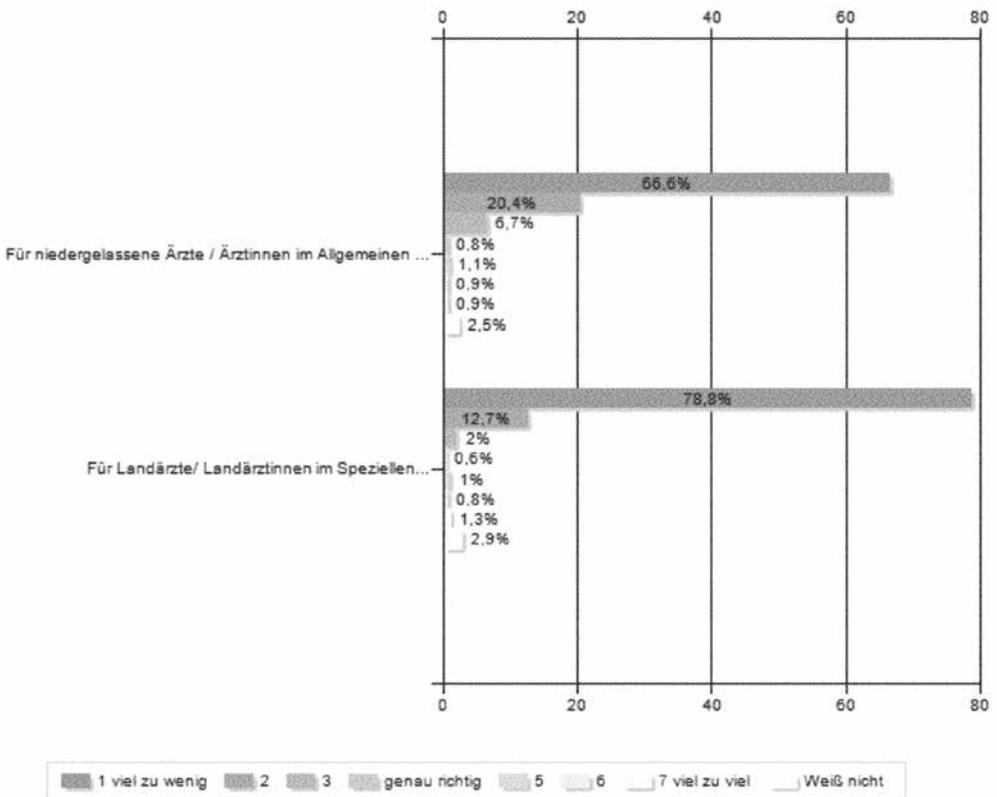


Abbildung 10: unternimmt die Politik genug für niedergelassene (Land)Ärzte?

verbessert werden, etwa durch den Ausbau der Lehrpraxen, die einen Einblick in den Alltag einer Praxis ermöglichen. Aber auch die Allgemeinmedizin muss eine deutliche Aufwertung in der Ausbildung erfahren. Die Möglichkeit, als Landarzt ein höheres Einkommen als bisher zu erzielen, wird außerdem als wichtig angesehen, wobei auch der Erhalt bzw. die Sicherung von Hausapotheken behilflich sein kann. Eine Verbesserung der Arbeitszeiten, etwa durch Reduktion oder Flexibilisierung, bedeutet den Befragten ebenfalls sehr viel. Darunter fallen die Neuorganisation des Bereitschaftsdienstes, die eine Verringerung der Dienste für den Einzelnen zur Folge hätte, die Vereinfachung von Vertretungen und auch die Schaffung bzw. Verbesserung neuer Organisationsformen, wie etwa Gruppenpraxen. Letztere bringen außerdem den Vorteil mit sich, nicht als Einzelkämpfer tätig sein zu müssen und eventuell durch Synergieeffekte ein höheres Einkommen

erzielen zu können und geringere Investitionskosten tätigen zu müssen. Ebenfalls als hilfreich empfinden es Ärzte, wenn Anreize gesetzt werden, die Ärzten eine Ansiedelung erleichtern. So könnten etwa Gemeinden Ordinationsräumlichkeiten zur Verfügung stellen.

Was glauben Sie muss getan werden, um wieder mehr junge Ärzte und Ärztinnen für eine Niederlassung, speziell am Land, zu gewinnen?⁴⁵	GESAMT	Turnusärzte	nieder-gelassene Ärzte
Verbesserung des Kassensystems	1,5	1,5	1,5
Den bürokratischen Aufwand reduzieren	1,5	1,5	1,5
Es muss wieder mehr Zeit für den Patienten zur Verfügung stehen	1,5	1,4	1,5
Verbesserung der Ausbildung zum Allgemeinmediziner/zur Allgemeinmedizinerin	1,6	1,4	1,7
Bessere Einkommensmöglichkeiten schaffen	1,6	1,5	1,7
Den Erhalt von Hausapotheken sicherstellen	1,6	1,7	1,6
Die Bereitschaftsdienste neu organisieren (Reduktion für den Einzelnen)	1,7	1,7	1,7
Ausbau der Lehrpraxen	1,8	1,6	1,9
Die Arbeitszeiten verbessern (reduzieren, flexiblere Gestaltungsmöglichkeiten)	1,8	1,7	1,8
Bessere Organisationsformen schaffen (z.B. Gruppenpraxen)	1,9	1,6	2
Die Vertretungen vereinfachen	1,9	1,8	1,9
Die Gemeinden müssen mehr Anreize setzen (z.B. Ordinationsräumlichkeiten zu Verfügung stellen)	2	1,9	2

Abbildung 11: Bewertung eines Maßnahmenkatalogs zur Gewinnung junger Ärzte für den Beruf des niedergelassenen (Land)Arztes

45 Wert auf der 7-teiligen Skala; 1 = stimme völlig zu; 7 = stimme gar nicht zu

10. Zusammenfassung

Die Bedingungen für niedergelassene Ärzte, speziell am Land, haben sich im Verlauf der letzten Jahrzehnte zunehmend verschlechtert. Von der Politik fühlen sich deshalb viele im Stich gelassen und wünschen sich eine ganze Reihe von Maßnahmen zur Attraktivierung des Berufes. Junge Ärzte haben prinzipiell durchaus Interesse an einer Niederlassung (auch am Land und mit Kassenvertrag), denn vor allem die fachliche Herausforderung, die der Beruf mit sich bringt, erscheint jungen Medizinerinnen äußerst positiv. Der extrem hohe Anteil der Unentschlossenen zeigt aber, dass nur eine Verbesserung des Arbeitsumfeldes dazu führen kann, dass sich ausreichend Jungärzte in Zukunft für eine Niederlassung entscheiden werden und so die anstehende Pensionierungswelle ausgleichen können. Andernfalls wird es zu einem Ärztemangel im niedergelassenen Bereich, vor allem und zuerst in strukturell weniger dicht besiedelten Gebieten, kommen. Bedenklich ist vor allem, dass sich ein erschreckend hoher Anteil der Landärzte aus heutiger Sicht nicht mehr für eine Niederlassung entscheiden würde. Selbiges gilt auch für Kassenärzte: Auch in dieser Gruppe zeigen drastisch viele eine negative bis wankende Einstellung zum Kassenvertrag. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte, die den Landarztberuf auf keinen Fall an einen Jungarzt weiterempfehlen würden, ist höher als die derer, die dies ganz sicher tun würden.

Die wichtigsten Ansatzpunkte dabei sind die Reform des Kassensystems, dass zurzeit zu wenig Flexibilität zulässt und Kassenärzten ein vergleichsweise niedriges Einkommen beschert und auch unnötige bürokratische Hürden mit sich bringt. So wäre es etwa dringend notwendig, der Zuwendungsmedizin wieder einen höheren Stellenwert zuzuschreiben, indem die Zeit am Patienten eine adäquate Abgeltung findet.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, um wieder mehr Jungärzte für eine Niederlassung (am Land) zu begeistern, ist eine Verbesserung der Ausbildung. Sowohl bedarf es einer deutlichen Aufwertung der Allgemeinmedizin (auch an den Universitäten) als auch eines praktischen Ausbildungsanteils in Lehrpraxen, damit sich die jungen Mediziner der Herausforderung in der Arztpraxis, speziell dort, wo es keine Krankenhäuser in der unmittelbaren Umgebung gibt, gewachsen fühlen können.

Ein Umstand, der an der erschwerten Nachbesetzung von Landarztstellen sicher einen wesentlichen Anteil trägt, sind die Regelungen für den Erhalt von Hausapotheken in Landarztpraxen, durch die immer mehr Hausärzte den Verlust der Hausapotheke in Kauf nehmen müssen. Für eventuelle Nachfolger bedeutet das nicht nur eine Reduktion der Einkommensmöglichkeiten, sondern häufig auch den Verlust der wirtschaftlichen Bestandsfähigkeit der Ordination.

Besonders wichtig sind den Ärzten auch Entlastungsmaßnahmen. Im Speziellen wird hier immer wieder der Bereitschaftsdienst angesprochen, der besonders für Landmediziner eine immense Belastung darstellt. Hier sind sicher Umstrukturierungsmaßnahmen notwendig, die dem Einzelnen mehr Freizeit verschaffen. Generell ist es wichtig, dass sich der Beruf des niedergelassenen (Land)Arztes besser mit einer modernen Lebensführung in Einklang bringen lässt. Dazu könnten auch innovative Organisationsformen, wie Gruppenpraxen, beitragen.

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Kammeramtsdirektor, Ärztekammer für Oberösterreich

Rechtspolitische Überlegungen zur Neuregelung der Arzneimittel- versorgung in Österreich

Zum Zwecke der besseren Lesbarkeit werden in diesem Aktenvermerk Personenbezeichnungen in der männlichen Form gebraucht, auch wenn sie sich auf Männer und Frauen gleichermaßen beziehen.

1. Bedeutung der Hausapotheke für den Landarzt	56
2. Ärztliches Dispensierrecht	57
3. Entwicklung des Apothekenrechts	60
4. Probleme der aktuellen Regelung des Apothekenrechts	64
5. Vorschläge für eine Neuregelung des Apothekenrechts	66
6. Zusammenfassung	72

Ein Grund für die immer schwierigere Besetzung von Landarztstellen ist im Wegfall von ärztlichen Hausapotheken zu finden, wodurch das Führen einer Landarztstelle wirtschaftlich zunehmend unattraktiver wird. Historisch gesehen ist das Apothekenrecht immer von der Vorstellung ausgegangen, dass Apotheken in Ballungsgebieten die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung übernehmen, während am Land diese Funktion von den Landärzten wahrgenommen wird. Dieses System, das fast 100 Jahre funktioniert hat, geriet durch verfassungsrechtlich induzierte Eingriffe des Gesetzgebers in der jüngeren Vergangenheit ins Wanken. Die geänderte Rechtslage hat dazu geführt, dass eine erhebliche Anzahl von ärztlichen Hausapotheken geschlossen werden musste bzw. unmittelbar vom Schließen bedroht ist, was nicht nur die medikamentöse Versorgung der Landbevölkerung erschwert, sondern auch dazu beigetragen hat, den Landarztberuf unattraktiver zu machen. Der vorliegende Beitrag enthält rechtspolitische Überlegungen, wie eine verfassungskonforme Abgrenzung der Apothekengebiete von jenen Regionen erfolgen könnte, in denen der verschreibende Arzt selbst das Medikament abgibt.

1. Bedeutung der Hausapotheke für den Landarzt

Die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion befasst sich immer häufiger mit der Frage, wie es gelingen kann, die hausärztliche Versorgung auch in peripheren Regionen weiterhin sicherzustellen. Gab es früher in der Regel noch eine Mehrzahl an Bewerbern, unter denen auszuwählen war, wenn es darum ging, eine Landarztstelle nachzubesetzen, kommt es nunmehr in ganz Österreich immer häufiger vor, dass Landarztstellen erst nach wiederholter Ausschreibung oder – in Extremfällen – überhaupt nicht mehr nachbesetzbar sind. Diese Entwicklung ist deshalb dramatisch, weil die Ablöse der vor der Pensionierung stehenden geburtenstarken Jahrgänge Mitte bis Ende der 50er-Jahre noch bevorsteht, gleichzeitig aber die Zahl der unbesetzten Ausbildungsstellen für Allgemeinärzte ständig ansteigt. Es wird daher allgemein damit gerechnet, dass es bereits in naher Zukunft noch wesentlich schwieriger werden wird, freierwerdende Landarztstellen noch geeignet zu besetzen.

Wie Umfragen unter jungen Ärzten zeigen, hat die abnehmende Bereitschaft, sich in ländlichen Gebieten niederzulassen, eine ganze Reihe von Ursachen. Zu diesen Ursachen gehört auch, dass es das Apothekenrecht durch die Novellen des letzten Jahrzehnts erschwert hat, Landärzten die Führung einer sogenannten ärztlichen Hausapotheke zu ermöglichen, also das Recht einzuräumen, Arzneispezialitäten an die eigenen Patienten zu dispensieren. Da der Stellenplan für Kassenverträge im ländlichen Bereich im Interesse einer möglichst wohnortnahen Versorgung in Kauf nimmt, dass Landärzte in der Regel einen kleineren Patientenstock zu erwarten haben als in Ballungsgebieten, ist es wirtschaftlich von großer Bedeutung, dieses Manko durch Einnahmen aus einer Hausapotheke wettzumachen.

Die Zurückdrängung der ärztlichen Hausapotheke durch das aktuelle Apothekenrecht macht daher den Landarztberuf noch unattraktiver und wird damit zur Gefahr für die flächendeckende Versorgung der ländlichen Bevölkerung. Umgekehrt würde eine Erweiterung des Dispensierrechts in ländlichen Regionen dazu beitragen, Ärzte zu motivieren, Landarztpraxen zu übernehmen. Dass dies im Prinzip auch der Gesetzgeber so sieht, ist schon den Materialien zur Apothekengesetznovelle BGBl I 120/1998 zu entnehmen. Im Bericht des Gesundheitsausschusses wird darauf hingewiesen, dass die Schließung von Hausapotheken zu einer Verstärkung des negativen Effekts „Landarztsterben“ führen würde.⁴⁶ Trotzdem

46 GA 1381 BlgNR 20. GP, 1

ist zu konstatieren, dass die derzeitige Rechtslage es ländlichen Ärzten zunehmend unmöglich macht, Hausapotheken zu betreiben. Nicht zuletzt deshalb hat der Gesetzgeber in der letzten Novelle zum Apothekengesetz BGBl I 80/2013, in Reaktion auf das Erkenntnis des VfGH vom 30.6.2012⁴⁷, die Bestimmung des § 62 a Apothekengesetz faktisch nochmals bis 31.12.2018 verlängert, um damit Bedenkzeit zu erreichen und eine verfassungsrechtlich haltbare Dauerlösung für Hausapotheken zu schaffen.

2. Ärztliches Dispensierrecht

In einem weiteren Rahmen stellt sich zunächst die Frage, ob es nicht überhaupt sinnvoll wäre, Ärzten generell das Dispensieren von Arzneispezialitäten zu gestatten. Historisch gesehen bedeutete der Verkauf von Arzneimitteln im Kleinen, also die Abgabe an den Endverbraucher, nicht nur den Einkauf, die Lagerung und den Verkauf von Arzneimitteln, sondern vor allem auch deren Herstellung. Dadurch, dass magistrale Zubereitungen in der Apotheke gegenüber Arzneispezialitäten aber völlig an Bedeutung verloren haben, geht es auch in der Apotheke in der Regel „nur“ um den Verkauf von industriell hergestellten Arzneispezialitäten und damit um eine Tätigkeit, zu der auch Ärzte befähigt sind.

Fachliche Vorbehalte gegen den Verkauf von Arzneispezialitäten durch Ärzte werden in der Diskussion selten laut und wären schon deshalb substanzlos, weil diesen entgegengehalten werden müsste, dass das österreichische Apothekengesetz bereits seit seiner Stammfassung aus dem Jahr 1906 ärztliche Hausapotheken und damit die Dispensiermöglichkeit für Landärzte vorsah. Wären Ärzte nicht im Stande, Arzneimittel zu lagern und an den Patienten weiterzugeben, hätte der Gesetzgeber diese Möglichkeit wohl nie in Betracht gezogen. Obwohl das Institut der Hausapotheke schon so lange existiert und damit große Teile der ländlichen Bevölkerung versorgt werden, gibt es nicht eine einzige höchstgerichtliche Entscheidung, in der über eine Arzthaftung abgesprochen worden wäre, die in einer fehlerhaften Arzneimittelabgabe ihre Grundlage gehabt hätte. Es kann daher auch nicht ernsthaft bestritten werden, dass Ärzte fachlich in der Lage sind, Arzneispezialitäten abzugeben. Die dagegen vorgebrachten Einwände sind daher in der Regel auch anderer Natur.

47 G 33/12

Als Vorteil der öffentlichen Apotheke wird zunächst das umfangreichere Sortiment an Arzneimitteln angesehen. Dem ist allerdings entgegenzuhalten, dass Ärzte jene Arzneyspezialitäten verschreiben werden, die aufgrund ihrer persönlichen Erfahrung erfolgreich waren und daher auf ein spezifisches und eingeschränktes Spektrum von Arzneyspezialitäten zugreifen. Wenn Ärzte selbst Arzneimittel zu dispensieren haben, ist wohl naheliegenderweise davon auszugehen, dass sie auch genau jenes Sortiment in Vorrat halten, das sie aufgrund ihrer eigenen Erfahrung in der Betreuung ihrer Patienten benötigen. Im Gegenteil: In der Praxis stellt sich vor allem im Zusammenhang mit der Verordnung von Generika immer wieder das Problem, dass es – bei rechtskonformem Vorgehen wenigstens nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt – gerade bei Generika zu Aut-simile-Verordnungen kommt, weil der Apotheker das vom Arzt verordnete Generikum nicht lagernd hat. Dazu kommt aber vor allem, dass die Logistik der Arzneimittelbelieferung heute nicht mehr mit der Logistik vor 100 Jahre verglichen werden kann und der Großhandel in der Lage ist, innerhalb kürzester Zeit auch seltene Arzneimittel zu beschaffen, sodass sich das Argument des größeren Apothekensortiments (das sich nicht zuletzt dadurch erklärt, dass die Apotheke Verordnungen vieler verschiedener Ärzte einlöst) als wenig überzeugend erweist.

Als Argument gegen das Dispensierrecht der Ärzte ins Treffen geführt wird auch der Verdacht, dass damit für den Arzt ein Anreiz geschaffen werden könnte, mehr Arzneimittel als notwendig zu verschreiben, um sich einen geschäftlichen Vorteil aus der Hausapotheke zu verschaffen. Tatsächlich zeigen Untersuchungen, die von Seiten der Sozialversicherungsträger durchgeführt wurden, dass hausapothekenführende Ärzte nicht unökonomischer verschreiben als Ärzte, deren Rezepte in einer Apotheke eingelöst werden.⁴⁸

Hingewiesen wird schließlich auch darauf, dass Apotheken gesetzlichen Betriebspflichten unterliegen und damit verpflichtet sind, rund um die Uhr entweder offen zu halten oder für eine Vertretung Sorge zu tragen. Dies änderte aber nichts daran, dass rezeptpflichtige Arzneyspezialitäten eben einer Verschreibung durch einen Arzt bedürfen. Würde dieser Arzt gleichzeitig das Medikament abgeben können, wäre auch in der Nacht oder an Wochenenden, also außerhalb der üblichen Öffnungszeiten der öffentlichen Apotheken, eine sehr viel raschere Arzneimittelversorgung für den Patienten sichergestellt, weil dieser sich den Weg zur Apotheke erspart, der vor allem dann beschwerlich werden kann, wenn es – wie derzeit in ländlichen Gebieten üblich – zu großflächigen Vertretungslösungen zwischen Apotheken kommt.

48 Vgl. Schableger, Schluss mit heilmittelökonomischen Mythen und Märchen über hausapothekenführende Ärzte, SozSi 2006, 403

Man könnte schließlich auch einwenden, dass das Personal in der öffentlichen Apotheke mehr Zeit zur Beratung hat als der Arzt mit seinen Mitarbeitern, der sich nicht nur um die Abgabe der Arzneimittel kümmern muss, sondern vor allem um die ärztliche Betreuung. Dieses Argument spielt allerdings bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln keine Rolle, weil es hier gar nicht darum geht, dass der Apotheker die Entscheidung des Arztes nochmals hinterfragt oder kontrolliert. Diese Beratungsfunktion des Apothekers hat schon aufgrund der derzeitigen Rechtslage nur dort Bedeutung, wo es um das Verschreiben von sogenannten OTC-Präparaten geht, also um Arzneimittel, die keiner Verordnung durch einen Arzt bedürfen. Diesem Argument wäre allerdings entgegenzuhalten, dass sich die Diskussion über das allgemeine Dispensierrecht von Ärzten derzeit vor allem auf das Dispensieren von rezeptpflichtigen Arzneimitteln konzentriert, also ohnehin der Verkauf von OTC-Präparaten in der öffentlichen Apotheke verbleiben würde. Bei den rezeptpflichtigen Arzneimitteln ist aber schwer erkennbar, worin die zusätzliche und für den Patienten notwendige Beratungsleistung des Apothekers liegen könnte, zumal der Arzt schon aus haftungsrechtlichen Gründen verpflichtet ist, den Patienten über die Einnahmemodalitäten und allfällige Nebenwirkungen aufzuklären.

In Summe sind daher wohl Zweifel angebracht, ob ein allgemeines Dispensierrecht für Ärzte tatsächlich die Arzneimittelversorgung der Patienten verschlechtern würde oder ob es nicht umgekehrt zu einer erleichterten Zugänglichkeit käme. Es geht bei der Ablehnung des allgemeinen Dispensierrechts wohl weniger um die Interessen der Patienten als um die wirtschaftlichen Interessen der öffentlichen Apotheken, weil davon auszugehen ist, dass Patienten in der Regel den für sie unbeschwerlicheren Weg der direkten Abnahme von Arzneispezialitäten beim Arzt wählen und sich den Gang in die öffentliche Apotheke ersparen würden.

Ob dieses Argument politisch legitimiert, das allgemeine Dispensierrecht für Ärzte abzulehnen, kann im gegebenen Zusammenhang allerdings dahingestellt bleiben. Da es hier nur um die Frage geht, welche Initiativen gesetzt werden können, um weiterhin eine flächendeckende ärztliche Versorgung am Land zu gewährleisten, geht es nicht um die Frage des generellen Dispensierrechts für Ärzte, sondern nur darum, unter welchen Bedingungen Allgemeinärzte in ländlichen Regionen Arzneispezialitäten dispensieren sollen.

3. Entwicklung des Apothekenrechts

Bereits in der ursprünglichen Fassung des Apothekengesetzes aus dem Jahr 1906 waren neben den öffentlichen Apotheken auch die ärztlichen Hausapotheken vorgesehen. Dem Wortlaut nach ergab sich aus diesen Regelungen, die praktisch unverändert bis 1985 Bestand hatten, ein Vorrang der öffentlichen Apotheke. Die Bewilligung zur Haltung einer Hausapotheke war nach der Urfassung des § 29 Apothekengesetz einem Arzt nur dann zu erteilen, „wenn sich in der Ortschaft, in welcher der Arzt seinen Wohnsitz hat, keine öffentliche Apotheke befindet und mit Rücksicht auf die Entfernung der nächsten derartigen Apotheke an dem Wohnorte des Arztes ein Bedürfnis nach einer Verabreichungsstelle von Heilmitteln besteht“. Allerdings sah § 10 Abs. 3 Apothekengesetz in der Stammfassung vor, dass die Konzession zur Neuerrichtung einer öffentlichen Apotheke zu verweigern war, wenn durch diese Neuerrichtung die Existenzfähigkeit der am Standort oder in der Umgebung bestehenden öffentlichen Apotheken, aber auch der eine Hausapotheke führenden Ärzte gefährdet war. Mit der Novelle 1984 wurde versucht, die bis dahin verhältnismäßig vagen und erst durch die Judikatur genauer definierten Voraussetzungen für die Errichtung öffentlicher Apotheken, aber auch Hausapotheken gesetzlich zu präzisieren.

§ 29 Abs. 1 Apothekengesetz i.d.F. Apothekengesetznovelle 1984 (BGBl 502/1984) sah als Voraussetzung für die Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke durch einen Allgemeinarzt vor, dass sich in der Ortschaft, in der der Arzt seinen Berufssitz hat, keine öffentliche Apotheke befindet und der Berufssitz des Arztes von der Betriebsstätte der nächsten öffentlichen Apotheke mehr als 6 Straßenkilometer entfernt ist. Zur Rücknahme der Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke führte nach § 19 Abs. 4 Apothekengesetz die Neuerrichtung einer öffentlichen Apotheke näher als 4 Straßenkilometer vom Berufssitz des hausapothekenführenden Arztes. Konsequenterweise war in § 29 Abs. 2 Apothekengesetz daher auch vorgesehen, dass Nachfolger eines Allgemeinarztes mit Hausapothekenbewilligung weiterhin ihre Hausapotheke betreiben konnten, wenn sie mindestens 4 (und nicht 6) Straßenkilometer von der nächsten öffentlichen Apotheke entfernt waren.

Die Judikatur hat darin den Ausdruck eines Primats der öffentlichen Apotheke gesehen.⁴⁹ Was aber theoretisch nach einer subsidiären Arzneimittelversorgung durch Hausapotheken in ländlichen Gebieten klang, war praktisch in seiner Umsetzung bereits ein duales System, das in Ballungsgebieten die Versorgung mit öffentlichen Apotheken, in dünner besiedelten Regionen hingegen die Versorgung mit ärztlichen Hausapotheken zur Regel erhob. Diese Konsequenz ergab sich daraus, dass nach § 10 Apothekengesetz einer öffentlichen Apotheke die Konzession grob gesprochen dann zu verweigern war, wenn im Umkreis von 4 Straßenkilometern von der künftigen Betriebsstätte aus nicht mindestens 5.500 Personen zu versorgen waren. In dünn besiedelten Gebieten war daher die Errichtung einer öffentlichen Apotheke nach dem Apothekengesetz ausgeschlossen und damit die Arzneimittelversorgung den ärztlichen Hausapotheken überlassen. Die ärztliche Hausapotheke war daher schon ursprünglich mehr als eine „Notlösung“, wie in der Literatur manchmal behauptet⁵⁰, sondern in dünn besiedelten Gebieten die vom Gesetzgeber intendierte Regelversorgung mit Arzneimitteln.

Dieses in praxi duale System der Arzneimittelversorgung, das davon ausging, dass eine öffentliche Apotheke nur in Ballungsgebieten Sinn macht und es nur in Ballungsgebieten den Patienten zumutbar ist, den Weg vom verschreibenden Arzt zur Apotheke auf sich zu nehmen, geriet durch die Entscheidung des VfGH vom 2.3.1998⁵¹ ins Wanken. Mit diesem Erkenntnis hob der VfGH Teile des § 10 Apothekengesetz als verfassungswidrig auf, weil er unter der Perspektive des Grundrechts auf Erwerbsfreiheit nach Art. 6 StGG kein hinreichendes öffentliches Interesse dafür sah, neuen öffentlichen Apotheken als Voraussetzung für die Konzessionerteilung den Nachweis eines Mindestmaßes an im Umkreis zu versorgenden Personen abzuverlangen. Wegen der zunächst aufrecht bleibenden Konsequenz, dass die Errichtung einer öffentlichen Apotheke näher als 4 Straßenkilometer von der ärztlichen Hausapotheke zur Rücknahme der Bewilligung letzterer führte, kam es tatsächlich zu der bis dahin nur theoretisch am Papier stehenden generellen Subsidiarität der ärztlichen Hausapotheke gegenüber der Arzneimittelversorgung durch öffentliche Apotheken.

Die daraus entstandenen Auswirkungen, insbesondere die damit verbundenen längeren Wegstrecken, die Patienten in ländlichen Gebieten auf sich nehmen mussten, um nach Wegfall der ärztlichen Hausapotheke zu ihren Arzneimitteln zu gelangen, wurden gesundheitspolitisch als unbefriedigend empfunden. Der Gesetzgeber hat sich daher mit der Apothekengesetznovelle 2006 dazu entschlos-

49 zB VfSlg 5648/1967; mwN Potacs/Scholz, Apothekenrecht in Resch/Wallner, Handbuch Medizinrecht, Kapitel XIX, RN 6

50 vgl Schwamberger, Zur Frage der Parteistellung des eine Hausapotheke führenden Arztes im Verfahren zur Erteilung der Konzession für eine öffentliche Apotheke, ZfV 1986, 545 f

51 VfSlg 15103/1998

sen, nun ausdrücklich ein duales System der Arzneimittelversorgung festzuschreiben. Seither sieht § 10 Abs. 2 Apothekengesetz vor, dass in Gemeinden, die mit weniger als zwei GKK-Kassenvertragsarztstellen für Allgemeinmedizin besetzt sind, kein Bedarf nach einer öffentlichen Apotheke besteht, was zur Folge hat, dass derartige Gemeinden primär durch ärztliche Hausapotheken versorgt werden. Mit dieser Novelle wurde daher explizit ein duales System der Arzneimittelversorgung eingeführt.⁵² Diesen neuen Bestimmungen des Apothekengesetzes lag ein parlamentarischer Abänderungsantrag zugrunde, der u. a. damit begründet wurde, dass in ländlichen Gebieten eine Trennung zwischen ärztlicher Tätigkeit und Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln aus ökonomischen Gründen nicht zu der gesundheitspolitischen Zielsetzung der ausreichenden flächendeckenden Versorgung führen kann. In besonderen ländlichen Strukturen (Ein-Kassenvertragsarzt-Gemeinden) stelle die Versorgung durch ärztliche Hausapotheken ausnahmsweise keine der öffentlichen Apotheke untergeordnete Form dar.⁵³

Der VfGH hatte auch diese Neuregelung einer Prüfung zu unterziehen und keine verfassungsrechtlichen Bedenken⁵⁴, sodass der Vorrang der ärztlichen Hausapotheke in Ein-Kassenarzt-Gemeinden weiterhin aufrecht blieb. Der VfGH war in einem späteren Erkenntnis allerdings der Meinung, dass die ebenfalls mit der Apothekengesetznovelle 2006 eingeführte Übergangsbestimmung des § 62 a für Hausapotheken in „Zwei-Kassenarzt-Gemeinden“ eine zu lange Übergangsfrist einräume.⁵⁵ Der Gesetzgeber hat mittlerweile auf dieses Erkenntnis reagiert und § 62 a Apothekengesetz dahingehend novelliert, dass die Übergangsregelung mit 31.12.2018 ausläuft (BGBl I 80/2013). Bis dahin soll eine tragfähige Neuregelung gefunden werden.

Auch der Europäische Gerichtshof hat sich bereits mit der Frage der Zulässigkeit von Bedarfsprüfungen für Apotheken aus der Sicht des Gemeinschaftsrechts befasst. In der Rechtssache Perez u. a.⁵⁶ hat er es für zulässig erachtet, die Errichtung einer öffentlichen Apotheke an eine Bedarfsprüfung zu knüpfen. Der EuGH war zwar der Meinung, dass derartige Zugangsbeschränkungen geeignet sind, die Ausübung der durch den Vertrag garantierten Niederlassungsfreiheit zu behindern oder weniger attraktiv zu machen, dass sie aber – sofern sie ohne Diskriminierung aus Gründen der Staatsangehörigkeit gelten – durch zwingende Gründe des Allgemeininteresses gerechtfertigt werden können. Als derartige zwingende

52 Potacs/Scholz, Apothekenrecht in Resch/Wallner, Handbuch Medizinrecht, Kapitel XIX, RN 12; Potacs, Öffentliche Apotheken und ärztliche Hausapotheken – ein verfassungsrechtlicher Dauerbrenner?, RdM 2009/164, 246

53 Abänderungsantrag 202, 22. GP 4

54 VfGH 26.6.2008, G 12/08

55 VfGH 30.6.2012, G 33/12

56 EuGH vom 1.6.2010, Rs C-570/07, 571/07

allgemeine Interessen kämen insbesondere Beschränkungen der Niederlassungsfreiheit mit dem Ziel in Frage, eine qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Der EuGH war der Auffassung, dass eine Bedarfsprüfung diesem Ziel dienen könne, wenn sie sich als unerlässlich erweist, um eventuelle Lücken im Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens zu schließen und um die Einrichtung von Strukturen einer Doppelversorgung zu vermeiden. Eine Bedarfsprüfung sei ein geeignetes Instrument, die Ansiedlung von Apotheken zu lenken, um auch in weniger attraktiven Gebieten den Zugang zu pharmazeutischen Diensten zu gewährleisten und eine gleichmäßige Verteilung der Apotheken sicherzustellen.

4. Probleme der aktuellen Regelung des Apothekenrechts

Die derzeit gültige, seit der Apothekengesetznovelle 2006 bestehende Regelung weist eine Reihe von Mängeln auf.

- Es erscheint nicht sonderlich logisch und ist wohl auch aus Sicht des verfassungsrechtlichen Sachlichkeitsgebots problematisch, dass seit der genannten Apothekengesetznovelle nur mehr Kassenärzte Hausapotheken führen dürfen. Es ist schon richtig, dass Wahlärzte sich vorrangig in Ballungsgebieten niederlassen, wo ohnehin derzeit die Arzneimittelversorgung durch öffentliche Apotheken erfolgt. Es gibt aber durchaus auch in dünn besiedelten Gebieten Wahlärzte, deren Patienten dann die benötigten Arzneimittel aus der öffentlichen Apotheke beziehen und damit entsprechend lange Wegstrecken in Kauf nehmen müssen.
- Da die Genehmigung zur Führung einer ärztlichen Hausapotheke personengebunden ist, muss im Fall einer Ordinationsnachfolge eine neuerliche Konzession beantragt werden. Dies führt dazu, dass auch in „Ein-Kassenarzt-Gemeinden“, für die an sich die Arzneimittelversorgung durch hausapothekenführende Ärzte vorgesehen ist, unter Umständen ein Allgemeinarzt dann keine Befugnis zur Arzneimittelabgabe erhält, wenn er (als Nachfolger) neu ansuchen muss und sich zwischenzeitig im Umkreis von 6 Straßenkilometern eine öffentliche Apotheke niedergelassen hat, womit das vom Gesetzgeber an sich intendierte „duale“ System unterlaufen wird.
- Die Bezugnahme auf das Gemeindegebiet als Anknüpfungspunkt für die Abgrenzung des Versorgungsgebiets der Hausapotheken von den öffentlichen Apotheken ist deshalb problematisch, weil derzeit in einigen Bundesländern Gemeindefusionen diskutiert werden bzw. zum Teil auch schon umgesetzt wurden. Es ist sachlich nicht nachvollziehbar, weshalb derartige Entscheidungen dazu führen sollten, dass plötzlich die Patienten wesentlich weitere Wege zur Beschaffung von Arzneimitteln in Kauf nehmen müssen (siehe dazu auch unten).
- Die ursprüngliche und fast das gesamte 20. Jahrhundert in Geltung gestandene Regelung sah praktisch vor, dass öffentliche Apotheken den Ballungsraum versorgen, während außerhalb der Ballungsgebiete die Arzneimittel direkt beim Arzt bezogen werden konnten. Dies wurde dadurch erreicht, dass außerhalb von Ballungsgebieten keine Konzession an öffentliche Apotheken verge-

ben wurde und damit der Weg für die Direktversorgung der Patienten durch den behandelnden Arzt frei war. Die in der jüngeren Vergangenheit entstandenen Neuregelungen haben diese bewährte Struktur in Frage gestellt und dazu geführt, dass etliche Hausapotheken ihren Betrieb einstellen mussten. Dies bedeutet in ländlichen Gebieten eine Verschlechterung der Versorgung mit Arzneimitteln, weil damit weitere Wegstrecken in Kauf genommen werden müssen, was sich dadurch verschärft, dass es im ländlichen Bereich auch ein wesentlich schwächer ausgebautes Netz von öffentlichen Verkehrsmitteln gibt. Das immer wieder geäußerte Gegenargument, dass die öffentliche Apotheke im Unterschied zum hausapothekenführenden Arzt einer Betriebspflicht unterliegt, erweist sich bei näherer Betrachtung als völlig irreführend. In ländlichen Bereichen ist es öffentlichen Apotheken aus wirtschaftlichen Gründen oft gar nicht möglich, rund um die Uhr den Betrieb aufrecht zu erhalten, weshalb es i.S.d. § 8 Apothekengesetz häufig dazu kommt, dass die Behörden großräumige Vertretungslösungen mit anderen öffentlichen Apotheken genehmigen, sodass sich der Vorteil der Betriebspflicht in sein Gegenteil verkehrt. Da der Abgabe des Arzneimittels in Notfällen praktisch immer eine Verschreibung durch einen diensthabenden Arzt zugrunde liegt, erweist sich nicht die Erreichbarkeit des Arztes als Problem, sondern die Erreichbarkeit der nächstgelegenen öffentlichen Apotheke.

- Die seit der Apothekengesetznovelle 1984 geltende Anknüpfung an die Straßenkilometer führt in der Praxis zu absurden Ergebnissen. Nicht nur, dass die nach ganz anderen Gesichtspunkten erlassenen Regelungen des öffentlichen Verkehrs (wie etwa auch die Regelungen für Einbahnstraßen) plötzlich eine entscheidende Rolle für die Art der Arzneimittelversorgung spielen können, werden auch Standortentscheidungen von Ärzten und Apotheken bisweilen danach getroffen, ob die vom Apothekengesetz geforderten Grenzen eingehalten werden. Dies kann nun wieder dazu führen, dass es zu einer für die Patienten nicht optimalen Standortwahl kommt und diese weitere Wege zum Arzt in Kauf nehmen müssen, um umgekehrt in den Vorteil zu kommen, die Arzneimittel beim Arzt direkt beziehen zu können. Es stellt sich daher die Frage, ob es nicht sinnvollere Parameter zur Abgrenzung der durch öffentliche Apotheken und der durch ärztliche Hausapotheken zu versorgenden Regionen geben könnte.

5. Vorschläge für eine Neuregelung des Apothekenrechts

Bei der Zuweisung der Gebiete zu öffentlichen Apotheken oder zu ärztlichen Hausapotheken handelt es sich naturgemäß um eine politisch äußerst sensible Frage, die nicht nur aus Sicht der Gesundheitsversorgung gesundheitspolitisch heikel ist, sondern existenzielle Fragen des Berufsstands der öffentlichen Apotheken, aber auch der Landärzte betrifft. Es gibt daher zu dieser Abgrenzung eine große Anzahl divergierender Meinungen und die folgenden Überlegungen können daher nur die ganz persönliche Auffassung des Autors wiedergeben.

Ausgegangen werden muss bei Überlegungen zur Abgrenzung der Arzneimittelversorgung jedenfalls – sofern sich der Gesetzgeber, was wohl kaum zu erwarten ist, nicht dazu durchringt, Apothekenregelungen im Verfassungsrang zu erlassen – von den Vorgaben, die die Verfassung und davon ausgehend auch die einschlägigen Entscheidungen des Verfassungsgerichtshofs entwickelt haben, wobei es insbesondere um das Grundrecht auf Erwerbsfreiheit nach Art. 6 StGG, aber auch um das Sachlichkeitsgebot i.S.d. Art. 7 B-VG geht.

Dabei ist zunächst davon auszugehen, dass der Gesetzgeber zur Sicherung einer klaglosen Heilmittelversorgung zwischen verschiedenen Ordnungssystemen wählen kann, wie dem System des Primats öffentlicher Apotheken oder einem dualen System, in dem ein bestimmter Versorgungsbereich grundsätzlich den ärztlichen Hausapotheken vorbehalten bleibt.⁵⁷ Klar ist aber auch, dass eine Zugangsschranke für den öffentlichen Apotheker, aber auch für den eine Abgabebewilligung anstrebbenden Arzt einen Eingriff in das Grundrecht auf Erwerbsfreiheit bedeutet und daher nur dann verfassungskonform ist, wenn die Einschränkung im öffentlichen Interesse liegt, zur Verfolgung des öffentlichen Interesses geeignet und erforderlich sowie auch sonst adäquat ist.⁵⁸ Als im öffentlichen Interesse gelegene Ziele anerkennt der VfGH sowohl die Sicherung der Heilmittelversorgung, als auch die Sicherung der ärztlichen Versorgung⁵⁹, wobei Letzteres gerade für die Versorgung ländlicher Regionen mit Allgemeinärzten relevant ist.

57 Potacs, Öffentliche Apotheken und ärztliche Hausapotheken – ein verfassungsrechtlicher Dauerbrenner?, RdM 2009/164, 249

58 vgl Potacs, Öffentliche Apotheken und ärztliche Hausapotheken – ein verfassungsrechtlicher Dauerbrenner?, RdM 2009/164, 247

59 Potacs, aaO, 248

Im Verhältnis zwischen der Arzneimittelversorgung durch öffentliche Apotheken einerseits und niedergelassene Ärzten andererseits sind folgende Lösungen denkbar:

a) Vollständig duales System

Die liberalste Lösung würde darin bestehen, von der Bedarfsprüfung für öffentliche Apotheken völlig abzusehen (vielleicht ausgenommen das Erfordernis eines 500-m-Abstands zwischen den öffentlichen Apotheken) und damit die Errichtung jeder öffentlichen Apotheke sowohl im städtischen als auch im ländlichen Bereich zu ermöglichen, umgekehrt aber auch allen niedergelassenen Ärzten die Befugnis einzuräumen, an ihre Patienten die von ihnen verschriebenen Arzneyspezialitäten auch direkt abzugeben. Dies hätte für die Patienten den Vorteil, dass sie völlig frei wählen können, wo sie die benötigten Arzneimittel beziehen wollen. Eine solche Lösung würde den Patienten im städtischen Bereich Wege ersparen, weil auch niedergelassene Ärzte verschreibungspflichtige Arzneyspezialitäten abgeben dürften. Umgekehrt würde diese Lösung im ländlichen Bereich den Patienten unter Umständen eine zusätzliche Option eröffnen, weil sie näher als derzeit Zugang zu OTC-Präparaten aus einer Landapotheke hätten.

Auch aus verfassungsrechtlicher Sicht ergeben sich zumindest auf den ersten Blick keine Bedenken, weil es weder Zugangsbeschränkungen für öffentliche Apotheken gäbe noch die Befugnis der Ärzte zur Abgabe von Arzneimitteln eingeschränkt würde.

Allerdings ist nachvollziehbar, dass von Seiten der öffentlichen Apotheken die Befürchtung erheblicher Umsatzeinbußen besteht, weil zu erwarten ist, dass viele Patienten, die derzeit verschreibungspflichtige Arzneimittel aus öffentlichen Apotheken beziehen, diese im Fall eines allgemeinen ärztlichen Dispensierrechts direkt in der Ordination kaufen würden, um sich Wege zu ersparen. Es ist daher fraglich, ob eine derartige vollständige duale Lösung in der politischen Realität Umsetzungschancen hat.

b) Konsequentes Mischsystem

Sowohl die ursprüngliche faktische Konzeption des Apothekengesetzes als auch die explizite Regelung seit der Apothekengesetznovelle 2006 geht von einem Mischsystem aus, das die Regionen trennt, die von öffentlichen Apotheken versorgt werden sollen (nämlich die Ballungsgebiete), und jenen, in denen die Arzneimittelversorgung über hausapothekenführende Ärzte abgewickelt wird (dünn besiedelte Gebiete).

Angeknüpft wird derzeit an den zwischen den Sozialversicherungsträgern (in der Realität den Gebietskrankenkassen) und den Landesärztekammern vereinbarten Stellenplänen. In Gemeinden, in denen nur ein Kassenvertrag für einen Allgemeinarzt vorgesehen ist, soll die Versorgung grundsätzlich über ärztliche Hausapotheken erfolgen, in den anderen Regionen kann eine Bewilligung für öffentliche Apotheken erteilt werden.

Es stellt sich die Frage, ob dieser Anknüpfungspunkt tatsächlich optimal ist, weil man dagegen einige Einwände erheben kann:

- Die Entscheidung, ob eine Arzneimittelversorgung durch eine öffentliche Apotheke im Hinblick auf die damit verbundenen weiteren Wegstrecken den Patienten gegenüber zumutbar ist, hängt von der topographischen Situation und den Verkehrsverhältnissen ab. Diese spielen wohl auch eine Rolle bei der Kassenarzt-Stellenplanung, allerdings kommen eine ganze Reihe weiterer Faktoren hinzu, die zwar für die Frage wichtig sind, ob eine Kassenstelle errichtet werden soll, mit der Frage der Arzneimittelversorgung aber nichts zu tun haben.
- Im Hinblick auf aktuelle Diskussionen über die Zusammenlegung von Gemeinden kann die Bezugnahme auf Gemeindegrenzen zu sachfremden Ergebnissen führen. Wenn aus ökonomischen oder administrativen Gründen Gemeinden zusammengelegt werden, ändert dies nichts an der bisherigen Verkehrs- und topographischen Situation, kann aber auf einmal dazu führen, dass Patienten die Möglichkeit verlieren, direkt bei ihrem Arzt Arzneimittel zu beziehen. Das hat dazu geführt, dass sich der Bundesgesetzgeber in der letzten Apothekengesetznovelle BGBl I 80/2013 zu einer Art „Versteinerung“ entschlossen und in § 63 festgelegt hat, dass für die Beurteilung der Apotheken respektive Hausapothekenbewilligung die Gemeindegrenzen herangezogen werden sollen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Hausapothekennovelle 2006 gegolten haben. Damit bekommt der Gesetzgeber zwar die Problematik der Gemeindezusammenlegungen in den Griff, allerdings stellt sich die Frage, ob eine solche Vorschrift tatsächlich administrativ auf Dauer sinnvoll ist.
- Der Stellenplan kann sich wesentlich rascher verändern als die demografischen Bedingungen. So wird etwa in den nächsten Jahren ein zunehmender Arztmangel erwartet, der durchaus dazu führen kann, dass Stellenpläne eingeschränkt oder bisher vollversorgte Gebiete nur mehr mit Zweitordinatoren betreut werden können. Dies könnte dazu führen, dass aus ursprünglichen „Zwei-Kassenvertragsarzt-Gemeinden“ „Ein-Kassenvertragsarzt-Gemeinden“ werden. Hat sich in der Zwischenzeit eine öffentliche Apotheke niedergelassen, dann kann diese trotz Wegfalls der Bedarfsbedingungen

nicht zurückgenommen werden und die Patienten können weiterhin ihre Arzneimittel nicht direkt beim Arzt beziehen. Aber auch für die Apotheker ergibt sich eine prekäre Situation, weil die Apothekenkonzession persönlich erteilt wird und daher ein Betriebsübergang an einen Nachfolger nicht mehr in Frage kommt, was auch die Möglichkeit einengt, bis zur Schließung der Apotheke in diese zu investieren.

Wird ein Standort aus Ärztemangel nur mehr über eine Zweitordination betreut, dann verlieren die an dieser Zweitordination zu betreuenden Patienten die Möglichkeit, von ihrem Arzt direkt die Medikamente zu beziehen, weil die Judikatur für Hausapotheken ein Kumulierungsverbot statuiert.⁶⁰ Dies ist deshalb absurd, weil gerade solche Gegenden, die dann nur mehr durch Zweitordinationen versorgt werden, typischerweise besonders abgelegen und verkehrstechnisch schlecht erschlossen sind.

- Die derzeitige Regelung ist außerdem insofern inkonsequent, als § 29 Abs. 1 Z 3 Apothekengesetz weiterhin vorsieht, dass auch in „Hausapothekenregionen“ (also in Gemeinden, die nur von einem Kassenarzt versorgt werden) die Hausapothekenbewilligung zu versagen ist, wenn die Betriebsstätte der nächsten öffentlichen Apotheke nicht mehr als 6 Straßenkilometer entfernt ist. Den dagegen in der Literatur erhobenen Bedenken⁶¹ ist der VfGH, wenn auch bedauerlicherweise ohne Auseinandersetzung mit den in der Literatur vorgetragenen Argumenten, nicht gefolgt.⁶² Wenn man aber bedenkt, dass selbst eine Wegstrecke von 6 Kilometern in Gegenden, in denen keine vernünftige Versorgung mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erwarten ist, realistischerweise die Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs erfordert, zeigt sich, dass diese Lösung gerade für die ältere Bevölkerung wenig befriedigend ist.
- Schließlich und vor allem zeigt sich in den letzten Jahren ein ständiger Rückgang von ärztlichen Hausapotheken, der durch die apothekengesetzlichen Neuregelungen ausgelöst wurde. Dies führt – wie eingangs angesprochen – dazu, dass die Übernahme einer Landarztstelle für junge Ärzte immer unattraktiver wird und gefährdet damit auch die ärztliche Versorgung der Bevölkerung außerhalb der Städte.

Es erschiene daher aus all diesen Gründen, vor allem aber auch aus Gründen der Rechtssicherheit m.E. zielführender, anstelle der derzeitigen Kriterien klar

60 Vgl. Potacs/Scholz, Apothekenrecht in Resch/Wallner, Handbuch Medizinrecht, Kapitel XIX, RN 108

61 Potacs, Öffentliche Apotheken und ärztliche Hausapotheken – ein verfassungsrechtlicher Dauerbrenner?, RdM 2009/164, 249 ff

62 VfGH 16.12.2009, B 990/09

die Regionen zu definieren, die durch öffentliche Apotheken versorgt werden sollen, und jene, in denen die Ärzte ihre Patienten direkt mit Arzneimitteln versorgen. Kriterium dafür könnte die amtlich erhobene Bevölkerungsdichte sein, wobei diese so definiert werden müsste, dass tatsächlich das Ziel erreicht wird, öffentliche Apotheken in städtischen Gebieten und Hausapotheken außerhalb dieser zu positionieren. Aus Gründen der Rechtsklarheit könnte der gesetzlich verankerte Grenzwert der Bevölkerungsdichte durch eine Verordnungsermächtigung ergänzt und dem Ordnungsgeber aufgetragen werden, die (Stadt-)Gemeinden, die sozusagen „Apothekengebiet“ sind, ausdrücklich und in regelmäßigen Abständen (etwa alle fünf Jahre) aufzulisten. Damit würden sich auch die derzeitigen oft überraschend komplizierten Verfahren erübrigen, um die Entfernung zwischen Ordinationsstandort und nächster öffentlicher Apotheke zu berechnen. Für alle Beteiligten wäre von vornherein klar, ob sie mit einer Bewilligung zur Arzneimittelabgabe rechnen können. Sowohl die Ärzte als auch die Apotheker müssten nicht mehr ihre Standortwahl nach dem Apothekengesetz ausrichten, sondern könnten sich ausschließlich an den Bedürfnissen der Patienten orientieren. Vor allen Dingen aber wäre, wenn die Regionen außerhalb der Ballungsgebiete klar als Hausapothekengebiete definiert werden, ein wesentlicher Beitrag gegen das Landarztsterben geleistet.

Die vorgeschlagene Lösung, die die Abgrenzung zwischen Apotheken- und Hausapothekenbewilligungen nach der Bevölkerungsdichte vornimmt, wäre wohl auch aus verfassungsrechtlicher Sicht gut argumentierbar.

Im Unterschied zur unter a) diskutierten Lösung, nach der sich sowohl öffentliche Apotheken überall niederlassen als auch alle Ärzte in ihrer Ordination Arzneimittel dispensieren können, stellt sich allerdings bei einem „Mischsystem“ der Arzneimittelversorgung sowohl hinsichtlich der Ärzte, als auch (natürlich noch mehr) hinsichtlich der Apotheker die Frage der Rechtfertigung des Grundrechtseingriffs bezüglich der Erwerbsfreiheit.

Was die Ärzte anlangt, die in städtischen Gebieten (so wie bisher) Arzneimittel nicht vertreiben dürften, hat der VfGH schon bisher keine Bedenken gehabt und ist wohl davon ausgegangen, dass für diese Einschränkung sachliche Gründe der öffentlichen Arzneimittelversorgung ins Treffen geführt werden können. Was die Apotheken betrifft, hat der Verfassungsgerichtshof mit seiner Entscheidung vom 26.6.2008 (G 12/08) die Apothekengesetznovelle 2006, mit der ausdrücklich ein duales System der Arzneimittelversorgung eingeführt wurde, als verfassungskonform bestätigt. Der VfGH konnte auch die dafür in den Materialien geäußerten Motive des Gesetzgebers nachvollziehen, insbesondere dass in bestimmten ländlichen Gebieten aus ökonomischen Gründen die Trennung von ärztlicher Tätigkeit und Versorgung der Bevölkerung mit Arz-

neimitteln nicht sinnvoll und gesundheitspolitischen Zielsetzungen abträglich sei. Wo aber genau die Grenze zu ziehen ist, bis zu der die Versorgung mit öffentlichen Apotheken sinnvoll erscheint, liegt wohl im sachlichen Ermessen des einfachen Gesetzgebers.

c) „Gemäßigtes“ Mischsystem

Die derzeitige Rechtslage des Apothekengesetzes durchbricht das Konzept der dualen Versorgung insofern, als es in den Regionen, die prinzipiell durch ärztliche Hausapotheken versorgt werden sollen, den öffentlichen Apotheken eine gleichsam ergänzende, wenn auch in der Praxis weitgehend theoretische Rolle zuweist. Nach § 10 Apothekengesetz könnte eine Bewilligung zur Errichtung einer öffentlichen Apotheke auch in „Ein-Kassenarzt-Gemeinden“ erteilt werden, also in Gebieten, in denen die Versorgung durch ärztliche Hausapotheken erfolgen sollte. Dies dann, wenn der niedergelassene Kassenarzt nicht von der Möglichkeit Gebrauch macht, eine ärztliche Hausapotheke zu führen. Praktisch kommt ein derartiger Fall natürlich nicht vor. Einerseits deshalb, weil niedergelassene Ärzte aus wirtschaftlichen Gründen, aber auch im Sinne ihrer Patienten immer ein Interesse daran haben, eine Hausapotheke zu führen, wenn ihnen diese Möglichkeit gesetzlich eingeräumt ist. Andererseits aber auch deshalb, weil in solchen Gebieten die ökonomische Führung einer öffentlichen Apotheke praktisch ausgeschlossen ist.

Theoretisch gebe es noch einen weiteren Fall, der aber wieder praktisch nicht vorstellbar ist. Da § 10 Apothekengesetz für die Erteilung einer Konzession zur öffentlichen Apotheke lediglich voraussetzt, dass in der in Aussicht genommenen Standortgemeinde ein Arzt seinen Berufssitz hat, Voraussetzung für die Führung einer ärztlichen Hausapotheke hingegen nach § 29 Abs. 1 Z 1 Apothekengesetz ein aufrechter Kassenvertrag zu einer Gebietskrankenkasse ist, wäre es theoretisch denkbar, dass in einer Gemeinde mit einem nur als Wahlarzt oder als Vertragsarzt der sogenannten kleinen Kassen tätigen Allgemeinarzt eine öffentliche Apotheke eine Konzession erlangen könnte. Dies ist noch theoretischer als der zuvor genannte Fall, weil das Einzugsgebiet der öffentlichen Apotheke noch bescheidener und damit die wirtschaftlichen Chancen einer solchen noch mäßiger wären.

In der Praxis erweist sich daher eine derartige „Subsidiaritätsregel“, die die Versorgung der ländlichen Gebiete um die Möglichkeit ergänzt, im Bedarfsfall eine öffentliche Apotheke zu errichten, als völlig entbehrlich.

Wenn der Gesetzgeber – entgegen der praktischen Erfahrung – tatsächlich befürchtet, dass die Ärzte in den „Hausapotheken-Regionen“ von der Möglichkeit

keinen Gebrauch machen, ihre Patienten mit Arzneimittel zu versorgen, könnte allenfalls daran gedacht werden, den Spieß umzudrehen und die Allgemeinärzte in den ländlichen Gebieten zu verpflichten, eine Hausapotheke zu führen. Angesichts der Realität der Arzneimittelversorgung erscheint eine derartige Verpflichtung zwar wie gesagt überflüssig, wäre aber zumindest sachgerechter als die in der Praxis ohnehin nicht eingelöste Ergänzungsrolle der öffentlichen Apotheke.

6. Zusammenfassung

Nachdem fast ein Jahrhundert lang die Regelungen des Apothekengesetzes die Gebiete, in denen öffentliche Apotheken die Arzneimittelversorgung übernehmen, klar von jenen unterschieden haben, in denen die Allgemeinärzte ihren Patienten Arzneimittel verschaffen, ist dieses System durch das Erkenntnis des VfGH vom 2.3.1989/63 aus den Fugen geraten. Mehrfache Novellierungen im letzten Jahrzehnt zeigen, dass es bisher nicht gelungen ist, einen für die medizinische Versorgung der Landbevölkerung sinnvollen Abgrenzungsmodus zu finden, der gleichzeitig den verfassungsrechtlichen Vorgaben gerecht wird.

Da von dieser Abgrenzung auch existenzielle berufliche Fragen betroffen sind, verläuft die gesundheitspolitische Diskussion äußerst heftig und ist die Lösung dieser Frage entsprechend heikel.

Will man Konflikte mit dem Grundrecht auf Erwerbsfreiheit vermeiden und den Patienten möglichst viele Optionen für die Arzneimittelversorgung geben, wäre es vermutlich am Einfachsten, sowohl die Bedarfsprüfung für öffentliche Apotheken abzuschaffen als auch ein allgemeines Dispensierrecht für alle niedergelassenen Ärzte einzuführen.

Da es gesundheitspolitisch aber wenig wahrscheinlich ist, dass der Gesetzgeber sich zu einer derartig radikalen Lösung durchringt, bedarf es einer klaren Abgrenzung zwischen den Gebieten, die durch öffentliche Apotheken versorgt werden sollen (städtische Regionen), und jenen, in denen der Hausarzt für die Arzneimittelversorgung zuständig ist (ländliche Gebiete). Nach der persönlichen Auffassung des Autors erschiene als empfehlenswerteste Lösung dafür das Anknüpfen an die Bevölkerungsdichte. In städtischen Regionen, die einen gesetzlich exakt festzulegenden Grenzwert der Bevölkerungsdichte übersteigen, sollten öffentliche

Apotheken zugelassen werden, außerhalb dieser Regionen sollte der Auftrag zur Arzneimittelversorgung an die niedergelassenen Allgemeinärzte ergehen. Könnte man sich auf einen entsprechenden Grenzwert einigen, wäre es möglich, gleichzeitig eine Verordnungskompetenz zu schaffen, die es erlauben würde, in regelmäßigen Abständen (etwa alle fünf Jahre) die Apothekengebiete (aus denen sich dann umgekehrt auch die Regionen ergeben, die mit ärztlichen Hausapotheken zu versorgen sind) ausdrücklich zu bezeichnen. Damit würde auch das Verfahren auf Konzessionserteilung einer öffentlichen Apotheke bzw. ärztlichen Hausapotheke wesentlich einfacher als bisher abgeführt und ein Mehr an Rechtssicherheit erreicht werden können. Die Abgrenzung müsste allerdings berücksichtigen, dass die ärztliche Hausapotheke mittlerweile ein wesentlicher Standortfaktor für die Übernahme von Landarztordinationen geworden ist und dass daher gerade Landärzten das Dispensieren von Arzneimitteln ermöglicht werden muss, um die unmittelbar drohende Gefahr eines Landarztsterbens in den Griff zu bekommen.

Das Gesundheitszentrum in Sankt Agatha: ein innovatives Vorzeigeprojekt

*Mag. Katharina Riedler im Gespräch
mit dem Ärztetehepaar Dr. Johanna und Martin Schiffkorn*

- | | |
|--|----|
| 1. Gesundheitszentren am Land – eine gesunde Alternative | 76 |
| 2. Das Modell in St. Agatha | 77 |

Der Beitrag schildert das Gesundheitszentrum von St. Agatha, einer kleinen Gemeinde in Oberösterreich, das von den Allgemeinmedizinerinnen Dr. Johanna und Martin Schiffkorn gegründet und weiterentwickelt wurde. Das innovative Modellprojekt zeigt, welche Vorteile sich durch Gesundheitszentren in peripheren Gebieten sowohl für Ärzte, Patienten und das Gesundheitssystem ergeben können und wie sich auch moderne Arbeitsweisen der Ärzte darauf auswirken. Patientenorientierung, interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperationen mit nichtärztlichen Dienstleistern sowie ständige Fortbildungen tragen hier ebenso viel bei wie die Hausapotheke im Gebäude.

1. Gesundheitszentren am Land – eine gesunde Alternative

Zahlreiche Studien und Zukunftsszenarien zeigen, dass eine adäquate wohnortnahe Gesundheitsversorgung am Land mangels ausreichender Ärztezahlen, allgemeiner Landflucht und vieler struktureller und organisatorischer Hindernisse und Strickfallen vielerorts vielleicht in ein paar Jahren nicht mehr selbstverständlich sein könnte. Die Politik hat bis heute kaum etwas unternommen, um dem Problem entgegenzuwirken. Umso mehr muss man sich freuen, wenn es Ärzte und Ärztinnen gibt, die Eigeninitiative zeigen und selbstständig praktikable Lösungen finden – auf eigenes Risiko und mit viel Ideenreichtum.

Gesundheitszentren, die es Ärzten ermöglichen, gemeinsam unter einem Dach zu praktizieren, sind sicher eine sehr praktikable Variante. Einerseits wollen heute die meisten Ärzte nicht mehr als Einzelkämpfer in der Peripherie arbeiten und andererseits können durch die Zusammenarbeit viele Synergien genützt werden, die auch aus wirtschaftlicher Sicht sehr hilfreich sind. Können sich Ärzte in geeignete Räumlichkeiten einmieten und müssen daher keine Unsummen bei der Praxisgründung investieren, fällt ihnen die Entscheidung für eine Niederlassung mit Sicherheit in vielen Fällen leichter. Für Wahlärzte ist gerade eine Niederlassung im ländlichen Raum mit einem größeren finanziellen Risiko verbunden, da weniger sicher ist, dass sich in der Umgebung genug Patienten finden, um ein wirtschaftliches Auslangen zu finden. Die Vorteile eines Gesundheitszentrums können hier durchaus ein gewisses Mehr an Sicherheit bieten.

Der Bau eines Gesundheitszentrums, das Medizinern einen Raum für ihre Tätigkeit zur Verfügung stellt und die Möglichkeit ausgedehnter Zusammenarbeit bietet, könnte also helfen, auch am Land eine hervorragende interdisziplinäre ärztliche Infrastruktur zu erhalten bzw. zu schaffen. Die Patienten haben den Vorteil, dass sie Haus- und Fachärzte unter einem Dach vorfinden, Weg- und Wartezeiten verkürzen sich ebenfalls. Das ärztliche Angebot könnte darüber hinaus durch verschiedenste nichtärztliche Angebote, wie etwa Physiotherapie oder eine Diabetesschwester, abgerundet werden. Viele medizinische Leistungen werden in einem Zentrum wohnortnah angeboten, wodurch sich viele Ambulanzbesuche erübrigen und somit das Gesundheitssystem entlastet wird. Das im Folgenden dargestellte Gesundheitszentrum in St. Agatha zeigt, wie eine Initiative eines Arztehepaars dazu führte, dass sich verschiedenste Ärzte am Land ansiedelten, die medizinische Versorgung der Bevölkerung verbessert wurde und außerdem das Gesundheitssystem durch innovative Arbeits- und Kooperationsformen der Ärzte nachhaltig gestützt wird.

2. Das Modell in St. Agatha

2.1. Entstehung

Sankt Agatha ist eine Gemeinde mit etwas über 2.000 Einwohnern im Bezirk Grieskirchen in Oberösterreich. Etwa 20 Kilometer sind es bis in die nächsten Bezirkshauptstädte Grieskirchen oder Eferding, rund 40 Kilometer nach Linz. Sankt Agatha ist also als klassische Landgemeinde zu bezeichnen. Vor einigen Jahren erkrankte dann der Hausarzt von St. Agatha und suchte nach einem Vertreter. Davon erfuhr das Arztehepaar Dr. Martin und Dr. Johanna Schiffkorn über einen Bekannten. Damals arbeiteten die beiden als Allgemeinmediziner im Linzer AKH. Ihren Turnus hatten sie zuvor ebenfalls in der Landeshauptstadt absolviert. Im Jahr 2007 erklärte sich Frau Dr. Schiffkorn, die damals am AKH einer Teilzeittätigkeit nachging, spontan dazu bereit, die Vertretung des erkrankten Kassenarztes von St. Agatha zu übernehmen. Das Arztehepaar träumte zwar schon während des Studiums von einer eigenen Praxis am Land, aber dennoch ist sich Frau Dr. Schiffkorn sicher: *„Wäre es damals nicht zufällig zu dieser Vertreterregelung gekommen, dann wäre ich mit Sicherheit Neurologin geworden.“* Herr Dr. Schiffkorn lernte in dieser Zeit im Rahmen von Notarzdiensten, die er im Bezirk übernahm, die Region und die Menschen kennen und lieben. *„Die Menschen dort sind unkompliziert, freundlich und sehr entgegenkommend – das hat mir immer schon zugesagt“*, schwärmt er beim Interview über die Bewohner der Gegend, während seine Frau zustimmend nickt. Deshalb übernahm der Allgemeinmediziner auch im Jahre 2011, nach einjähriger Übergangsphase in einer Gruppenpraxis, die Landarztstelle des früheren Gemeindefarztes Dr. Georg Vinatzer, der in Pension ging.

Bald zeigte sich jedoch, dass die Räumlichkeiten der bisherigen Kassenpraxis zu beengt waren und den modernen Anforderungen nicht mehr genügten. Darüber hinaus wurden auch die Patienten immer zahlreicher, denn durch die Spitalsreform kam es zur Auslagerung vieler Patienten in die Praxis, wie etwa zu Nachuntersuchungen oder Infusionsgaben, die zuvor in den Spitalsambulanzen durchgeführt wurden. Eine grundsätzlich sehr positive Entwicklung, die jedoch mehr Platz in der Ordination erforderlich machte. Die Schiffkorns machten sich daher 2010 auf die Suche nach einem Baugrund für eine neue Praxis. Dabei war ihnen die Gemeinde eine große Hilfe, wodurch rasch ein guter Platz gefunden wurde. Da es sich bei dem Grundstück um eine Hanglage handelte, wurde die Idee geboren, nicht nur eine Praxis, sondern „mehr“ zu erschaffen. Denn Kooperationen, etwa mit einer Diabetesschwester, „Therapie aktiv“ und den Rot-Kreuz-Schwestern

der Hauskrankenpflege gab es schon damals. Warum also nicht gleich für alle Platz schaffen?

Bei Planung und Bau des Gebäudes wurde besonders darauf geachtet, eine Wohlfühlumgebung für die Patienten und natürlich auch die Mitarbeiter zu schaffen. Die Räumlichkeiten zeichnen sich daher durch Offenheit und Licht aus und werden ringsum von Blüh- und Grünpflanzen geschmückt. Die Farbe Grün (Farbe der Gesundheit) zieht sich durch das gesamte Gestaltungskonzept. Der Künstler Prof. Georg Stifter aus Ottensheim schuf ein Kunstwerk im Gesundheitszentrum, dessen Name das Motto des Betriebes sein könnte: „Miteinander“ heißt die Skulptur, die er aus Metallpfeilern und Steinen vom Bau fertigte und die drei sich umarmende Menschen darstellt. Um die Wohlfühlatmosphäre noch zu verstärken und eine Begegnung auf Augenhöhe zu ermöglichen, tragen die Ärzte im Gesundheitszentrum keine weißen Kittel: *„Vor allem Kindern nimmt das die Angst vor dem Doktor“*, verrät Frau Dr. Schiffkorn. Aber auch auf praktische Dinge wurde viel Wert gelegt. Viele Gespräche mit anderen Ärzten wurden geführt, Bücher gelesen und bestehende Ordinationen besucht. *„Wir hatten auch das Glück, einen guten und engagierten Planer zu haben“*, sind sich die Mediziner heute einig. So wurden Räume etwa auf Basis von Weg-Zeit-Diagrammen angeordnet, nach deren Prinzip häufig beschrittene Wege möglichst kurz gehalten wurden. Im Zentrum des Gebäudes ist heute daher die Hausapotheke angesiedelt und der Eingriffsraum liegt an einer für die Rettung rasch erreichbaren Stelle. Im September 2013 eröffnete das Arztehepaar schließlich das neue Gesundheitszentrum, das 400 Quadratmeter auf zwei Stockwerken umfasst und neben der Hausarztpraxis noch viel Raum für Fachärzte und andere medizinische Dienstleister bietet.

Bei der Frage, ob das neue Angebot von der Bevölkerung auf Anhieb gut angenommen wurde, erzählen die beiden Mediziner von der Eröffnung des Gebäudes Anfang September 2013, bei der gut 2.000 Leute anwesend waren, Vereine musizierten und es Essen für alle gab. Die Stimmung war bestens und alle freuten sich über das neue Gesundheitszentrum. Die Unterstützung und der Zuspruch aus der Bevölkerung waren enorm und beeindruckt die Schiffkorns bis heute. Überhaupt sind sie der Meinung, dass der Wunsch nach einem solchen Haus ursprünglich nicht nur von ihnen, sondern vor allem von den Menschen selbst kam. Aber auch Bank und Steuerberater waren wichtige und förderliche Hilfesteller bei der Umsetzung des Projektes. *„Alle haben an einem Strang gezogen, um für den Ort eine Verbesserung der medizinischen Versorgung zu erreichen“*, erklären Herr und Frau Dr. Schiffkorn im Interview.

2.2. Das Gesundheitszentrum heute

Heute gibt es im Gesundheitszentrum St. Agatha einerseits ein umfassendes all-gemeinmedizinisches Angebot, denn die Hausarztpraxis von Herrn Dr. Schiffkorn, der auch Gemeindearzt ist, wird durch komplementärmedizinische Leistungen der Wahlärztin Frau Dr. Schiffkorn ergänzt. Die Kombination aus Schulmedizin und alternativen Methoden sichert eine ganzheitliche Versorgung der Patienten. Daneben finden sich bereits andere Dienstleister im Haus, mit denen eine enge Zusammenarbeit besteht. Zurzeit versehen bereits eine Fachärztin für Neurologie, ein Optiker und eine Diabetesschwester im Gesundheitszentrum St. Agatha ihren Dienst. Ab April wird außerdem eine Orthopädin das Angebot ergänzen. Dringend gesucht wird derzeit noch nach einem Augenarzt, der stundenweise im Gesundheitszentrum ordinieren kann. Außer der Kassenpraxis von Herrn Dr. Schiffkorn handelt es sich bei allen Ärzten im Zentrum um Wahlärzte. Des Weiteren besteht eine Kooperation mit dem Revital-Hotel Kocher in St. Agatha, um den Patienten auch einen raschen und unkomplizierten Zugang zu physiotherapeutischen Behandlungen und etwa auch Massagen bieten zu können. Zusätzlich bestehen auch Kontakte zu einer Shiatsu-therapeutin, die auch im Haus ihre Dienste anbietet. In der Nähe befindet sich außerdem ein Internist, mit dem es eine hervorragende Zusammenarbeit gibt. *„Schließlich geht es nicht darum, eine Konkurrenzsituation zwischen unserem Gesundheitszentrum und anderen Ärzten zu schaffen, sondern darum, das bestehende Angebot in der Region positiv zu ergänzen“*, meint Herr Dr. Schiffkorn dazu.

2.3. Gemeinsam für den Patienten

Grundsätzlich geht es bei der gemeinsamen Arbeit im Gesundheitszentrum immer um eines: den Patienten, dessen Bedürfnisse und eine ausgeprägte Serviceorientierung. So übernehmen etwa alle Ärzte im Gesundheitszentrum Hausbesuche, was für Fachärzte durchaus nicht die Norm darstellt. Dadurch wird den Patienten oft eine große Last genommen. So können zum Beispiel Patienten, die schwerstkrank sind, oft bis zum Schluss zu Hause betreut werden, denn durch die Additivfächer Geriatrie und Palliativbetreuung der Schiffkorns kann diese medizinische Versorgung zuhause gewährleistet werden. Anderenfalls müssten diese Menschen in Spitälern oder Pflegeheimen betreut werden. Das würde nicht nur höhere Kosten im Gesundheits- und Sozialsystem verursachen, sondern auch für die Patienten und ihre Angehörigen eine Schlechterstellung bedeuten. *„Sie können sich nicht vorstellen, mit welcher Dankbarkeit einem diese Menschen begegnen“*, schildert Frau Dr. Schiffkorn die Situation. Um dem Patienten vieles zu erleichtern, gibt es außerdem eine enge Zusammenarbeit mit einer diplomier-

ten Psychologin, die etwa die Organisation von Resozialisierungsmaßnahmen für psychisch Kranke übernimmt und andere wichtige Dienstleistungen für die Patienten erbringt. Essentiell ist in diesem Zusammenhang auch die Kooperation mit den Rot-Kreuz-Schwestern, die Patienten z.B. bei der Antragstellung für das Pflegegeld behilflich sind oder auch notwendige Hausbesuche rasch und unbürokratisch durchführen. Hier gab es anfangs eine formelle Hürde zu überwinden, da die Rot-Kreuz-Schwestern nicht alle notwendigen Hausbesuche leisten durften, da ein bestimmtes Leistungskontingent nicht überschritten werden konnte. Gemeinsam wurde dieses Hindernis jedoch schnell aus dem Weg geräumt, da die Sinnhaftigkeit der Hausbesuche außer Frage stand und die Leistungsausweitung daher letztendlich von allen Beteiligten befürwortet wurde.

Die gute Zusammenarbeit mit Fachärzten außerhalb des Zentrums und auch in Krankenhäusern macht es möglich, für die Patienten, wenn notwendig, sehr rasch Abklärungstermine zu bekommen. Diese Erfahrung ermutigt Menschen dazu, nicht gleich in die Ambulanz zu gehen, sondern vorher den niedergelassenen Arzt aufzusuchen. Generell wäre eine Form der Überweisung, die anzeigt, dass die Abklärung dringlich ist, sehr hilfreich. Oft können von der ersten Anlaufstelle „Vertrauensarzt“ dann auch teure Maßnahmen (z.B. ein MR), die vom Patienten selbst als notwendig erachtet wurden, eingespart werden, weil die Person beruhigt werden kann und im Gespräch gezeigt wird, warum diese Untersuchung oder Therapie nicht sinnvoll erscheint. Geht der Patient also auch mit Erkrankungen und Verletzungen zum Hausarzt, die aus seiner subjektiven Sicht heraus ohnehin ins Krankenhaus gehören, weil er sich darauf verlassen kann, im Fall der Fälle rasch einen Facharzttermin zu erhalten, können dem Patienten zusätzliche Wege und Belastungen erspart und zusätzlich im Gesundheitssystem Einsparungen erzielt werden.

2.4. Die Hausapotheke als wichtige Ergänzung

Eine weitere wichtige Leistungskomponente für die Patienten stellt die Hausapotheke im Gebäude dar, denn das notwendige Medikament sofort zur Verfügung zu haben, hat viele Vorteile für den Patienten. Einerseits ist das natürlich der Umstand, keinen Extra-Weg für die Besorgung machen zu müssen, andererseits gibt es aber auch positive gesundheitliche Effekte: *„Beim Bereitschaftsdienst scheint es immer allen extrem wichtig zu sein, dass der Arzt rasch beim Patienten einlangt. Wie schnell der Patient dann zu seinem Medikament kommt, scheint jedoch irrsinnigerweise völlig nebensächlich zu sein“*, erklärt Herr Dr. Schiffkorn. Wenn er eine Visite fährt, dann nimmt er die Medikamente, die er vermutlich benötigen wird, von der Hausapotheke mit und kann sie dann gleich beim Patienten

lassen. Der kann daher unverzüglich mit der Therapie beginnen. *„In vielen Fällen wäre eine Beschaffung des Medikaments aus der Apotheke durch den Patienten selbst nicht nur eine fast unzumutbare Herausforderung, wie etwa bei Müttern mit Kleinkindern oder sehr alten Patienten, sondern auch eine unnötige Verzögerung der Therapie, die den Verlauf der Krankheit negativ beeinflussen kann.“* Eine rasche Arzneigabe kann im Extremfall einen Krankenhausaufenthalt vermeiden oder negative gesundheitliche Folgen abwenden. Das ist gut für die Patienten und hilft außerdem bei der Eindämmung vermeidbarer Folgekosten im Gesundheitswesen. Aber auch für die Ärzte stellt die Hausapotheke ein wichtiges Werkzeug ihres Berufes dar, ohne das sie sich wie amputiert fühlen würden. Herr Schiffkorn erklärt, dass er seinen Patienten das Medikament vor der Verschreibung zeigt und sie fragt, ob sie es noch zuhause haben. Oft bejahen die Patienten die Nachfrage dann, obwohl ihnen der Name der Arznei zuvor völlig unbekannt war. Einer Doppelbesorgung bereits vorhandener Medikamente kann so einfach und effizient entgegengewirkt werden.

Darüber hinaus sind Herr und Frau Schiffkorn davon überzeugt, dass sich das Projekt in St. Agatha ohne die Hausapotheke gar nicht realisieren hätte lassen, denn die getätigten Investitionen hätten sich aller Voraussicht nach nicht mehr amortisiert. *„Das finanzielle Risiko wäre ohne die Hausapotheke viel zu hoch gewesen!“* Im Gesundheitszentrum öffnet die Hausapotheke bereits eine halbe Stunde vor Ordinationsbeginn ihr Pforten, um eine unkomplizierte Beschaffung von Medikamenten zu ermöglichen, denn in St. Agatha gibt es einen hohen Pendleranteil. Daher werden auch Abendordinationen bis 21:00 Uhr angeboten, damit wirklich alle Bewohner einen Arztbesuch in Anspruch nehmen können, ohne sich extra von der Arbeit freinehmen zu müssen. Denn das wird von vielen Leuten nicht gern gemacht und auch von manchen Arbeitgebern nicht gern gesehen, was oft zur Verschleppung von Krankheiten führt.

2.5. Zeit und Engagement führen zum Erfolg

Auf die Frage hin, ob es ein Problem darstellt, dass die meisten Ärzte im Gesundheitszentrum Wahlärzte sind und daher für die Patienten Kosten anfallen, reagieren Herr und Frau Schiffkorn etwas überrascht: *„Nein, überhaupt nicht! Die Menschen sind im Gegenteil sehr dankbar dafür, dass es dieses Angebot in ihrer unmittelbaren Nähe gibt, dass sie rasch einen Termin bekommen und dass sich die Wahlärzte viel Zeit für ihre Anliegen nehmen. Denn manchmal ist schon ein ausführliches Gespräch eine große Hilfe für die Menschen“*, erläutert Frau Dr. Schiffkorn. *„Die Kosten sind bisher kein Problem für die Patienten, obwohl die Rückersätze der Krankenkassen äußerst gering ausfallen und hier sicher eine Ver-*

besserung notwendig wäre.“ Ein weiteres Erfolgsgeheimnis des Arztehepaars: viel und ständige Fortbildung.

Insgesamt kann man Frau und Herrn Dr. Schiffkorn nur zu ihrem Erfolg gratulieren und sie für ihre Einsatzbereitschaft und ihren Ideenreichtum bewundern. Hoffentlich findet das Projekt noch viele Nachahmer in anderen Regionen, denn die Bevölkerung profitiert von solchen Vorzeigeprojekten eindeutig. Für das Gesundheitssystem und die Probleme der Landmedizin sind Gesundheitszentren ein praktikabler Lösungsvorschlag, der unterstützt werden muss. *„Wir sind zwar echte Optimisten, aber ohne die Hausapotheke und die vielen Unterstützer wäre es nicht gegangen“*, meinen die Schiffkorns eindringlich, was verdeutlicht, dass ein Gesundheitszentrum, trotz aller sich bietenden Vorteile, noch kein Selbstläufer ist.

Mag. Martin Keplinger

*Leiter der Abteilung Vertragsarztstellen und IT in der Ärztekammer
für Oberösterreich*

Mag. Katharina Riedler

Gesundheitsökonomie, Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Mit freundlicher Unterstützung durch die Landesärztekammern

Der ärztliche Bereitschaftsdienst in Österreich: Ausgestaltung, Problemstellungen und Empfehlungen

1. Einleitung	85
2. Aktuelle Problemlage	86
3. Historie	89
4. Rechtsbestimmungen	90
5. Finanzierung	92
6. Sprengelteilung und flächendeckende Versorgung	95
7. Zuständigkeit und Erreichbarkeit	97

Aufgrund der einfacheren Lesbarkeit wurde im Artikel das männliche Geschlecht verwendet, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.

Der ärztliche Bereitschaftsdienst kämpft heute mit vielseitigen Problemlagen. Aus mehreren Gründen gibt es heute gerade in ländlichen Gebieten oft zu wenige Ärzte. Die verbleibenden Allgemeinmediziner sehen sich mit überbordenden Anforderungen konfrontiert und suchen verzweifelt nach Vertretern, die immer schwerer gefunden werden können. Der folgende Beitrag stellt die derzeitige Organisation des Bereitschaftsdienstes in Österreich dar und zeigt Lösungsvorschläge auf, die zur Sicherstellung des ärztlichen Notdienstes beitragen können und so eine Rund-um-die-Uhr-Basisversorgung für die österreichische Bevölkerung erhalten helfen.

1. Einleitung

Schon immer haben Ärzte nicht nur zu den Ordinationszeiten ihren Dienst versehen, denn Menschen werden auch zu Nacht- und Wochenendzeiten krank. Das heißt, dass Hausärzte auch in diesen Stunden erreichbar sein müssen, damit eine lückenlose Versorgung der Bevölkerung gewährleistet werden kann. Gerade für Landärzte bedeutet dieser Umstand jedoch, dass sie eine quasi Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft leisten müssen. Der Job ist demnach oft kein Beruf mehr, sondern wird eher zur Berufung. Dass das heute nicht mehr zeitgemäß ist und auch dem Recht eines jeden Menschen auf Freizeit und privaten Raum widerspricht, scheint klar. Nur: Wie überbrückt man den Spagat zwischen steigendem Leistungsbedarf und sinkenden Leistungsmöglichkeiten? In Zeiten rückläufiger Zahlen im Bereich der Kassenärzte und einem zunehmenden Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen aufgrund einer alternden Gesellschaft drohen Angebot und Nachfrage auseinanderzudriften. Da der Bedarf nach Gesundheitsleistungen aber auf jeden Fall gedeckt werden muss, braucht es kurzfristig neue Strategien, um mit der vorhandenen ärztlichen Arbeitskraft eine lückenlose und flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Mittel- und langfristig ist es aber unbedingt notwendig, die Arbeitskräftezahlen im Bereich der Vertragsärzte wieder anzuheben.

In der Folge werden Organisation, Finanzierung, Problemlagen und Lösungen des Bereitschaftsdienstes in Österreich und den einzelnen Bundesländern dargestellt. Wir möchten uns an dieser Stelle herzlich bei den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Landesärztekammern bedanken, die freundlicherweise die notwendigen Informationen für diesen Beitrag zur Verfügung gestellt haben. Es soll vorangestellt erwähnt werden, dass der Bereitschaftsdienst in Wien (Ärztfunkdienst Wien) völlig anders organisiert ist als in den anderen Bundesländern. Wegen der schlechten Vergleichbarkeit und dem Umstand, dass der Ärztfunkdienst Wien nicht unter das Thema der Ausgabe „Landmedizin“ subsumiert werden kann, wird er in diesem Beitrag nicht dargestellt. Auch auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst in den Landeshauptstädten, wo dieser häufig anders funktioniert als im Umland, wird nicht ausführlich eingegangen.

2. Aktuelle Problemlage

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der niedergelassenen Vertragsärztezahlen in Österreich zwischen Ende 1999 und Ende 2012. In diesem Zeitraum ist die Zahl der praktischen Vertragsärzte um rund 8 % gesunken, die der Fachärzte sogar um beinahe 12 %. Aufgrund dieser rückläufigen Entwicklung bei den niedergelassenen Kassenärzten und der wachsenden Bevölkerung kamen Ende 2012 im Schnitt bereits etwas über 100 Einwohner mehr auf einen Hausarzt mit Kassenvertrag. Aus diesen Zahlen wird klar, warum es heute in den meisten Praxen mehr Trubel gibt als zur Jahrtausendwende, denn derzeit stehen für mehr Bürger weniger Ärzte zur Verfügung als noch im Jahr 1999.

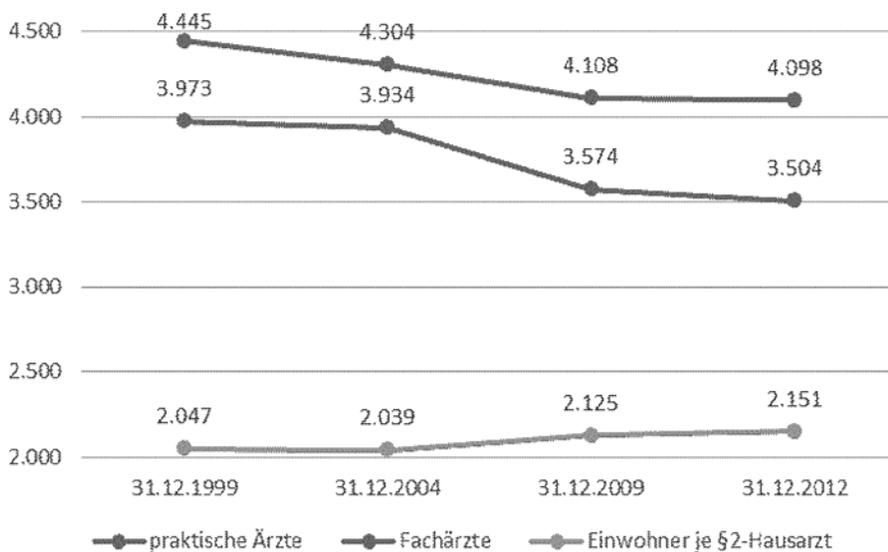


Abbildung 1: Anzahl Haus- und Fachärzte im §-2-Kassenbereich und Einwohner je Vertrags-Hausarzt 1999–2012⁶⁴

Viele Aspekte schränken heute die Möglichkeiten und die Bereitschaft der Ärzte und Ärztinnen zu einer starken Partizipation an den Bereitschaftsdiensten zusätzlich ein. Zum einen ist das das steigende Durchschnittsalter der Ärzte selbst, denn mit zunehmendem Alter werden Dienste immer mehr zu einer Belastung. Zwei-

64 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2000, 2005 und 2013

tens gibt es in der Medizin seit Jahren einen Trend zur Feminisierung. Ärztinnen, die Kinder haben, können Nacht- und Wochenenddienste nur sehr eingeschränkt übernehmen. Drittens sind auch Männer in der Familie nicht nur noch Einkommensbeschaffer, sondern beteiligen sich mehr und mehr am Familienleben. Auch Mann lebt heute ein Modell, das Zeit für den Privatbereich abverlangt und mit häufigen Bereitschaftsdiensten nicht gut harmoniert. Hinzu kommt noch, dass die Partner der Ärzte oft selbst Akademiker sind, einem eigenen Beruf nachgehen und nicht mehr als „Arztfrau“ fungieren können oder wollen. Ärzte wünschen sich daher aus unterschiedlichen, allesamt nachvollziehbaren Gründen eine geringere Zahl von Diensten bzw. überhaupt eine Befreiung von der Dienstverpflichtung. Das Bedürfnis nach einer halbwegs ausgeglichenen Work-Life-Balance scheint mehr als nur verständlich. Man kann daher schon heute von einer vielerorts angespannten Situation sprechen. In den nächsten Jahren ist allerdings damit zu rechnen, dass sich diese noch verschärft, da es zu einer Pensionswelle unter den Ärzten kommen wird, die durch den Nachwuchs nicht ausgeglichen werden kann.

Die Mehrarbeit, die die verbleibenden Ärzte aufgrund der rückläufigen Arztzahlen heute erbringen müssen (ca. 100 Patienten mehr pro §-2-Hausarzt; siehe Abb. 1), bildet sich natürlich nicht nur während der Ordinationszeiten ab, sondern auch während der Bereitschaftsdienste. Das bedeutet häufigere Konsultationen und vermehrte Visiten während der Dienste. Besonders in der Nacht ist das sehr belastend. Die geringere Anzahl von Kollegen zieht darüber hinaus eine steigende Zahl von Diensten nach sich. Für die Allgemeinmediziner in der Peripherie stellt sich daher zunehmend das Problem einer Überlastung durch die zu leistenden Bereitschaftsdienste. Nach arbeitsreichen Nacht- oder Wochenenddiensten steht den Ärzten der Arbeitstag in der Ordination bevor, und das oft mehrmals pro Woche. Ein Pensum, das für viele Ärzte kaum zu schaffen ist. In jeder anderen Berufsgruppe sind derartige „Rund-um-die-Uhr-Dienste“ durch maximale Arbeitszeitregelungen gar nicht möglich. Die Frage der Zumutbarkeit einer solchen Arbeitsintensität stellt sich hier eindeutig.

Es zeigt sich, dass es vor allem in Sprengeln mit wenigen Ärzten (es gibt Sprengel, wo die Dienste nur auf zwei oder drei Ärzte aufgeteilt werden) Schwierigkeiten gibt, Nachfolger für Vertragsärzte zu finden. Es zeichnet sich schon jetzt der Trend ab, dass es erst in Sprengeln mit acht oder mehr Ärzten im Dienstrad Bewerber gibt. In Zeiten des zunehmenden Ärztemangels ist das vor allem am Land ein Problem. Einer der Gründe, warum der Beruf des Landarztes für Jungmediziner immer weniger interessant scheint, ist sicher auch die Verpflichtung zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst, wodurch es häufig zu Nachfolgeproblemen kommt. Viele junge Ärzte ziehen eine Arbeit in der Stadt dem oft fordernden und mit vielen Nachtdiensten verbundenen Leben als Landarzt vor. Deshalb bedarf es dringend Maßnahmen, um die Landarztstellen wieder attraktiver zu gestalten. Lei-

der wurden bis jetzt von der Politik keine hilfreichen Anpassungen vorgenommen. Im Gegenteil bewirkte etwa der Wegfall vieler Hausapotheken einen weiteren Rückgang der Attraktivität von Landarztstellen.

Die Landbevölkerung hingegen sieht dem drängenden Problem entgegen, vielleicht bald keinen Hausarzt mehr in der näheren Wohnumgebung zur Verfügung zu haben. Sie muss zukünftig wahrscheinlich längere Wegstrecken in Kauf nehmen und vielleicht sogar eine unpersönliche Ambulanz statt eines bekannten Hausarztes aufsuchen. Langfristig kann das aufgrund sinkender Lebensqualität zur weiteren Ausdünnung der Landbevölkerung führen und durch die fehlende Infrastruktur am Wohnort für zurückbleibende, meist alte Personen zunehmend schwerere Bedingungen im Alltag bedeuten.

Aus Sicht des Gesundheitssystems gibt es heute durch den bereits einsetzenden Ärztemangel, der sich vor allem am Land manifestiert, die Sorge, dass sich in Zukunft eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung durch niedergelassene Ärzte nicht mehr flächendeckend sicherstellen lassen wird. In diesem Falle ist zu erwarten, dass die betroffenen Personen in die Spitalsambulanzen ausweichen werden. Da die Ambulanzen grundsätzlich eine höhere Versorgungseinheit darstellen als die Hausärzte, wäre diese Patientenverschiebung mit höheren Kosten für das Gesundheitssystem verbunden. Aufgrund dieser Tatsache scheint es angeraten, das System der Hausärzte zu erhalten bzw. sogar auszubauen und dafür auch die notwendigen politischen Schritte einzuleiten.

3. Historie

Der Bereitschaftsdienst an Sonn- und Feiertagen existiert in Österreich schon eine sehr lange Zeit. In Vorarlberg gibt es etwa seit 1956 eine diesbezügliche Bestimmung im Gesamtvertrag, in Salzburg wird seit dem Jahre 1976 ein Bereitschaftsdienst zentral organisiert. Den Bereitschaftsdienst in der Nacht an Wochentagen wurde hingegen erst später eingerichtet. Hier gibt es erst seit den 90er Jahren in manchen Bundesländern vertragliche Bestimmungen, in anderen Bundesländern sind es noch keine 10 Jahre. In Niederösterreich wird seit dem Jahr 2013 der Wochentagsnachtsdienst nicht mehr über die Ärztekammer organisiert, sondern durch einen Vertrag zwischen dem Land NÖ, der NÖGKK, den Rettungsdiensten und der Notruf NÖ GmbH geregelt. Die Dienste sollen jedoch Lücken aufweisen.

	Wochenend- und Feiertagsdienste	Wochentagsdienste
Burgenland	„immer schon“	k.A.
Kärnten	Seit mehr als 20 Jahren	1994
Niederösterreich	ca. seit 1960 lt. Gesamtvertrag	2000, seit 2013 ohne ÄK
Oberösterreich	quasi ewig	1995
Salzburg	1976	2002
Steiermark	k.A.	2009
Tirol	k.A.	1.1.2011
Vorarlberg	1956 lt. Gesamtvertrag	seit 1995 vertragliche Vereinbarung

Tabelle 1: Beginn einer rechtlichen Regelung des Bereitschaftsdienstes in Österreich

Freilich bedeutet das nicht, dass es vor der Einführung eines geregelten Bereitschaftsdienstes keine ärztliche Versorgung zu Wochenend- und Nachtzeiten gab, allerdings war die Organisation anders geregelt. Etwa waren in Oberösterreich vor der Einführung des Wochentagsdienstes die Gemeindeärzte von Montag bis Freitag für die Durchführung der Nachtdienste zuständig. Ein Gemeindearzt hatte daher fünf Mal die Woche Nachtdienst und musste freilich auch noch den einen oder anderen Wochenenddienst übernehmen – eine Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit, die keiner Einzelperson zugemutet werden kann.

4. Rechtsbestimmungen

Eine konkrete gesetzliche Verpflichtung auf Bundesebene zur Durchführung eines Ärztenotdienstes während der Nacht, den Wochenenden und an Feiertagen gibt es nicht. Das Allgemeine Sozialversicherungsrecht (ASVG) regelt zwar in § 338(2), dass die abgeschlossenen Verträge zwischen der Sozialversicherung und den Ärzten „die ausreichende Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen mit den gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen“ sicherstellen müssen, dass dies allerdings auch einen durchgehenden und flächendeckenden Bereitschaftsdienst durch die niedergelassenen Ärzte umfasst, wird nicht konkret formuliert. Diese Regelung obliegt somit der Sozialversicherung und den Ärztekammern und ist daher in den Bundesländern nicht einheitlich umgesetzt.

In den Ländern regeln die einzelnen Gesamtverträge zwischen den Krankenkassen und den Ärzten, dass alle Vertragsärzte für Allgemeinmedizin zur Teilnahme am Wochenend- und Feiertagsdienst, der von der Ärztekammer eingerichtet wird, verpflichtet sind. In Salzburg wird auch die Landesärztekammer im Gesamtvertrag⁶⁵ dazu verpflichtet, einen solchen Bereitschaftsdienst zu bestimmten Zeiten zu organisieren. Hingegen ergibt sich aus dem Gesamtvertrag meist keine Verpflichtung an der Teilnahme an den Nachtdiensten unter der Woche. Dies ist lediglich im Burgenland der Fall. In einigen Bundesländern gibt es hingegen bereits andere rechtlich bindende Vereinbarungen, aus denen sich eine Verpflichtung zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst auch an Wochentagen ergibt. In Oberösterreich gibt es seit 1995 durch die *Verordnung über die Einrichtung und Organisation eines ärztlichen Notfalldienstes in Oberösterreich* eine Verpflichtung zur Teilnahme an den Diensten unter der Woche. Aber auch in Vorarlberg existiert eine solche Regelung. In Kärnten, Niederösterreich, der Steiermark und in Tirol ist die Teilnahme hingegen auf eine freiwillige Basis gestellt. Natürlich gibt es aber schriftliche Übereinkommen, die etwa Dienstzeiten und Entlohnung der freiwillig partizipierenden Ärzte regeln.

65 §6 (1) lit. a Gesamtvertrag

	Wochenend- und Feiertagsdienste	Wochentagsdienste
Burgenland	Gesamtvertrag	Gesamtvertrag; Kooperationsvereinbarung zwischen Land, Gemeinden und Ärztekammer
Kärnten	Gesamtvertrag	Keine Verpflichtung
Nieder-österreich	Gesamtvertrag	Keine Verpflichtung ; zwischen Land NÖ, GKK, Rettungswache und Notruf NÖ GmbH besteht eine Vereinbarung (seit 2013 ohne ÄK), für den Wochentagsnachtbereitschaftsdienst zwischen 19:00 und 7:00 Uhr
Ober-österreich	Gesamtvertrag	Verordnung über die Einrichtung und Organisation eines ärztlichen Notfalldienstes in Oberösterreich
Salzburg	Gesamtvertrag	Gesamtvertrag
Steiermark	Gesamtvertrag	Keine Verpflichtung
Tirol	Gesamtvertrag	Keine Verpflichtung
Vorarlberg	Gesamtvertrag	Vertrag über die ärztliche Versorgung an Wochentagen, abgeschlossen der/den Gemeinde(n) des jeweiligen Sanitätssprengels (=Dienstsprengel) und den Ärzten für Allgemeinmedizin

Tabelle 2: Gesetzliche Vereinbarung, aus der sich die Verpflichtung zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst für Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag ergibt

Es sind also die Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag – die Hausärzte –, die zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst verpflichtet werden (an den Wochenenden und an Feiertagen, oft auch zu Nachtdiensten unter der Woche). Eine Freiwilligkeit zur Teilnahme besteht manchmal in Städten, wo oft auch andere Arztgruppen (z.B. Wahlärzte, angestellte Ärzte) mit einbezogen werden. Daher sind es vor allem die Landärzte, die von der belastenden Situation durch häufige Bereitschaftsdienste betroffen sind.

In vielen Bundesländern ist der Bereitschaftsdienst hinsichtlich Dienstzeiten, Verpflichtung und Berechtigung bestimmter Arztgruppen zur Teilnahme an den Notdiensten, Bezahlung usw. in den Städten anders geregelt als im restlichen Landesgebiet. In Klagenfurt-Stadt steht etwa an Wochenenden und Feiertagen eine Ordination samt Fahrer und Dienstfahrzeug für die diensthabenden Ärzte bereit. In Vorarlberg gibt es in den Städten Bregenz, Dornbirn und Feldkirch derzeit an Wochentagen keinen 24-Stunden-Dienst. In Graz gibt es einen eigenen ärztlichen Notdienst (ÄND), der zwar dieselben Dienstzeiten wie außerhalb versieht, jedoch

immer durch vier Ärzte gleichzeitig besetzt wird. Mit den Dienstpauschalen ist in Graz alles abgegolten, und es sind daher keine Einzelleistungen mehr verrechenbar. Finanziert wird der Ärztenotdienst Graz, im Unterschied zur restlichen Steiermark, auch unter der Woche ausschließlich über die Gebietskrankenkasse. In Linz ist ebenfalls ein eigener Ärztenotdienst eingerichtet. Hier werden etwa andere Dienstzeiten versehen, und es haben auch andere Arztgruppen die Möglichkeit, sich am Notdienst zu beteiligen. In Tirol gibt es für den Stadtbereich Innsbruck eigene Sonderregelungen für den ärztlichen Funkbereitschaftsdienst.

5. Finanzierung

Für Patienten, die von der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst sind, ist die Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes prinzipiell kostenlos, und es fallen keinerlei Gebühren an. Die Finanzierung erfolgt daher zu 100 Prozent öffentlich. Immer wieder wird jedoch diskutiert, eine Gebühr für die Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes einzuführen, um nicht akute Fälle in die Ordinationen zu lenken. Denn häufig nutzen Patienten den ärztlichen Notdienst für nicht akute Erkrankungen und verteuern und belasten damit das System. Diese Patienten könnten mit Hilfe einer geringen Gebühr zur Nutzung der hausärztlichen Infrastruktur während der Ordinationszeiten animiert werden. Für Patienten, die den Bereitschaftsdienst berechtigt in Anspruch nehmen, sollen hingegen keine Zahlungen anfallen.

Die Kosten des Bereitschaftsdienstes, die von der öffentlichen Hand getragen werden, setzen sich aus einer Pauschale für die geleistete Bereitschaft und den tatsächlich angefallenen Einzelleistungen zusammen. Der Bereitschaftsdienst zu den Wochenenden und Feiertagen wird in allen Bundesländern zur Gänze von der jeweiligen Gebietskrankenkasse getragen. Die Finanzierung des Nachtdienstes unter der Woche wird hingegen nur teilweise von den Krankenversicherungsträgern übernommen. In den meisten Bundesländern werden die Pauschalen vom Land bezahlt, die Einzelleistungen von den Krankenkassen. Nur in Salzburg werden auch die Pauschalen unter der Woche von der Gebietskrankenkasse bezahlt. Im Burgenland und in Vorarlberg beteiligen sich auch die Gemeinden an den Kosten für die Pauschalen. In Tirol werden die Gesamtkosten des Wochentagsdienstes über einen prozentuellen Schlüssel auf den Tiroler Gesundheitsfonds, das Land Tirol und die Krankenversicherungsträger aufgeteilt. Folgende Tabelle zeigt die Finanzierungsaufteilung in den einzelnen Bundesländern in der Übersicht.

	Wochenend- und Feiertagsdienste	Wochentagsdienste
Burgenland	Pauschalen und Einzelleistungen: Gebietskrankenkasse	Pauschalen: Land, Gemeinden und Ärztekammer (aus Honorarerhöhungstopf mit BGKK) Einzelleistungen: jeweiliger Krankenversicherungsträger
Kärnten	Pauschalen und Einzelleistungen: Gebietskrankenkasse	Pauschalen: Landesregierung Einzelleistungen: Gebietskrankenkasse
Niederösterreich	Pauschalen und Einzelleistungen: Gebietskrankenkasse	Pauschalen: Landesregierung Einzelleistungen: Gebietskrankenkasse
Oberösterreich	Pauschalen und Einzelleistungen: Gebietskrankenkasse	Pauschalen: Landesregierung Einzelleistungen: Gebietskrankenkasse
Salzburg	Pauschalen und Einzelleistungen: Gebietskrankenkasse	Pauschalen und Einzelleistungen: Gebietskrankenkasse
Steiermark	Pauschalen und Einzelleistungen: Gebietskrankenkasse	Pauschalen: Landesregierung Einzelleistungen: Gebietskrankenkasse
Tirol	Pauschalen und Einzelleistungen: Gebietskrankenkasse	Kostenaufteilung: 73,5 % Tiroler Gesundheitsfonds, 13,25 % Land Tirol, 13,25 % KV-Träger (im Verhältnis der Versichertenzahlen)
Vorarlberg	Pauschalen und Einzelleistungen: Gebietskrankenkasse	Pauschalen: 44,23 % Landesregierung, 55,7 % Gemeinden Einzelleistungen: Gebietskrankenkasse

Tabelle 3: Finanzierung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in den Bundesländern

Die Höhe der Pauschalen und Einzelleistungen, die die Ärzte für den Bereitschaftsdienst erhalten, sind von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich. Die Pauschale ist in vielen Bundesländern sogar je nach Sprengel unterschiedlich, da der Aufwand für die Bereitschaft aufgrund unterschiedlicher Einwohnerzahlen in den Dienstsprengeln (häufigere Einsätze) und unterschiedlicher Größen der Sprengel (Anfahrtswege) nicht gleich hoch ist. Umso mehr Einwohner und je größer der Sprengel, desto höher kann die Pauschale ausfallen. In manchen Bundesländern gibt es überhaupt in Städten (meist der Landeshauptstadt) andere Pauschalsätze als im restlichen Landesgebiet. Teilweise sind mit den Pauschalen auch Weggebühren oder sogar Einzelleistungen bereits abgegolten und können nicht mehr

zusätzlich verrechnet werden. Natürlich unterscheiden sich die Beträge der Pauschalen aber auch durch die Dauer der Dienste, die nicht überall gleich lang ist. Die Höhe der Pauschalen ist daher äußerst schwer miteinander zu vergleichen.

	Wochenend- und Feiertagsdienste	Wochentagsdienste
Burgenland	€ 250 für 24 Stunden € 415 für 36 Stunden	€ 164,39 für 12 Stunden
Kärnten	€ 218,78 für 24 Stunden Klagenfurt: € 495,55 für 12 Stunden	€ 185,70 für 12 Stunden (ganz Kärnten)
Nieder- österreich	€ 187,20	€ 145 für 12 Stunden, für 2 Regionen das 1½Fache
Ober- österreich	€ 147,54 bis € 340	€ 90,01 bis € 250
Salzburg	€ 246,5 bis € 551,0 für 24 Stunden (je nach Sprengelgröße)	€ 168 für 24 Stunden (für alle Sprengel)
Steiermark	€ 109,64 für 12 Stunden Graz: € 388,98 für 12 Stunden (keine zusätzliche Einzelleistungsverrechnung für Graz)	€ 150,59 für 12 Stunden (ganze Steiermark)
Tirol	€ 111,26 für 12 Stunden € 222,53 für 24 Stunden € 333,80 für 36 Stunden € 445,06 für 48 Stunden	€ 160 für 12 Stunden
Vorarlberg	Mind. € 141,27 für 24 Stunden	€ 192,99 für 24 Stunden

Tabelle 4: Höhe der Pauschalen in den Bundesländern

Schwierigkeiten gibt es bei der Finanzierung des Bereitschaftsdienstes derzeit in Niederösterreich insofern, dass nicht alle Dienstzeiten am Tag geregelt sind. Zum Beispiel fallen hier der Freitagnachmittag und die Mittagszeiten darunter. Die Wochentagsdienste werden in Niederösterreich seit 2013 nicht von der Ärztekammer organisiert. Ansonsten werden aus den Ländern zurzeit keine Probleme mit der Finanzierung gemeldet. Tatsache ist jedoch, dass die bezahlten Pauschalen eher gering sind und für einen Akademiker kaum einen ausreichenden Anreiz bieten, um seine Freizeit für den Bereitschaftsdienst zu opfern. Nicht verpflichtete Ärzte sind auch deshalb kaum für Vertretungen zu gewinnen, und für junge Ärzte sind sie sicher auch mit ein Grund, warum sie sich gegen eine Niederlassung am Land entscheiden. Zwar sind die bezahlten Pauschalen sicher nicht das ausschlaggebende Argument (es müsste sich viel mehr tun, um Vertretungen zu erleichtern), jedoch würde eine angemessenere Höhe der Pauschalen eine gewisse Wertschätzung zum Ausdruck bringen.

6. Sprengeleinteilung und flächendeckende Versorgung

Eine flächendeckende Versorgung durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst ist an den Wochenenden und Feiertagen derzeit in allen Bundesländern gewährleistet, und auch in den Nächten unter der Woche ist dies zum Großteil bestens organisiert. Für die wenigen Dienstsprengel, für die kein Bereitschaftsdienst vorgesehen ist, bedeutet das nicht automatisch, dass es keine ärztliche Versorgung gibt. Oft werden anderweitige Bereitschaften durchgeführt, oder es ist ein Arzt aus einem anderen Sprengel erreichbar.

	Wochenend- und Feiertagsdienste		Wochentagsdienste	
	Sprengelanzahl	Sprengel ohne Versorgung	Sprengelanzahl	Sprengel ohne Versorgung
Burgenland	29	0	29	0
Kärnten	40	0	38	4 (teilweise unbesetzt)
Niederösterreich	150	0	35	35 (in der Nacht durch Land, GKK, Rettung u. Notruf NÖ GmbH organisiert; es soll einzelne Lücken geben, diese liegen der ÄK jedoch nicht vor)
Oberösterreich	96	0	83	0
Salzburg	31	0	45	0
Steiermark	92	0	92	In den wenigen nicht teilnehmenden Sprengeln i.d.R. anders organisiert
Tirol	52/54 Sommer/ Winter	0	52/54 Sommer/ Winter	19
Vorarlberg	21	0	23	6 (derzeit keine vertragliche Vereinbarung)

Tabelle 5: Anzahl der Sprengel in den Bundesländern mit und ohne flächendeckende Versorgung durch einen Bereitschaftsdienst

Die heutigen Sprengelteilungen ergeben sich oft noch aus sehr alten Grenzziehungen, deren Gründe heute gar nicht mehr nachvollziehbar sind, und wurden unter völlig anderen Rahmenbedingungen erstellt. Deshalb ist es vielerorts notwendig, Anpassungen der Sprengelteilungen vorzunehmen, damit sie den aktuellen Bedürfnissen entsprechen. In der Stadt Salzburg sind etwa derzeit Sprengeländerungen geplant (derzeit gibt es einen Sprengel bei Sonn- und Feiertagsbereitschaften und 9 Sprengel bei Wochentagsdiensten). Aber auch in anderen Bundesländern werden Sprengel verändert und zusammengelegt. In den letzten 10 Jahren wurden in Oberösterreich im Wochenend- und Feiertagsdienst 20 Sprengel, im Wochentagsdienst sogar 33 Sprengel reduziert. Eine Zusammenlegung der Sprengel wird oft deshalb notwendig, weil viele Ärzte in Pension gehen und es keine Nachfolger für die Ordinationen gibt. Für die im Sprengel verbleibenden Ärzte würde es dann nicht mehr möglich sein, alle Dienstzeiten alleine abzudecken. Daher entscheidet man sich für eine Sprengelzusammenlegung, damit sich wieder mehrere Ärzte im Dienstrad befinden und sich die anfallenden Bereitschaftsdienste unter einander aufteilen können.

Möglich sind diese Sprengelzusammenlegungen, weil sich die Lebensumstände und die Bedürfnisse der Menschen verändert haben. Einerseits verfügt heute fast jeder über ein eigenes Auto oder hat zumindest jemanden, der ihn fahren kann. Andererseits ist es aber auch den Ärzten heute möglich, weiter entfernte Gebiete abzudecken, da diese aufgrund der besseren Infrastruktur und Mobilisierung in einer angemessenen Zeit erreichbar sind. Zudem ermöglichen es moderne Navigationsgeräte, sich auch in weniger gut bekannten Gegenden gut zurechtzufinden. Eine Vergrößerung der Dienstsprengel scheint daher durchaus angemessen und oft auch notwendig. Nichtsdestotrotz bedeutet eine Vergrößerung des Dienstgebietes einen Mehraufwand für die Ärzte, der sich durch höhere Fallzahlen (z.B. häufigeres Aufstehen in der Nacht) und weitere Wegstrecken zu den Patienten ergibt.

Die Größe der einzelnen Sprengel unterscheidet sich zwischen den Bundesländern und auch innerhalb der einzelnen Bundesländer in Fläche und Einwohnerzahlen oft erheblich. So wäre es etwa möglich, kleinere Sprengel zusammenzulegen, ohne dass der neue Sprengel größer ist als andere Sprengel. Und auch die Zahl der Ärzte, die in einem Sprengel tätig sind, variiert stark. So gibt es in Österreich Sprengel mit nur einem Arzt und Sprengel mit bis zu 17 Ärzten. Im Schnitt teilen sich 4 bis 10 Ärzte einen Sprengel. Die Anzahl der Ärzte im Sprengel zeigt an, unter wie vielen Kollegen die Dienste aufgeteilt werden können und ist daher ein Indiz dafür, wie viele Dienste ein einzelner Arzt leisten muss. Die Anzahl der Ärzte im Sprengel ist daher eine grobe Maßzahl dafür, wie hoch die Belastung der Ärzte im Sprengel durch den Bereitschaftsdienst ist. Um eine noch genauere Vorstellungen von der Arbeitsintensität durch Dienste zu erhalten, müsste man jedoch zusätzlich erheben, wie viele Ärzte im Sprengel gleichzeitig Dienst versehen müssen.

	Größe der Dienstsprenkel				Anzahl der Ärzte im Sprengel		
	Fläche		Einwohner		min.	Ø	max.
	min.	max.	min.	max.			
Burgenland	Keine Detailzahlen; nach Einwohner etwa gleich				3	4-5	8
Kärnten	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	3	5-10	k.A.
Niederösterreich	Aufgrund der Größe des BL gibt es enorme Unterschiede				2	5-6	12
Oberösterreich	5,68km ²	349km ²	2.699	25.309	1	4-6	30
Salzburg	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	2	4-6	15
Steiermark	34,6km ²	545,4km ²	513	22.899	1	4-6	13
Tirol	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	Es hat meist nur 1 Arzt Dienst, im Winter manchmal auch 2 Ärzte		
Vorarlberg	22km ²	ca.90km ²	1.500	47.000	2	8-10	17

Tabelle 6: Sprengelgrößen: Fläche, Einwohner, Ärzte im Sprengel

7. Zuständigkeit und Erreichbarkeit

Der Bereitschaftsdienst, der außerhalb der Ordinationen meist von Hausärzten mit Kassenvertrag durchgeführt wird, ist für akute Erkrankungen oder akute Verschlechterungen von Krankheiten zuständig, die einer raschen Behandlung bedürfen. Beispiele sind etwa hohes Fieber in der Nacht, ein am Feiertag erbrechendes Kind oder eine akute Blasenentzündung am Wochenende. Gerade für ältere Menschen, deren Mobilität eingeschränkt ist, und für Mütter mit kleinen Kindern ist die Möglichkeit einer Visite äußerst wertvoll. So mancher Ambulanzbesuch lässt sich dadurch einsparen. Keinesfalls ist der Bereitschaftsdienst jedoch als Ersatz für einen Ordinationstermin gedacht, wie etwa die Behandlung chronischer Leiden. Nicht dringende Fälle, wie etwa ein seit drei Wochen schmerzendes Knie, sind daher unbedingt während der Ordinationszeiten abzuklären. Umgekehrt sind schwere medizinische Notfälle (z.B. bei Lebensgefahr) an den Notarzt zu verweisen und daher ist der Rettungsdienst zu verständigen.

In allen Bundesländern ist der Bereitschaftsdienst unter der Nummer 141 erreichbar. Teilweise meldet sich unter dieser Nummer die Leitstelle des Roten Kreuzes, die dann Auskunft über den diensthabenden Arzt gibt, und teilweise handelt es sich um eine direkte Rufumleitung zum diensthabenden Arzt. Nicht überall eingerichtet ist die Rufnummer jedoch für den Wochentagsdienst. Zusätzlich gibt es häufig noch Veröffentlichungen auf Homepages (z.B. die Seite der Ärztekammer) oder in lokalen Printmedien zur Patienteninformation. Hausärzte besprechen zudem oft ihre Anrufbeantworter mit aktuellen Informationen zum Bereitschaftsdienst. Für die Patienten ist also eine einfache Erreichbarkeit des ärztlichen Notdienstes durchaus gegeben.

	Rufnummer 141	Sonstiges
Burgenland	Ja	
Kärnten	ja	Mehrwertnummer T-Mobile 099 88 0 88 + Postleitzahl, Homepage der Ärztekammer für Kärnten
Niederösterreich	ja	Homepage der Ärztekammer für NÖ
Oberösterreich	ja	Homepage der Ärztekammer für OÖ, Printmedien
Salzburg	Ja	
Steiermark	ja	Anrufbeantworter des Hausarztes mit Verweis auf diensthabenden Arzt, Veröffentlichung in den lokalen Medien (individuell)
Tirol	ja	Homepage der Ärztekammer für Tirol, teilweise in Tiroler Printmedien
Vorarlberg	ja	Vorarlberger Tageszeitungen, Medicus-online (www.medicus-online.at)

Tabelle 7: Erreichbarkeit des Bereitschaftsdienstes für Patienten

An Wochenenden dauert der Bereitschaftsdienst österreichweit von Samstag 7 Uhr morgens bis Montag 7 Uhr morgens, unter der Woche gibt es hingegen leichte Unterschiede. Meist sind die Nachtdienste von Montag bis Freitag zwischen 19 Uhr am Abend und 7 Uhr am Morgen eingerichtet. An Feiertagen beginnt der Dienst am Vortag (Zeit unterschiedlich) und endet um 7 Uhr des Folgetags. Darüber hinaus sind häufig noch Abendordinationen und auch Samstags- oder sogar Sonntagsöffnungszeiten in Ordinationen eingeplant.

	Wochenend- und Feiertagsdienste	Wochentagsdienste	Anmerkungen
Burgenland	Sa 7:00–Mo 7:00	19:00–7:00	An Feiertagen 18:00 Vortag–7:00 Folgetag; An Wochentagen kann in einzelnen Sprengeln Dienstbeginn auch auf bis 17:00 vorverlegt werden
Kärnten	Sa 7:00–Mo 7:00	Ende Ordination d. diensthabenden Arztes bis 7:00	An Feiertagen 14:00 Vortag–7:00 Folgetag; in Klagenfurt Stadt andere Dienstzeiten (Mo-Fr: 19:00–7:00; WE: Fr 19:00–Mo 7:00; Feiert.: 19:00 Vortag–7:00 Folgetag)
Niederösterreich	Sa 7:00–Mo 7:00	k.A.	An Feiertagen 20:00 Uhr Vortag–7:00 Folgetag
Oberösterreich	Sa 7:00–Mo 7:00	19:00–7:00	An Feiertagen 14:00 Vortag (bzw. 7:00 wenn Vortag Sa od. So ist)–7:00 Uhr Folgetag
Salzburg	Sa 7:00–Mo 7:00	19:00–7:00	In der Stadt Salzburg sind Änderungen geplant
Steiermark	Sa 7:00–Mo 7:00	19:00–7:00	An Feiertagen 19:00 Vortag–7:00 Folgetag
Tirol	Sa 7:00–Mo 7:00	19:00–7:00	
Vorarlberg	Sa 7:00–Mo 7:00	07:00–7:00	In manchen Sprengeln dauert Wochentagsdienst nur von 7:00–22:00

Tabelle 8: Dauer der Bereitschaftsdienste

8. Modellprojekte

Aufgrund der zunehmenden Probleme beim ärztlichen Bereitschaftsdienst bedarf es in vielen Bundesländern Anpassungen und neuer Organisationsformen. So meldet etwa die Ärztekammer für Kärnten, es gebe in manchen Sprengeln zu wenig Ärzte und dass es Schwierigkeiten gebe, Wahlärzte für Vertretungen zu gewinnen. Außerdem sei es für Ärzte mit zunehmendem Alter immer belastender, ihre Bereitschaftsdienste zu versehen. Auch die Ärztekammer für Steiermark betont, dass es besonders in Sprengeln mit wenigen Ärzten für diese sehr mühsam sei, neben den Wochenendbereitschaften auch noch die Nachtdienste unter der Woche zu versehen. Aus der Ärztekammer für Niederösterreich kommt ebenfalls die Meldung, dass Vertreter immer schwerer zu finden seien, obwohl die Vertreterhonorare teilweise sehr hoch wären.

In Kärnten und Niederösterreich finden daher aktuell Diskussionsprozesse statt, um die notwendige Weiterentwicklung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes voranzutreiben. In der Steiermark wurde es bereits ermöglicht, dass Wahlärzte im eigenen Namen am Wochentagsdienst in der Nacht teilnehmen können, anstatt wie bisher nur in Vertretung des Kassenarztes. Wahlärzte in der Steiermark können daher ihre Leistungen direkt mit den Krankenversicherungsträgern abrechnen. Diese Änderungsmaßnahme soll die Suche nach Vertretern für Nachtdienste erleichtern, damit Kassenärzte vermehrt entlastet werden können. In Salzburg wird derzeit geplant, den Bereitschaftsdienst in der Stadt Salzburg anders zu gestalten. Unter anderem sollen ausgedehntere Ordinationszeiten eingeführt werden. Hauptziel der Maßnahme ist, eine Entlastung der Spitalsambulanzen zu erreichen.

8.1. Oberösterreich: Modell Perg

Das Modellprojekt im Bezirk Perg in Oberösterreich startete mit Beginn des Jahres 2013 und ist eine Antwort auf die zahlreichen, bereits geschilderten Problemlagen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Vor dem Start des Projekts war der Bezirk Perg in 5 Sprengel unterteilt, in dem insgesamt 24 Allgemeinmediziner tätig waren. Für das Jahr 2013 wären daher für alle Nächte (365) und Wochenenden/Feiertage (116) insgesamt 2.405 Dienste zu stellen gewesen.

Für das Projekt wurde ein Sprengel aufgelöst (Schwertberg) und in einen anderen Sprengel (Mauthausen) eingegliedert. In jedem der vier Sprengel hat unter der Woche (Mo–Fr) zumindest ein praktischer Arzt zwischen 14:00 und 19:00 Uhr

Dienst. Die Abendordinationen werden dabei unverändert wie zuvor abgehalten. Die Entfernung für die Patienten zur diensthabenden Abendordination beträgt im Extremfall maximal 36 Kilometer. Zusätzlich gibt es über alle vier Sprengel einen übergeordneten Fahrdienst, der in Perg stationiert ist und in der Nacht zwischen 19:00 Uhr abends und 7:00 Uhr morgens den Dienst versieht. Bei diesem Fahrdienst handelt es sich um eine Kooperation zwischen dem Roten Kreuz und den Ärzten, der für die Patienten unter der Rufnummer 141 in der Leitzentrale des Roten Kreuzes erreichbar ist. Der diensthabende Arzt ist dabei beim Roten Kreuz stationiert und bekommt einen RK-Mitarbeiter als Fahrer, inklusive Dienstfahrzeug, zur Seite gestellt. Alle Einsätze in den vier Sprengeln werden von den in Perg stationierten Fahrdienst-Ärzten, gemeinsam mit dem RK-Mitarbeiter, im Rahmen einer Visitentätigkeit geleistet.

Auch am Samstag werden die Samstagsordinationen wie bisher abgehalten. Die Dienste werden am Samstag zwischen 7:00 und 19:00 Uhr (Tagdienst) und 19:00 und 7:00 Uhr (Nachtdienst) vom Fahrdienst (Fahrdienst-Arzt + RK-Mitarbeiter) von Perg aus erbracht. Dieser ist wie an Wochentagen unter der Nummer 141 in der Leitstelle des Roten Kreuzes erreichbar und leistet alle Visiten. An Sonn- und Feiertagen werden ebenfalls ein Tag- (7:00 bis 19:00 Uhr) und ein Nachtdienst (19:00 bis 7:00 Uhr), analog zu den Samstagen, durch den Fahrdienst durchgeführt. Zusätzlich haben in den vier Sprengeln an Sonn- und Feiertagen insgesamt zwei Ordinationen geöffnet (in Perg-West von 9:00 bis 13:00 und 16:00 bis 18:00 Uhr; in Perg-Ost von 10:00 bis 12:00 Uhr). Diese sind gut besucht (Perg-Ost: Ø 36 Patienten, Perg-West: Ø 10 Patienten), was zeigt, dass der ärztliche Notdienst als erste Anlaufstelle in der Versorgungskette gut angenommen wird.

Ein großer Vorteil des Fahrdienstes gegenüber der normalen Bereitschaft ist, dass der Arzt nicht mehr alleine unterwegs sein muss, was gerade in der Nacht und in unbekanntenen Gegenden sehr geschätzt wird. Für diese Dienste lassen sich außerdem einfacher junge Ärzte, oder auch Wahlärzte, als sogenannte Fahrdienst-Ärzte gewinnen. Im ersten halben Jahr 2013 versahen bereits 33 Ärztinnen und Ärzte regelmäßig Bereitschaftsdienste, was als Erfolg des Projektes gewertet werden kann. Junge Ärzte haben durch dieses Modell die Möglichkeit, die Tätigkeit eines Landarztes kennenzulernen und gleichzeitig werden die Allgemeinmediziner im Bezirk massiv entlastet – eine Win-Win-Situation also.

Für die Finanzierung des Projektes bedurfte es keiner zusätzlichen Gelder, denn es trägt sich aufgrund der eingesparten Bereitschaftsdienste selbst. Ein erstes Resümee nach dem ersten Halbjahr 2013 zeigte, dass sich sowohl die medizinische Versorgung im Bezirk verbessert hat als auch die Lebensqualität der Allgemeinmediziner gestiegen ist. Bezirkshauptmann Mag. Werner Kreis meinte diesbezüglich: „*Das neue System des hausärztlichen Notdienstes funktioniert sehr gut und*

stellt die Versorgung der Bevölkerung sicher. Besonders positiv beurteilen wir die Tatsache, dass mittlerweile auch einige Jungärzte bei uns Dienst versehen und wir damit auch einen wichtigen Schritt in die Zukunft der ärztlichen Versorgung geschafft haben. Generell ist der Stellenwert des ärztlichen Bereitschaftsdienstes gestiegen.“ Der Allgemeinmediziner und Sprecher des hausärztlichen Notdienstes in Perg, Dr. Christian Hintz, betonte außerdem: „Der neu organisierte Dienst ist mit den geschaffenen Ressourcen gut zu bewältigen. Vor allem ist durch die vorbildliche Synergie aller beteiligten Instanzen schnell eine effiziente Alternative entstanden, die sich rundum bewährt.“ So hat sich etwa die Wartezeit für die Patienten, vom Anruf bei der Hotline des hausärztlichen Notdienstes bis zum Eintreffen des Arztes beim Patienten, im Vergleich zur alten Regelung verkürzt. Dieser Erfolg ist sicherlich auch der guten Zusammenarbeit mit dem Roten Kreuz zu verdanken, denn auch die ausgebildeten und ortskundigen Fahrer machen die rasche Erreichbarkeit der Patienten möglich. Und nebenbei kann der Arzt auch noch weitere telefonische Anfragen beantworten.

Das Modell im Bezirk Perg sichert durch größere Dienstsprengel und eine Kooperation mit dem Roten Kreuz die medizinische Versorgung in diesem ländlichen Raum auch weiterhin, denn es stehen mehr Ärzte pro Sprengel zur Verfügung und jeder Arzt hat damit weniger Dienste zu leisten. Die Ärzte müssen daher nicht mehr – bzw. nicht mehr so häufig – im ausgelaugten, müden Zustand nach den Nachtdiensten die Ordination führen und können sich auf ihre wesentlichen Aufgaben, die Ordinationsführung und die Visiten, konzentrieren. Die Ärztekammer für Oberösterreich ist zuversichtlich, dass die Maßnahmen im Bezirk Perg dazu beitragen, dass Landarztstellen wieder attraktiver werden und die Landflucht der praktischen Ärzte gestoppt wird. Durch die Sprengelzusammenlegungen ist es außerdem möglich, eine höhere Pauschale zu erzielen, was einen höheren Anreiz für Nicht-Vertragsärzte darstellt, sich am Notdienstsystem zu beteiligen. Im Anlassfall ist es einfacher, Vertreter für diensthabende Ärzte (als Fahrdienst-Ärzte) zu finden. Alles in allem ein Schritt in eine Zukunft mit einer sicheren medizinischen Basisversorgung.

A u f d e n

S t a n d P u n k t

g e b r a c h t

Die Rubrik „Auf den StandPunkt gebracht“ beinhaltet Positionen und ExpertInnenwissen aus der Standesvertretung der Ärzte und Ärztinnen in Österreich zum jeweiligen Schwerpunktthema der Ausgabe.

MR Dr. Edgar Wutscher

2. Kurienobmann-Stellvertreter der niedergelassenen Ärzte in Tirol

„Es gibt zunehmend Probleme mit der Besetzung von Vertragsarztstellen am Land, und die Politik erkennt das Problem noch immer nicht!“

Stellen Sie sich vor: Ein Allgemeinmediziner geht in Pension und versucht einen Nachfolger zu finden. Die Gremien der Ärztekammer sind ebenfalls bemüht, die Stelle ohne Unterbrechung wieder zu besetzen. Es handelt sich um eine eingeführte Kassenstelle am Land mit hervorragenden Patientenzahlen und zusätzlich einer ausgezeichnet florierenden Hausapotheke. Die nächste Bezirksstadt ist 30 km entfernt und die Fahrzeit dorthin beträgt mit dem Auto etwa 25 Minuten. Die schulische Ausbildung der Kinder ist also kein Problem. Trotzdem findet sich auch nach einem Jahr der Suche kein junger Arzt, welcher sich für die Stelle bewirbt. Wo liegen also die Ursachen?

Dieses Beispiel ist leider kein Fantasieszenario, sondern wird immer mehr zur traurigen Realität. Es ist bereits jetzt so, dass in mehreren Regionen in Österreich die Stellen nicht mehr nachbesetzt werden können, und es ist damit zu rechnen, dass sich die Situation weiter verschärfen wird. Das gilt sowohl im Bereich der Allgemeinmedizin als auch für Fachärzte, denn in den nächsten zehn Jahren geht mehr als die Hälfte der Landärzte in Pension.

Einer der Gründe, warum Landarztstellen für junge Ärzte und Ärztinnen unattraktiv erscheinen, ist die hohe Belastung durch Bereitschaftsdienste, denn Landärzte und Landärztinnen haben durchschnittlich jede zweite oder dritte Woche einen 48-stündigen Bereitschaftsdienst abzuleisten. Hinzu kommen dann noch zahlreiche Nachtdienste unter der Woche, das kann jede zweite Nacht oder sogar bis zu fünf Mal die Woche vorkommen. Gemeinsam mit den gewöhnlichen Ordinationszeiten kommen Landärzte und Landärztinnen daher auf Arbeitszeiten um die 100 Stunden in der Woche.

Diesen unattraktiven Arbeitszeiten steht außerdem noch schlechte Bezahlung gegenüber. Über die Vergütung der Bereitschaftsdienste kann sogar so manche Putzfrau nur den Kopf schütteln. Darüber hinaus sind die Kassenverträge degressiv gestaltet: Je mehr Patienten ich behandle, desto weniger bekomme ich dafür. Das bedeutet, dass Ärzte und Ärztinnen, die wegen hoher Patientenfrequenzen viel arbeiten müssen, finanziell dafür auch noch bestraft werden.

Ein Blick über die Grenze nach Deutschland zeigt, dass es auch dort massive Probleme gibt, die wir so auch in Österreich haben. Bei unseren Nachbarn fehlen bereits jetzt erschütternde 4.600 Landarztpraxen! Ganze 2.600 davon sind Praxen für Allgemeinmedizin und 2.000 sind Facharztpraxen.

Daher wäre die Politik gut beraten endlich die zunehmend dramatische Situation zur Kenntnis zu nehmen und Lösungsvorschläge zu akzeptieren und auch umzusetzen. Ein wichtiger Punkt dabei ist sicher der Abbau von unnötigen bürokratischen Hürden. Das würde den Ärzten und Ärztinnen vieles erleichtern. Vor allem bei Gruppenpraxen bedarf es einer Entflechtung der Bürokratie, denn mit Hilfe flexiblerer Modelle wäre es auch für weibliche Kolleginnen leichter vorstellbar, den schwierigen Spagat zwischen Landarztpraxis und eigener Familie bewältigen zu können. Aber auch bei Übernahmepraxen ist es von großer Bedeutung, Flexibilisierungen vorzunehmen.

Ein weiterer essentieller Punkt ist eine dringend notwendige Verbesserung der Lebensqualität bei einer zufriedenstellenden Einkommenssituation der Landärzte und Landärztinnen. Einerseits bedarf es dafür einer globalen Verbesserung der Honorarordnung der Kassen, vor allem aber müssen die degressiven Staffeln aufgehoben werden. Darüber hinaus bedarf es auch einer Stärkung der Hausapotheken, um die Wirtschaftlichkeit der Landarztpraxen zu verbessern.

Die Politik muss endlich zur Kenntnis nehmen, dass wir Ärzte nicht die bestverdienenden Götter in Weiß sind, sondern dass wir gerne zum Wohle unserer Patienten arbeiten. Gleichzeitig muss es aber möglich sein, ein Mindestmaß an Lebensqualität für uns und unsere Familien zu erhalten.

Dr. Doris Müller

Turnusärztervertreterin in der Ärztekammer für Oberösterreich

„Die Ausbildung der jungen MedizinerInnen muss aufgewertet werden, damit sie sich den Herausforderungen des Landarztberufes gewachsen fühlen und ein größeres Interesse dafür geweckt wird.“

Junge ÄrztInnen wollen heutzutage eher selten eine Praxis am Land führen. Ursachen gibt es dafür mehrere. Einerseits hat man in der Stadt viel mehr Rahmenprogramm. Man hat hier vielleicht den Turnus absolviert und dementsprechend einen Freundeskreis bzw. ein familiäres Umfeld aufgebaut. Oder vielleicht hat die Partnerin oder der Partner einen guten Job in der Stadt und möchte nicht aufs Land ziehen. Außerdem ist in ländlichen Gegenden die Belastung durch Nacht- und Wochenenddienste viel größer. In der Peripherie führt man ein Kleinunternehmen und ist auf sich alleine gestellt. Wenn man nicht genau weiß, was auf einen zukommt, ist es sicher schwierig, diesen Schritt in die Selbständigkeit zu gehen.

Das sind jedoch nur einige mögliche Gründe, warum sich junge Ärztinnen und Ärzte gegen eine Landarztpraxis entscheiden, denn es ist auch so, dass sich eine moderne Lebensführung, wie junge Menschen sie heute gerne pflegen, mit dem Landarztberuf schlecht vereinbaren lässt. Die Generation von heute lebt anders. Der Arzt ist nicht mehr der „Großverdiener“ in der Familie bzw. wird die Praxis nicht mehr als „Familienunternehmen“ geführt. Die Partnerinnen und Partner sind selbst meist Akademiker und verdienen gut. Die Medizin wird darüber hinaus zunehmend weiblich, und das wirkt sich natürlich auch auf den Bereich der Niederlassungen aus. Kleine Kinder zu Hause zu haben und ständig erreichbar sein zu müssen bzw. Nachtdienste zu machen, ist für viele nicht möglich oder auch nicht gewollt. Haus- bzw. Landarzt ist man aber rund um die Uhr und hat so kaum mehr Zeit für die Familie, Freunde oder Hobbys. Die Generation von heute möchte aber nicht nur für den Beruf leben, sondern die Zeit mit der Familie verbringen und vor allem die Freizeit selbst gestalten können.

Darüber hinaus bietet die Ausbildung zur Allgemeinmedizinerin/zum Allgemeinmediziner, wie sie bisher in Österreich stattfindet, leider nicht ausreichend Vorbereitung auf den Landarztberuf. Wenn man den Turnus nur in einem oder mehreren Krankenhäusern absolviert, wird man nicht auf die An-

forderungen einer Niederlassung vorbereitet. Zu arbeiten, ohne den ganzen Apparat einer Radiologie, eines Labors etc. hinter sich zu haben, lernt man dort definitiv nicht. Außerdem bereitet einen auch niemand auf das Führen eines Kleinunternehmens vor.

Das Absolvieren einer Lehrpraxis könnte sicher hilfreich sein, um diese Lücken in der Ausbildung zu schließen, leider gibt es aber damit einige Probleme. Bisher wird die Lehrpraxis jedenfalls nur von wenigen Kolleginnen und Kollegen genutzt. Grund dafür ist unter anderem die teilweise schlechte Bezahlung. Andererseits muss man in der Lehrpraxis auch mehr Monate absolvieren, um die Ausbildungszeit dementsprechend angerechnet zu bekommen. In der Lehrpraxis wird man 1:1 ausgebildet, das heißt, der ausbildende Arzt hat nur einen auszubildenden Turnusarzt/ärztin zu betreuen. Die Ausbildung ist folglich besser und man lernt, was man selbst behandeln kann und wo die Grenzen sind, also ab wann man einen Patienten zum Facharzt oder ins Krankenhaus schicken muss. Ich habe oft erlebt, dass im Krankenhaus zu schnell ein Konsil ausgeschrieben wird. So gesehen müssten die Monate in der Lehrpraxis jedenfalls gleichwertig angerechnet werden wie jene im Krankenhaus – wenn man dieses Modell nicht sogar umdrehen sollte. Sprich: Im Vergleich zur Ausbildung in einer Lehrpraxis sollte die Ausbildung im Spital sogar länger dauern und zusätzlich einen verpflichtenden Monat in der Ambulanz beinhalten.

Meiner Meinung nach kann mit Hilfe von Lehrpraxen das Interesse junger Medizinerinnen und Mediziner am Landarztberuf wieder vermehrt geweckt werden. Denn nur wenn man selbst sieht, welche Vor- und Nachteile auf einen zukommen, kann man sich auch trauen, den Schritt in eine selbstständige Praxis zu setzen. Das Führen einer Landarztpraxis kann sehr bereichernd, aber auch fordernd sein. Wenn man den jungen Kolleginnen und Kollegen die Landarztpraxis schmackhaft machen möchte, dann muss man sie einerseits dementsprechend ausbilden, andererseits ist es aber auch ganz essentiell, dass diese Ausbildungszeit adäquat bezahlt wird.

Eine Praxis zu führen bedeutet, weit mehr als im Angestelltenverhältnis im Krankenhaus zu arbeiten. Man führt ein Kleinunternehmen und hat nicht den ganzen Apparat hinter sich, den einem ein Spital bietet. Man hat nicht sofort einen Radiologen, der ein Röntgen oder einen Ultraschall machen kann, zur Hand. Oder ein Labor, das in 30 Minuten ein Blutbild, Gerinnung, Nieren- oder Leberwerte und Herzenzyme etc. liefert. Auf das wird man wie gesagt während der Turnusausbildung, wie sie bisher abläuft, nicht vorbereitet. Zudem

kommt noch die wirtschaftliche Komponente von Praxisräumlichkeiten über Ordinationsassistenten, Reinigungskräfte bis hin zu Hygienevorschriften etc., die man beachten muss. Der vermehrte Wegfall einer wichtigen Einnahmequelle – nämlich der Hausapotheke – macht die Eröffnung bzw. die Übernahme einer Landarztpraxis dann noch unattraktiver!

Dr. Reinhold Glehr

Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM)

„Immer häufiger sind Landarztpraxen kaum mehr wirtschaftlich zu führen.“

Die Problematik der Landarztpraxen ist in Zusammenhang mit der zunehmenden Abwanderung aus dem ländlichen Raum zu sehen. Viele Industriegebiete, z.B. im steirischen Oberland, haben an Bedeutung verloren, die Landwirtschaft ist für immer weniger Familien Existenzgrundlage, der Tourismus ist in manchen Gegenden, die früher viel Wirtschaftskraft daraus bezogen haben, fast zusammengebrochen. Vor allem die Jüngeren, besser Gebildeten ziehen weg und suchen einen adäquaten Arbeitsplatz bzw. eine familienfreundlichere Infrastruktur in den Städten. Die Alten bleiben zurück.

Der ärztlichen Versorgung kommt hier besondere Bedeutung als Maßnahme zum Erhalt der Attraktivität des ländlichen Raums zu. Einerseits gilt dies besonders für junge Familien, damit sie ihn weiterhin als Lebensort wählen, andererseits hat dies aber auch für ältere Menschen große Bedeutung, die entweder immer dort gelebt haben oder im Alter dem Trubel der Großstädte entfliehen wollen. Eine angemessene, rechtzeitige Stützung der Landarztpraxen hat in diesem Sinn nicht zu unterschätzende regionalpolitische Bedeutung und mit dem häufig unterstellten Eigeninteresse der Ärzteschaft wenig zu tun.

Bei der Frage, ob es heute noch möglich ist, eine Landarztpraxis wirtschaftlich zu führen, kommt es vor allem auf die Definition des Begriffes an. Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Situationen von Arztpraxen im ländlichen Raum. Ihre wirtschaftliche Problematik ist dabei von zahlreichen Faktoren abhängig: dem Einzugsgebiet, der geografischen Situation, der Verkehrssituation zu verschiedenen Jahreszeiten, der Variabilität der Patientendichte in Tourismusgebieten, der Abwanderungsproblematik, der Situation der Industriegebiete

im Einzugsgebiet der Schulstandorte etc. Durch die gestiegenen Ansprüche an qualitätsvolle Mitarbeiter, zeitgemäße Räumlichkeiten und Gerätschaften auf der einen Seite und die negative Entwicklung bei den Kassenhonoraren, die in den letzten zehn Jahren meist unter der Teuerungsrate erfolgte, auf der anderen Seite ist die wirtschaftliche Attraktivität von Landarztpraxen aber sicherlich gesunken. Insbesondere trifft dies jene Landarztpraxen, denen die Hausapotheke entzogen wurde.

Zur Stützung und Aufrechterhaltung von Landarztpraxen bedarf es daher einer ganzen Reihe von Maßnahmen. Eine besondere Bedeutung kommt dabei der monetären Sonderstellung der Landärzte durch die Kassen zu. Die sogenannte Abstufung oder Mengenbegrenzung als Maßnahme der Steuerung soll verhindern, dass Ärzte ihre Tätigkeit über ihren Versorgungsauftrag zu sehr ausdehnen. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz in Deutschland wurde diese Mengenbeschränkung im ländlichen Raum aufgehoben. Das ist sicher eine der möglichen Maßnahmen, um die Attraktivität von Landpraxen zu erhöhen, es sollte aber nicht die einzige bleiben. Sockelbeträge, wie in Dänemark, die der Besonderheit der Situation Rechnung tragen, sind meiner Meinung nach eher anzudenken als Ausnahmen bei der Mengenbegrenzung, da es sich bei den finanziell stützungsnotwendigen Praxen zum größten Teil um kleine Praxen handelt.

Die finanzielle Seite ist jedoch nur ein Aspekt der Problematik, und es müssen daher grundsätzlich auch andere Überlegungen diskutiert werden. Etwa könnten Ärztinnen und Ärzte, die in unterversorgten Gebieten für einen bestimmten Zeitraum tätig sind, bei einer eventuellen späteren Bewerbung in städtischen Räumen eine bevorzugte Berücksichtigung finden.

Darüber hinaus wird zukünftig auch anderen vertraglichen Gegebenheiten ebenso große Dringlichkeit zukommen, deren finanzieller Hintergrund vertragliche Lösungen finden sollte. Ich möchte beispielhaft die Teilung von Verträgen nennen, die eine Entlastung von der Vorhalteleistung „zeitliche Verfügbarkeit“ bringen könnte. Des Weiteren wäre die Ermöglichung der Anstellung von Ärzten bei Ärzten essentiell, weil dadurch jenen, die noch nicht zur Übernahme unternehmerischer Verantwortung bereit sind, der Einstieg zur Tätigkeit im ländlichen Raum erleichtert wird. Als Beispiel könnten regelmäßige Konsiliardienste von Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Sonderfächer in den Landpraxen stattfinden, was auch ein wichtiges Service für die Patienten darstellen würde. Aber auch die Einrichtung von Gruppenpraxen und Ärztenetzwerken sollte gestützt statt behindert werden.

Trotz nach wie vor steigender Ärztezahlen haben Ärzte in strukturschwachen Regionen zunehmend Schwierigkeiten, einen Nachfolger für ihre Praxis zu finden. Dies betrifft insbesondere Hausärzte. Schlechtere Infrastruktur auf dem Land, erschwerte Arbeitsbedingungen, lange Anfahrtswege bei Hausbesuchen und häufige Bereitschaftsdienste sind die Belastungen, die bei der Honorarverteilung in Deutschland, aber auch in Österreich bisher wenig berücksichtigt wurden.

Seit dem Jahr 2000 mussten zahlreiche Hausapotheken, vor allem bei der Übernahme von Ordinationen im ländlichen Raum, schließen. Zusammen mit der unbefriedigenden Entwicklung bei den Kassenhonoraren und den erhöhten Ausgaben durch Steigerung der Qualität des organisatorischen und medizinischen Angebotes der Praxen, ergab der Verlust der ärztlichen Apotheken eine schwere Einschränkung der Wirtschaftlichkeit von Landarztpraxen. Hier kompensatorische Maßnahmen zu setzen, ist sicher ein Gebot der Stunde. Das Beispiel Deutschland zeigt, dass zu späte Reaktionen die Tendenz zur Unterversorgung nicht mehr stoppen können und eine Qualitätsverschlechterung der medizinischen Versorgung am Land die Folge ist.

MR Dr. Wolfgang Ziegler

Kurienobmann-Stellvertreter der niedergelassenen Ärzte in Oberösterreich

„Die häufigen Notdienste machen den Beruf des Landarztes unattraktiv, denn in der Stadt müssen viel weniger oder keine Dienste abgeleistet werden.“

Die Belastung durch Bereitschaftsdienste in der Nacht und an den Wochenenden ist enorm. Derzeit verrichten in Oberösterreich etwa 600 Ärztinnen und Ärzte Notdienst in rund 100 Dienstsprengeln. Im Schnitt entspricht dies 61 Diensten pro Jahr oder fünf Diensten im Monat, unter der Woche jeweils von 14 Uhr bis 7 Uhr, an Wochenenden und Feiertagen von 7 Uhr bis 7 Uhr. In ländlichen Regionen sind für einen Sprengel oft nur zwei bis drei KollegInnen zuständig, in anderen oft bis zu 30 KollegInnen. Die Belastung durch die Bereitschaftsdienste variiert daher sehr stark. Die Häufigkeit der Nachtdienste ist in ländlichen Regionen naturgemäß aber viel höher. Hier müssen Ärzte

und Ärztinnen oft jeden dritten Tag Nachtdienst leisten und am nächsten Tag wieder ihre Ordination betreuen. Die Patienten erwarten sich aber zu Recht eine/n hoffentlich ausgeschlafene/n Hausarzt oder Hausärztin in der Praxis.

Mit zunehmendem Alter wird es schwieriger, diese Herausforderung zu meistern, das kann ich nach 26 Dienstjahren aus eigener Erfahrung bestätigen. Während ich zu Beginn meiner Tätigkeit oft nachts eine Visite gefahren bin, mich dann wieder hingelegt habe und sofort einschlafen konnte, funktioniert das heute nicht mehr so klaglos. Oft liege ich nach einer nächtlichen Ausfahrt ein oder zwei Stunden wach. Dieser Schlaf fehlt mir dann am nächsten Morgen. Da viele Hausärztinnen und Hausärzte heute bereits der älteren Generation angehören, glaube ich, dass die häufigen Nachtdienste für viele eine große Belastung sind.

Ich denke aber, dass es auch für Ärztinnen oft schwer ist, Nachtdienste zu leisten, zumindest wenn sie der Doppelbelastung von Familie und Beruf ausgesetzt sind. Viele Frauen lassen ihre Kinder, zumindest solange sie klein sind, in der Nacht ungern alleine zu Hause. Engagierte Väter können das nicht immer wettmachen, denn heute sind meist beide Elternteile berufstätig und auch in anderen Berufen gibt es Nachtarbeit oder Außendienst. Nachtdienste und Familie vertragen sich daher eher schlecht miteinander. Manche Ärztinnen haben verständlicherweise in der Nacht allerdings auch einfach Angst, alleine in oftmals entlegene Gegenden zu fahren.

Letztendlich schränken häufige Notdienste aber auch die Freizeitgestaltung ganz erheblich ein. Viele Wochenenden sind zumindest an einem Tag durch einen Dienst „angepatzt“. Im Dienst gibt es kein Kino, kein Theater, keine aufwändigere Gartenarbeit, keinen Sportabend, keine Freundesrunde und dergleichen. Das läuft einer modernen Work-Life-Balance zuwider und wird von der jüngeren Generation entsprechend negativ bewertet. Man kann sagen, dass durch das zunehmende Alter der Ärzte und Ärztinnen, die steigende Frauenquote innerhalb der Ärzteschaft und dem nachvollziehbaren Wunsch nach einer modernen Lebensführung insgesamt die Bereitschaft für Notdienste zurückgeht.

Um dem entgegenzuwirken, haben wir in der Ärztekammer für Oberösterreich schon vor einigen Jahren begonnen, die Voraussetzungen für eine Vergrößerung der Dienstsprengel zu schaffen. Denn größere Sprengel bedeuten mehr ÄrztInnen pro Sprengel und damit weniger Dienste für den Einzelnen. Natürlich sind uns damit da und dort Grenzen gesetzt, insbesondere aus geografischen Gründen. In vielen Teilen Oberösterreichs ist es aber durch-

aus möglich und wurde teilweise auch schon umgesetzt. Sprengelvergrößerungen sind auch deshalb machbar, weil die Menschen im Gegensatz zu früher viel mobiler sind, es mehr und bessere Straßen gibt, ein vollständig ausgebautes Rettungs- und Notarztsystem zur Verfügung steht und es etwa Navigationsgeräte gibt. Eine so engmaschige Sprengelstruktur wie früher ist heute daher nicht mehr notwendig. Unsere bisherigen Sprengelzusammenlegungen haben auch gezeigt, dass der Mehraufwand bei den Diensten in keinem Verhältnis zur gewonnenen Lebensqualität steht. Der Mehrverdienst, der durch die Mehrarbeit bei den Diensten und die höhere Pauschale entsteht, ermöglicht es außerdem, leichter junge VertretungskollegInnen zu finden, die den einen oder anderen Dienst übernehmen. Das macht gleichzeitig auch ein bisschen Werbung für den an sich ja schönen Beruf des Landarztes.

Aber auch andere Modelle des Bereitschaftsdienstes werden überlegt, initiiert, pilotiert und eingeführt. So besteht etwa im Bezirk Perg eine enge Zusammenarbeit mit dem Roten Kreuz, das ein Fahrzeug und einen Fahrer zur Verfügung stellt. Damit fällt für die KollegInnen auch die Angst weg, nachts alleine unterwegs zu sein. Finanziert wird das durch die eingesparten Notdienste im größeren betreuten Gebiet. Es bleibt zu hoffen, dass unsere Nachwuchssorgen in der Landmedizin den Gewinn an Lebensqualität nicht wieder rasch zunichtemachen!

Darüber hinaus kann ich noch sagen, dass es für mich als Landarzt erschreckend ist, wie stark in den letzten 26 Jahren die laienmedizinische Kompetenz der Bevölkerung abgenommen hat. In der jüngeren Generation weiß kaum noch jemand, wie man Topfenwickel oder Essigpatscherl macht. Oft wird wegen kleinsten Unannehmlichkeiten sofort der Notdienst angefordert, nicht selten in einem rüden, fordernden Ton, ganz nach dem Motto: „Wozu gibt es denn schließlich einen Notdienst.“ Auch wenn Kinder immer ein Grund sind, eine Visite zu fahren, so ist es doch eine emotionale Herausforderung, wenn man ein fünfjähriges Kind, das erbrochen hat, bei der Visite um vier Uhr morgens Chips essend vor dem Computer findet. Da ist ein echter Notfall, bei dem man wirklich helfen konnte, weniger belastend.

Dr. med. Bernhard Gibis

Leitung Dezernat 4, Geschäftsbereich Sicherstellung und Versorgungsstruktur, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin

Landarztmangel und Bedarfsplanung in Deutschland: Zwischen Skylla und Charybdis

1. Hintergrund	115
2. Reform der Bedarfsplanung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss im Jahre 2012	118
3. Erste Ergebnisse der Bedarfsplanung	122
4. Zusammenfassung	123
Danksagung	125
Anhang: Tabellen	125
Literaturverzeichnis	127

Die ärztliche Versorgung auf dem Lande ist von einem tiefgreifenden Wandel gekennzeichnet. Nach Jahren der Sperrung von Niederlassungsbezirken finden Praxisinhaber keine Nachfolger mehr. Diese Entwicklung ist insbesondere in der hausärztlichen, absehbar aber auch in der grundversorgenden fachärztlichen Versorgung wie der Augenheilkunde zu verzeichnen. Gleichzeitig drängen in spezialisierte Fachgebiete nach wie vor mehr Bewerber in die Versorgung als freie Arztsitze vorhanden sind.

Der Gesetzgeber hat deshalb die gemeinsame Selbstverwaltung aus Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen beauftragt, die bisherige Bedarfsplanung der veränderten Versorgungslage anzupassen. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist dieser Aufgabe in der gesetzten Frist bis zum 1.1.2013 nachgekommen und hat durch die Anpassung der Planungsräume sowie der Fortentwicklung der Verhältniszahlen die Bedarfsplanung an die gegenwärtigen Herausforderungen angepasst. Dies betrifft insbesondere die hausärztliche Versorgung, die kleinräumiger als bisher auf Versorgungsungleichgewichte reagieren kann.

Unbenommen der detailgenaueren Planung kann diese aus sich heraus keinen einzigen neuen Arzt zur Niederlassung bewegen. Erst durch geeignete Anreize kann es gelingen, den ländlichen Raum wieder attraktiv auch für ärztliche Niederlassungen zu machen. Die hierfür erforderlichen Maßnahmen sind kaum durch den Gesundheitssektor alleine zu stemmen: Es bedarf einer konzertierten Aktion aller Verantwortlichen aus den betroffenen Gemeinden, Ländern, Kassenärztlichen Vereinigungen, um dieses gesellschaftliche Problem der Daseinsvorsorge im ländlichen Gesundheitsbereich zu lösen.

1. Hintergrund

Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland ist bislang durch eine ungewöhnlich hohe Arztdichte nicht nur im hausärztlichen Bereich, sondern auch im fachärztlichen Bereich gekennzeichnet. Flächendeckend können auch spezialisierte fachärztliche Leistungen in ambulanter Versorgungsumgebung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen werden. Die aus staatlichen Gesundheitssystemen bekannten Probleme mit dem Zugang zur Versorgung sind daher bislang in Deutschland nur von nachgelagerterem Interesse gewesen, wenngleich zur Zeit vor dem Hintergrund der Diskussion um eine einheitliche Bürgerversicherung Unterschiede zwischen privat und gesetzlich versicherten Patienten als Problem dargestellt werden. Diese ungewöhnlich hohe Versorgungsdichte liegt auch darin begründet, dass Deutschland all die Jahre vergleichsweise viele Ärzte ausgebildet hatte, sodass Anfang der 90er Jahre sogar von einer Ärzteschwemme die Rede war. Die Realität hat diese Feststellung eingeholt: Krankenhäuser haben Probleme, Assistentenplätze zu besetzen, und bedienen sich häufig ausländischer Fachkräfte, Arztpraxen finden keine Nachfolger mehr. Die Situation kulminiert insbesondere im ländlichen Raum, der insgesamt von Sicherstellungsproblemen gekennzeichnet ist. Während öffentliche Einrichtungen, wie Schulen, Polizei- bzw. Feuerwehrwachen, schon vor Jahren geschlossen bzw. zentralisiert zusammengefasst wurden, schließen Postfilialen und der vor allem am Schultransport ausgerichtete öffentliche Nahverkehr wird beständig reduziert. Ausgenommen war hiervon bislang die ärztliche Versorgung. Da diese überwiegend durch Selbstständige in freier Praxis ausgeübt wird, die mit ihrem eigenen Vermögen die Praxisstruktur aufgebaut oder erworben haben und nicht kurzfristig ihren Standort verlegen können, war die ärztliche Versorgung bislang weiterhin dicht gewebt. Mit dem Ausscheiden des jeweiligen Arztes aus der Versorgung jedoch wird offenkundig, dass jüngere Kollegen nicht mehr bereit sind, diese Form der Versorgung – insbesondere in ländlichen Gebieten – zu übernehmen. Dies trifft nicht auf alle Fachgruppen zu, insbesondere betroffen sind grundversorgende Fächer und hier allen voran die hausärztliche Versorgung. So gesehen ist ein echter Arztmangel insofern entstanden, als dass die bestehenden, bekannten und akzeptierten Versorgungsstrukturen nicht mehr 1 : 1 nachbesetzt werden können. Dieses Phänomen ist nicht alleine auf die neuen Bundesländer beschränkt, auch in den sogenannten alten Bundesländern ist in ländlichen Gebieten eine ähnliche Entwicklung zu verzeichnen.

Durch Veröffentlichungen in den Medien, Berichten an Bundestagsabgeordnete und Reaktionen der Gemeinden und Länder sensibilisiert, reagierte der Gesetzge-

ber mit dem sogenannten Versorgungsstrukturgesetz 2012 mit der Neuauflage der Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung und hat diese beim Gemeinsamen Bundesausschuss, dem zentralen Entscheidungsgremium der hiesigen Selbstverwaltung, in Auftrag gegeben. Die Bedarfsplanung der Vertragsärzte (früher „Kassenärzte“) ist ein historisch tief verwurzelttes Verfahren, schon 1913 wurden im Berliner Abkommen im Hinblick auf die Anzahl von Versicherten je Arzt Mindeststandards für die damaligen Krankenkassen festgelegt, die offensichtlich immer wieder unterschritten wurden. Mit der Übertragung des Sicherstellungsauftrages an die Ärzte im Jahre 1932 wurde festgelegt, dass je Zulassungsbezirk pro 600 Kassenmitglieder ein Arzt vorzuhalten ist. Die Entwicklung nach dem Kriege war vor allem dann in den 80er und 90er Jahren von der zuvor erwähnten Ärzteschwemme geprägt. Im Kassenärzte-Bedarfsplanungsgesetz 1986 wurde insbesondere die Sperrung von Planungsbereichen ermöglicht, 1992 wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eine Bedarfsplanung eingeführt, die vor allem die Niederlassungsbegrenzung zum Ziel hatte. Mit der gleichzeitig eingeführten Budgetierung und der Deckelung der Gesamtausgaben für die vertragsärztliche Versorgung standen auch Fragen der Finanzierbarkeit und Wirtschaftlichkeit im Vordergrund, so dass bis 2012 für 14 Fachgruppen eine niederlassungsbegrenzende Bedarfsplanung eingeführt wurde.

Unbenommen der Absicherung von Mindeststandards sowie der Finanzierbarkeit der Versorgung erfüllt die Bedarfsplanung einen der wesentlichen Aspekte eines solidarischen Gesundheitssystems, nämlich den vergleichbar guten Zugang zur Versorgung für alle Versicherten, unabhängig von Einkommen, Bildungsgrad, Glaubensbekenntnis und auch Wohnort. Alleine die Erkrankung ist grundsätzlich berechtigendes Element zum Zugang zur Versorgung. Ohne steuernde Maßnahmen, sprich z.B. alleine durch Marktverhältnisse, lässt sich dieses Ziel nur ungenügend erreichen. Die Niederlassung von Ärzten wird wesentlich von den Kaufkraftverhältnissen einer Bevölkerung bestimmt, mit dem paradoxen Effekt einer hohen Arztdichte dort, wo in der Regel die wohlhabendste und gleichzeitig gesündeste Bevölkerung lebt. Weniger Niederlassungen sind an denjenigen Stellen zu verzeichnen, wo die einkommensschwächere und in der Regel krankheitsbelastetere Bevölkerung zu Hause ist. Um dieses auch „inverse care law“ bezeichnete Phänomen, wie es übrigens auch in der Bildung zu verzeichnen ist (die besten Schulen dort, wo die gebildetsten Einwohner leben), zu antagonisieren, wird in einem Solidarsystem durch einen Ordnungsrahmen, wie z.B. der Bedarfsplanung, eine einwohnerbezogene Gleichverteilung angestrebt. Während dieser Ordnungsrahmen in vielen Ländern durch den Staat (z.B. Skandinavien, Großbritannien) oder in den Vereinigten Staaten durch die Krankenversicherungen bestimmt wird, nimmt in Deutschland die Vertragsärzteschaft eine wesentliche Rolle ein, indem sie für die Krankenkassen und mittelbar auch für den Staat die

bundesweite Versorgung „sicherstellt“ und kollektiv die dafür erforderliche Vergütung verhandelt.

Diese Sicherstellung der Versorgung war jahrzehntelang insofern unproblematisch, als dass genügend Kolleginnen und Kollegen auch in ländlichen Gebieten niederlassungswillig waren. Zwischenzeitlich hat sich – wie erwähnt – die Lage umgekehrt, bei manchen Fachgruppen bestehen in manchen Gebieten Probleme der Sicherstellung der Versorgung, so dass der Gesetzgeber eine Anpassung der Bedarfsplanung eingefordert hat. Dies betrifft insbesondere die Frage, inwieweit die Planungsbereiche zu groß oder zu klein gewählt, ob die Verhältniszahlen (Einwohner je Arzt) noch angemessen sind sowie die Reform der Sonderbedarfszulassung, mit der auch bei gesperrten Planungsbezirken im Einzelfall noch eine Zulassung aufgrund besonderer Umstände möglich ist. Die bis 2012 gültige Bedarfsplanung bezog sich ausschließlich auf die zahlenmäßig starken Fächer und sah keine Niederlassungsbegrenzung für die kleineren, hochspezialisierten Gebiete vor. So konnten sich beispielsweise Laborärzte weiterhin bundesweit niederlassen, was als falsches Signal für die Karriereentscheidung jüngerer Kollegen angesehen wurde und aufgrund der technischen Entwicklung auch bei kleiner Fachgruppenstärke einen Hochkostenfaktor für das Versorgungssystem darstellt. Explizit durch den Gesetzgeber eingeführt wurde eine Föderalisierung der Bedarfsplanung dahingehend, dass auf Landesebene von der Bundesvorgabe begründet abgewichen werden kann. Dieses Instrument war in der bisherigen Bedarfsplanung nicht vorgesehen. Passager diskutiert wurden auch Instrumente der Zwangsverpflichtung zur Tätigkeit auf dem Lande vor einer Tätigkeitsaufnahme in der Stadt, die allerdings aus guten Gründen nicht mehrheitsfähig waren und keinen Eingang in die Gesetzgebung genommen haben.

2. Reform der Bedarfsplanung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss im Jahre 2012

Der Gemeinsame Bundesausschuss erlässt untergesetzliche Normen im Auftrag des Gesetzgebers. Im entsprechenden Unterausschuss Bedarfsplanung haben die beteiligten Vertragsparteien zeitgerecht zum 1. Januar 2013 eine umfassende Reform fertiggestellt. Verfahrensbeteiligte sind dabei der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (für alle gesetzlichen Krankenkassen), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (für alle Vertragsärzte), die Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft (für alle Kliniken) sowie erstmalig auch (nicht stimmberechtigt) die Ländervertreter (für die Landesregierungen). Wie bei allen Beratungen sind Patientenvertreter in die Entscheidungsfindung auf allen Stufen beratend einbezogen. Die Reform selbst wurde in zwei Schritten vollzogen. In einem ersten Schritt bis 1.1.2013 wurde das Planungssystem den heutigen Anforderungen angepasst, in einem zweiten Schritt bis 30.6.2013 wurden Anreize, sprich Fördermaßnahmen, für die Niederlassung in entsprechenden unterversorgten Gebieten weiterentwickelt.

Die Diskussion um die Bedarfsplanungsreform war anfänglich wesentlich von der Definition des Bedarfes einer angemessenen ärztlichen Versorgung bestimmt. Weder die WHO noch die OECD haben jemals Grenzwerte für eine angemessene ärztliche Versorgung in Form von Mindestquoten von Einwohnern je Arzt festgelegt. Ein sozusagen evidenzbasiertes System der Arzt-/Einwohnerermittlung liegt nicht vor. Die Festlegung der Verhältniszahlen wurde deshalb grundsätzlich auf der bestehenden Basis fortentwickelt, Änderungen hingegen bei der demografischen Adjustierung vorgenommen. Schon seit 2010 werden die Verhältniszahlen nach der Alterszusammensetzung der Bevölkerung eines Planungsbereichs gewichtet: In Regionen mit einem signifikant höheren Anteil von Versicherten jenseits des 65sten Lebensjahrs werden für zahlreiche Fachgruppen, unter anderem die Augenärzte, mehr Arztkapazitäten vorgehalten. Dieser sogenannte Demografiefaktor war jedoch aufgrund zu deutlicher Arztsitzzuwächse bisher nicht bundesweit zur Anwendung gekommen, weshalb eine Anpassung im Rahmen der Reform vorgenommen wurde. Teil der Diskussion war auch die Berücksichtigung sogenannter soziodemografischer Korrekturfaktoren, die auf die besondere Versorgungslage deprivierter Regionen reagieren. Aufgrund des noch nicht vorhandenen, allgemein akzeptierten Instruments zur Erhebung des Sozialstatus zum Zwecke der Bedarfsplanung als auch der fehlenden Kenntnis der Übersetzung solcher Fakto-

ren in den nötigen fachgruppenspezifischen Arztbedarf, wurde auf Bundesebene auf eine Berücksichtigung in der Richtlinie verzichtet. Regional sind gleichwohl Entwicklungen der Beachtung solcher Faktoren erkennbar, wie beispielsweise in Berlin, wo sich Krankenkassen und Vertragsärzte in einem Letter of Intent dazu verpflichtet haben, künftig soziodemografische Faktoren in der Bedarfsplanung berücksichtigen zu wollen.

Schon die in den 90er Jahren festgelegten Verhältniszahlen entsprechen weltweit einer der höchsten Arztdichten in der ambulanten Versorgung. Allgemein wurde attestiert, dass mit einer so hohen ärztlichen Versorgungsdichte eine angemessene Versorgung grundsätzlich sicherzustellen sein muss. Wesentliches Moment einer Bedarfsplanung ist demnach vor allem die soweit es geht gleichmäßige Verteilung dieser Ärzte im Sinne eines vergleichbaren Zugangs zur Versorgung für alle Versicherten, unabhängig von Wohnort, Einkommen oder anderen Differenzierungsmerkmalen. Während die Verhältniszahlen als solche auf Basis der bestehenden Erfahrungswerte fortentwickelt und somit nicht grundsätzlich neu konzipiert wurden, fokussierte die Reform insbesondere auf den Raumbezug der jeweiligen Fachgruppe zur Ermittlung der jeweils angemessenen Planungsbereichsgröße. So ist es einleuchtend, dass ein Hausarzt ein kleineres Einzugsgebiet hat als ein Radiologe oder ein Strahlentherapeut. In der bisherigen Bedarfsplanung war immer der Kreis oder die kreisfreie Stadt der Bezugspunkt für die Ermittlung der Verhältniszahl für alle Fachgruppen. Die sogenannte „Raumblindheit“ der alten Bedarfsplanung führte zur Ungleichverteilung insbesondere der grundversorgenden Fachgruppen in den durch Kreisgebietsreformen immer größer gewordenen (Land-)Kreisen. Mit der immer weiter voranschreitenden Differenzierung der Versorgung wurde es deshalb erforderlich, sogenannte Versorgungsebenen zu definieren. Danach werden grundsätzlich vier Versorgungsebenen unterschieden: erstens die hausärztliche Versorgungsebene, zweitens die allgemeine fachärztliche Versorgungsebene, drittens die spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene und viertens eine sog. gesonderte fachärztliche Versorgungsebene (Tabelle 1). Auf eine Beplanung der Schwerpunkte einzelner Fachgebiete wurde bewusst verzichtet. Insbesondere bei den Fachinternisten mit mehr als 10 Schwerpunkten kam die Frage auf, ob nicht beispielsweise Rheumatologen oder Kardiologen als eigene Fachgruppe in der Bedarfsplanung Berücksichtigung finden sollten. Um nicht die Fragmentierung der Versorgung mit ganz eigenen Sogwirkungen auch in der Bedarfsplanung zu reproduzieren, wurde dieser Schritt unterlassen. Es wird deshalb vor Ort zu entscheiden sein, mit welchen Schwerpunkten Fachinternistensitze nachbesetzt werden, sofern sich für die Versorgung der Bevölkerung Ungleichgewichte in der Gruppenzusammensetzung ergeben. Gleiches gilt auch für andere Fachgruppen oder die Unterscheidung in konservativ oder operativ tätige Ärzte.

Den vier Versorgungsebenen wurden unterschiedlich große Planungsbereiche zugeordnet. Bei der hausärztlichen Versorgung ist dies der sog. Mittelbereich, wie er in der Daseinsvorsorge des Staates für die Sicherstellung von entsprechenden Strukturen gleichermaßen verwendet wird. Für die allgemeine fachärztliche Versorgung ist es die Kreisebene, für die spezialisierte fachärztliche Versorgung die sog. Raumordnungsregion und schließlich für die gesonderte fachärztliche Versorgung (z.B. Labormedizin, Pathologie) die Landesgrenze. Alle Gebietsabgrenzungen basieren im Wesentlichen auf den Raumordnungskonzepten des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (www.bbsr.bund.de), die dort kontinuierlich gepflegt und weiterentwickelt werden. Die Konzepte dienen für vielfältige Planungsaufgaben des Bundes und der Länder, vor allem auch für Fragen der Daseinsvorsorge.

Insbesondere im Hinblick auf die hausärztliche Versorgung ergibt sich nunmehr eine deutlich feingliedrigere räumliche Abbildung der hausärztlichen Versorgungssituation. In 883 Mittelbereichen wird somit die Versorgungssituation kleinräumiger erfasst. Während in der alten Bedarfsplanung in einem großflächigen (Land-) Kreis statistisch gesehen eine Überversorgung bestehen konnte, kann bei der kleinräumigeren Betrachtung offenkundig werden, dass alle Ärzte in einem bestimmten Teil des Kreises, zu meist der Kreisstadt, niedergelassen sind und die peripheren ländlichen Teile des Kreises unzureichend versorgt sind. Wie die Ergebnisse der Umsetzung später gezeigt haben, wird damit sichtbar, an welchen Stellen hausärztliche Versorgung unterdurchschnittliche Einwohner-Arztrelationen aufweist. Die Definition der hausärztlichen Versorgung, und dies hatte Auswirkungen auf die Festlegung der Verhältniszahl, geht davon aus, dass Hausärzte ihre Patienten dort versorgen, wo diese wohnhaft sind und wo auch Hausbesuche durchgeführt werden. Eine Mitversorgung von Städten für das entfernte Umland, wie sie beispielsweise bei spezialisierten Arztgruppen üblich ist, findet hier kaum statt. Unterschiedliche Versorgungsniveaus zwischen Stadt und Land sind hier somit nicht erforderlich. Deshalb wurde zur Herstellung eines bundesweit einheitlichen Vergleichsrahmens eine Verhältniszahl von einem Hausarzt auf 1671 Einwohner festgelegt. Von dieser einheitlichen Verhältniszahl sind einige Kassenärztliche Vereinigungen abgegangen und haben differenziertere Verhältniszahlfestlegungen vorgenommen, so wie dies die landesspezifische Versorgungssituation erforderlich gemacht hat (z.B. Mecklenburg-Vorpommern und Hessen).

Für die wohnortnahe fachärztliche Versorgung wurde am Konzept der Mitversorgung durch Städte festgehalten und eine Differenzierung der Verhältniszahl nach mitversorgenden und von der Mitversorgung profitierenden Kreisen vorgenommen (Tabelle 2). Für die spezialisierte fachärztliche Versorgung wie die Radiologen wurden die sogenannten Raumordnungsregionen als Bezugsregion ausgewählt. Diese stellen große, funktionalräumliche Gebietsabgrenzungen dar, in denen eine

Versorgung aus der Region heraus, in der Regel durch zentralere Orte, sichergestellt wird. Neu hinzugekommen ist in der Bedarfsplanung der Berücksichtigung von Fachgruppen, die bislang vor allem aufgrund ihrer Größe (< 1000 Ärzte) nicht der Bedarfsplanung unterlagen. Für diese Fachgruppen ist das dynamischste Wachstum zu verzeichnen, weshalb Niederlassungssperren (z.B. der Labormedizin) Folge der eingeführten Bedarfsplanung sind. Für die spezialisierte und gesonderte fachärztliche Versorgung sind jeweils fachgruppenspezifische bundesweit einheitliche Verhältniszahlen vorgesehen, da hier die Mitversorgung zwischen Stadt und Land durch die großen Planungsräume abgebildet ist.

Nachdem die Richtlinienveränderungen zum 1. Januar 2013 verabschiedet wurden, verblieb der Landesebene sechs Monate Zeit, die Bedarfsplanung umzusetzen. Dies ist in allen Bundesländern zeitgerecht gelungen. Teil der Reform war auch, ein höheres Maß an Versorgungsorientierung zu etablieren. Die gemeinsame Selbstverwaltung auf Landesebene hat sog. Bedarfspläne aufzustellen, in denen die aktuelle Versorgungssituation und vor allem auch die künftigen Ziele der Versorgung dargestellt werden sollen und die durch einen paritätisch besetzten Landesausschuss verabschiedet werden. Konkret heißt dies, dass z.B. bei der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auf dem Lande explizit angesprochen werden soll, welche Probleme vorliegen und wie man diese zu beheben gedenkt. Insofern war dies nicht nur eine 1:1-Umsetzung einer bundesweiten Vorschrift, sondern auch mit eigenen Ausgestaltungsmaßnahmen verbunden. Den Landesministerien kommt dabei eine Aufsichtsfunktion zu – mit der Möglichkeit, Bedarfsplanung abzulehnen oder mit der Auflage der Nachbesserung zu genehmigen. Umso mehr ist die Leistung zu würdigen, innerhalb von einem halben Jahr Bedarfspläne in allen Bundesländern aufgestellt zu haben. Gleichwohl ist festzustellen, dass viele Reformvorhaben und konkretere Ausgestaltungen, so wie sie der Gesetzgeber wünscht, auf das Jahr 2014 verlegt worden sind und zunächst die rechtssichere Umsetzung der neuen Infrastruktur im Vordergrund stand. Parallel hierzu wurde auf Bundesebene erneut beraten, wie die Feststellung einer drohenden Unterversorgung oder ein sog. zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf so umsetzbar in der Richtlinie verankert werden kann, dass tatsächlich auch Fördermaßnahmen ergriffen werden. Planung alleine bringt noch keinen einzigen neuen Arzt hervor. Nur durch Anreizsysteme, die oft nicht alleine nur mit Geld ausgestattet sein müssen, sind junge Kolleginnen und Kollegen zu bewegen, sich in ländlichen Gebieten niederzulassen. Diese verbesserten Anerkennungsbedingungen für zusätzlichen Versorgungsbedarf konnten Mitte letzten Jahres verabschiedet werden. Gleichwohl ist aus Sicht der Ärzteschaft festzustellen, dass diese noch nicht weitgehend genug sind, um junge Akademiker für eine Versorgung auf dem Lande begeistern zu können. Weiterhin wird durch die Kostenträger unter Verweis auf den allgemeinen Sicherstellungsauftrag der Vertragsärzte die Zusage von Fördergeldern restriktiv gehandhabt.

3. Erste Ergebnisse der Bedarfsplanung

Nach Umsetzung der Bedarfsplanung im Jahre 2013 kann festgestellt werden, dass das Ziel einer transparenteren Ausweisung von unterversorgten Gebieten, insbesondere im hausärztlichen Bereich, erreicht wurde. So ist im Rahmen der neuen Bedarfsplanung in der hausärztlichen Versorgung ein Gebiet als unterversorgt ausgewiesen, jedoch 49 Gebiete wurden mit dem Status der drohenden Unterversorgung belegt, so dass zusätzliche Maßnahmen greifen können (Niederlassungshilfen, Stützung der Vergütung, Aufhebung von mengenbegrenzenden Regelungen etc.). Gleichwohl muss festgestellt werden, dass in der Gesamtbetrachtung bei über 50.000 Hausärzten bislang nur ca. 2.600 offene Stellen zu verzeichnen sind. In absoluten Zahlen gesehen ist das Problem zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch umschrieben und dies nicht zuletzt auch deshalb, da Bevölkerungskonzentrationen vor allem in Städten und Verdichtungsgebieten und nicht in ländlichen Gebieten zu verzeichnen sind. Im Hinblick auf die Bedeutung der jeweilig betroffenen Gebiete sind die Auswirkungen jedoch sehr groß. Auch dies spricht dafür, dass für die Behebung der Probleme nicht alleine der Gesundheitssektor verantwortlich gemacht werden kann, vielmehr müssen alle Beteiligten, also Kommunen, Land sowie auch Ärzteschaft, gemeinsam Wege entwickeln, wie eine ärztliche Versorgung auch noch dort aufrechterhalten werden kann, wo sich ansonsten die Gesellschaft mit ihren Infrastrukturmaßnahmen schon längst zurückgezogen hat. Hinzu kommt, dass die Ansiedlung in einem Gebiet, in dem aufgrund des demografischen Wandels ein erheblicher Bevölkerungsrückgang erwartet wird, Kolleginnen und Kollegen nicht guten Gewissens empfohlen werden kann. Umso mehr werden Möglichkeiten der mobilen Versorgung sowie der Zentralisierung geprüft werden müssen (z.B. Patientenfahrdienste, mobile Arztpraxen, Möglichkeit der Telemedizin).

Wesentliche Veränderungen haben sich auch für die psychotherapeutische Versorgung ergeben, die Leistungsbestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Die Finanzierung von 1.300 neuen Stellen, insbesondere für die ländliche Versorgung, wurde nicht zuletzt auf gesetzgeberischen Druck hin durch die Gesetzliche Krankenversicherung übernommen, so dass die bisher bestehende erhebliche Ungleichverteilung von Psychotherapeuten zwar nicht ganz aufgelöst, zumindest jedoch reduziert werden kann. Für die bislang nicht beplanten Fachgebiete sind bis auf wenige Ausnahmen (Kinder- und Jugendpsychiater, Rehabilitationsmediziner) die erwarteten Sperrungen eingetreten, so dass Wachstumspotenzi-

ale insbesondere in der beständig wachsenden hochspezialisierten Versorgung begrenzt werden können.

4. Zusammenfassung

Planung aus sich heraus ist immer ein insuffizientes Instrument, um Versorgungsrealität wirklich abbilden und lenken zu können. Sie stellt allenfalls einen Korridor dar, dessen Hauptziel vergleichbare Versorgungsverhältnisse für alle GKV-Versicherten ist. Damit ist eine Bedarfsplanung auch ein Informationssystem. Es zeigt an, wo überdurchschnittlich viele Ärzte schon niedergelassen und weitere Niederlassungen nicht erforderlich sind; und im Umkehrschluss zeigt es an, wo eine unterdurchschnittliche Versorgungslage vorliegt. Dies ist insbesondere im ländlichen Raum derzeit zu verzeichnen. Mit der letzten Bedarfsplanungsreform wurde durch die Kleinräumigkeit der Bedarfsplanung konkreter sichtbar, wo Versorgungslücken bestehen. Gefüllt werden diese aus der Planung heraus alleine nicht. Es bedarf weitgehender Anreize, Kolleginnen und Kollegen für die Versorgung auf dem Lande gewinnen zu können. Dabei spielt die ausgelobte Vergütung eine sehr wichtige Rolle, ist aber nicht alleine entscheidend. Die Vorhaltung von Schulplätzen für die Kinder von Ärzten, das Kulturangebot oder auch die Möglichkeit einer adäquaten Beschäftigung für den oft auch akademischen Ehepartner sind oft gleichbedeutend mit den erzielten Einkommensverhältnissen. So gesehen ist die Bedarfsplanungsreform allenfalls ein Baustein im Konzert vielfältiger Bemühungen, lokal, regional wie auf Bundesebene, dem sich abzeichnenden Ärztemangel auf dem Lande entgegenzutreten. Deutlich wird hierbei auch, dass das einmal gewohnte Versorgungsniveau in Zeiten der Ärzteschwemme nicht mehr 1 : 1 wird aufrechterhalten werden können. Hierin spielt auch die Frage der Praxisform. Während auch heute noch viele Landarztpraxen Einzelpraxen sind, ist heute bereits zu beobachten, dass der Trend zu größeren Organisationseinheiten mit gegenseitigen Vertretungsmöglichkeiten führt. Insofern besteht auch noch eine Effizienzreserve in der weiterentwickelten Organisationsform von Arztpraxen. Es ist zu erkennen, dass sich gerade in ländlichen Gebieten Großpraxen herauskristallisieren, die größere Einzugsgebiete versorgen. Und dies zur Zufriedenheit aller Beteiligten, von Patienten genauso wie von Ärzten. Um unter erschwerten Bedingungen weiterhin die Versorgung aufrecht zu erhalten, erweist sich der ländlichen Raum als Innovationsmotor. Dies betrifft auch neue Wege der Delegation von Leistungen an qualifizierte Praxismitarbeiter, wie sie vor allem im ländlichen Raum erprobt wurden und zur Entlastung der Ärzte erfolgreich angewendet werden.

Die Diskussion um die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum sollte jedoch nicht über Sicherstellungsprobleme in Städten hinwegtäuschen. Die fehlende Attraktivität sozial schwacher Räume bringt auch hier mit sich, dass Niederlassungen für Ärztinnen und Ärzte zurückgehen. Es wäre deshalb nicht weiter verwunderlich, wenn in einigen Jahren eine ähnlich gelagerte Diskussion über die Versorgungsprobleme in Städten, insbesondere in den sogenannten „Problem“-Stadtteilen, die Diskussion um den Landarztmangel begleitet oder gar ablöst.

Wie in anderen Ländern auch, haben die Sicherstellungsprobleme in ländlichen Gebieten zu einer grundsätzlichen Diskussion um die bestehenden Aus- und Weiterbildungssysteme der Ärzteschaft geführt.⁶⁶ Beklagt wird die fehlende Abstimmung von Aus- und Weiterbildung und Arbeitsmarkt. Die immer weitergehende Spezialisierung führt zu einer Fragmentierung der Versorgung bei gleichzeitiger Vernachlässigung der weniger technisierten, „sprechenden“ Fachgebiete. Diese Entwicklung beginnt während des Studiums an Kliniken der Supramaximalversorgung (Universitätskliniken) und setzt sich in der Weiterbildung an Krankenhäusern fort, deren Angebot von Weiterbildungsstellen oft von der Profitabilität einzelner DRG-Positionen bestimmt wird. Die engere Abstimmung von Aus- und Weiterbildung mit den Erfordernissen für die Versorgung der Bevölkerung ist deshalb Gegenstand der Koalitionsvereinbarung der neuen Bundesregierung geworden, die hierzu einen Masterplan Medizinstudium zusammen mit den Landesministerien erstellen möchte.

Damit wird einmal mehr die grundsätzliche Frage aufgeworfen, inwieweit durch eine verbesserte Planung die Versorgung der Bevölkerung so gestaltet und verbessert werden kann, dass genügend qualifizierte Ärzte aller erforderlichen Fachrichtungen zur Verfügung stehen. Die Freiheit von Forschung und Lehre sowie die Autonomie der ärztlichen Profession wurden jedoch bewusst zur Eingrenzung von Befugnissen des Staates und damit der Gesellschaft etabliert, nachdem staatlicher Missbrauch gerade in der Gesundheitsversorgung in totalitären Regierungsformen die Schattenseiten von Planungssystemen überdeutlich gemacht haben. Somit schließt sich der Kreis: Planung und freies Spiel der Kräfte sind für sich alleine genommen nicht in der Lage, Antworten auf die Versorgungsherausforderungen der nächsten Jahre liefern zu können. Das Ringen um die richtige Balance beider Elemente ist dabei keine mit einer Reform abschließend zu bewältigende Aufgabe, sondern wird immer wieder im demokratischen Diskurs neu bewertet und entschieden werden müssen.

66 Frenck, 2010

Danksagung

Dank geht für hilfreiche Hinweise an Herrn Sebastian John, Herrn Dr. Thomas Kopetsch und Herrn Pascal Schöpe.

Anhang: Tabellen

	Hausärztliche Versorgung	Allgemeine fachärztliche Versorgung	Spezialisierte fachärztliche Versorgung	Gesonderte fachärztliche Versorgung
Raumeinheit	Mittelbereich	Kreis	Raumordnungsregion	Kassenärztliche Vereinigung
Anzahl	883	372	97	17
Verhältniszahlen	Eine	Fünf je Fachgruppe	Eine je Fachgruppe	Eine je Fachgruppe
Arztgruppen	Haus-ärzte	Augenärzte Chirurgen Frauenärzte HNO-Ärzte Hautärzte Nervenärzte Psychotherapeuten Orthopäden Urologen Kinderärzte	Fachinternisten Anästhesisten Radiologen Kinder- und Jugendpsychiater	<i>Physikalisch- und Rehabilitativmediziner Nuklearmediziner Strahlentherapeuten Neurochirurgen Humangenetiker Laborärzte Pathologen Transfusionsmediziner</i>

Die bisher nicht geplanten Arztgruppen sind hier kursiv dargestellt

Tabelle 1: Versorgungsebenen in der ambulanten Bedarfsplanung

Versorgungstyp	Rolle in der Versorgung
stark mitversorgend	Größere Städte in zentraler Lage, die eine erhebliche Mitversorgungsleistung für die umliegenden Regionen erbringen.
Dual-Versorgung	Die Einwohner dieser Regionen nehmen Versorgungsangebote in anderen Regionen (i.d.R. Kernstädte) wahr. Gleichzeitig erbringen die Dual-Versorger Mitversorgungsleistungen für das Umland.
stark mitversorgt	Klassischer „Speckgürtel“ mit starker Verflechtung zur Kernstadt. Ein erheblicher Anteil der Bevölkerung wird durch die Kernstadt mitversorgt.
mitversorgt	Regionen mit weniger Verflechtung zu mitversorgenden Regionen. Teilweise wird die Bevölkerung hier mitversorgt. Ansonsten findet Eigenversorgung statt.
Eigenversorgung	Peripherer, eher ländlicher Raum mit wenig/keiner Beziehung zu mitversorgenden Regionen. Versorgung findet hier aus der Region heraus statt.

Tabelle 2: Kreisdifferenzierung nach Mitversorgungsfunktion

Literaturverzeichnis

Frenck J, Chen L, Bhutta Z. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376, 9756: 1923–1958



Wann ist es Zeit für eine Bank, die Sie ein Leben lang begleitet?

Wenn Sie einen Partner suchen, dem Sie jederzeit vertrauen können.
Nehmen Sie sich Zeit für ein Gespräch mit uns: LGT Bank Österreich
Wien Tel. 01 227 59-0 und Salzburg Tel. 0662 2340-0.

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



**Private
Banking**

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

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Gerne lassen wir Ihnen unverbindlich und kostenlos ein Exemplar zukommen.

Bestelladresse:

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

