

Mag. Nikolaus Herdega, MSc

*KAD-Stellvertreter, Abteilungsleiter Ärztereht & Arbeitsrecht
in der Ärztekammer für Oberösterreich*

Neues Versorgungs- modell für die ambulante pädiatrische Versorgung im Raum Kirchdorf

1. Struktur der ambulanten Gesundheitsversorgung in Österreich	136
2. Ausgangslage der pädiatrischen Versorgung im Raum Kirchdorf	138
3. Grundstrukturen des neuen Versorgungsmodells	144
4. Kritische Erfolgsfaktoren	154

1. Struktur der ambulanten Gesundheitsversorgung in Österreich

Die ambulante Gesundheitsversorgung in Österreich wird traditionell von drei verschiedenen Institutionen bespielt:

Den Spitalsambulanzen gem. § 26 KAKuG¹, denen aber ein von Gesetzes wegen sehr eingeschränktes Tätigkeitsportfolio zugeordnet ist, deren Versorgungswirksamkeit in der gelebten österreichischen Wirklichkeit aber weit darüber hinausgeht. Gerade die Behandlungszahlen in den Ambulanzen steigen seit vielen Jahren in durchaus beachtlichem Ausmaß an, sodass seitens der betroffenen Spitalsärzte immer wieder eine Entlastung gefordert wird. Diese wird von der Politik auch regelmäßig versprochen und ist Teil der jeweiligen Regierungsprogramme der letzten Bundesregierungen, tatsächlich geschehen ist jedoch wenig bis gar nichts.

Neben den Spitalsambulanzen wird die ambulante Gesundheitsversorgung vor allem von den niedergelassenen Ärzten wahrgenommen. Zusätzlich zu den Kassenärzten – also jenen Ärzten, die einen Versorgungsvertrag mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern haben – spielen in den letzten Jahren auch die sog. Wahlärzte – also Ärzte ohne Kassenvertrag – eine immer größere Rolle und ist deren Zahl stark im Steigen begriffen. Dabei besteht seit mehr als einem Jahrzehnt die Möglichkeit, dass neben dem „Einzelkämpfer“ auch Zusammenarbeitsformen von Ärzten – sog. Gruppepraxen – versorgungswirksam tätig werden. Mit der 2. Novelle zum Ärztegesetz² wurden ärztliche Gruppenpraxen in der Rechtsform der Offenen Gesellschaft (OG)³ ermöglicht, mit der 58. ASVG Novelle⁴ wurden diese auch in das kassenärztliche Versorgungssystem eingebaut. Mit der 14. Ärztegesetznovelle⁵ wurde zusätzlich zur OG auch die Gründung von

- 1 Das KAKuG nennt diese Einrichtungen „Anstaltsambulatorien“. Da es sich beim Krankenanstaltenwesen um eine sog. Art 12 (B-VG) Materie handelt, handelt es sich beim KAKuG um das Grundsatzgesetz, auf dem aufbauend die entsprechende Ausführungsgesetze der Länder ergangen sind. Da in den hier interessierenden Bereichen die Ländergesetze jedoch weitestgehend die Formulierungen des KAKuG übernommen haben, soll hier nur das KAKuG Erwähnung finden.
- 2 BGBl I 2001/110.
- 3 §§ 105 ff UGB.
- 4 BGBl I 2001/99. Neben dem ASVG wurden in gleicher Weise auch die anderen Sozialversicherungsgesetze (GSVG, BSVG, B-KUVG) geändert.
- 5 BGBl I 2010/61.

ärztlichen Gruppenpraxen in der Rechtsform der GmbH erlaubt. Gruppenpraxen können somit mit oder ohne Kassenvertrag gegründet werden und an der ambulanten Versorgung teilnehmen. Die Gründung von Gruppenpraxen ist aber nur nach Durchlaufen der sog. Zulassungsprüfung möglich, deren wesentlichster Bestandteil eine Prüfung nach dem Bedarf der von der Gruppenpraxis angebotenen Leistungen ist. Diese Bedarfsprüfung ist zwar für Kassen-Gruppenpraxen anders strukturiert als für Gruppenpraxen ohne Kassenvertrag, in beiden Fällen ist eine solche jedoch zwingend vorgesehen.⁶ Für niedergelassene „Einzelkämpfer“ ohne Kassenvertrag ist keine derartige Prüfung vorgesehen. Niedergelassene Ärzte und Gruppenpraxen unterliegen dem Anwendungsbereich des Ärztegesetzes.

Der Vollständigkeit halber soll hier auch noch die dritte am ambulanten Gesundheitsmarkt auftretende Institution, das sog. Selbstständige Ambulatorium gem. § 2 Abs 1 Z 5 KAKuG, Erwähnung finden. Bei dieser Einrichtung handelt es sich um eine nicht-bettenführende Krankenanstalt, deren Errichtung und Betrieb dem Regime des Krankenanstaltenrechts unterliegt. Obwohl es sich um eine Krankenanstalt handelt, darf das selbstständige Ambulatorium ebenfalls nur ambulante Leistungen erbringen. Die Abgrenzung zwischen Gruppenpraxen und Selbstständigen Ambulatorien ist mitunter durchaus schwierig, da diese oftmals idente Leistungsportfolios aufweisen. Für die weiteren Ausführungen spielt das Selbstständige Ambulatorium jedoch keine Rolle.

Die Trennung der ambulanten Versorgung zwischen einerseits Spitalsambulanzen und andererseits niedergelassenen Ärzten bzw Gruppenpraxen wird immer wieder als unbefriedigend angesehen, da auch hier oft Leistungsidentität besteht und vor allem seitens der in der Ambulanz tätigen Ärzte Klage darüber geführt wird, dass viele Patienten mit Krankheitsbildern in der Ambulanz vorstellig werden, deren Behandlung in den Aufgabenbereich der niedergelassenen Ärzteschaft fallen. Dies liegt an einer faktischen Fehlentwicklung im Leistungsbereich der Ambulanzen, die sich mittlerweile weit vom gesetzlich vorgesehenen Aufgabenbereich entfernt haben. Von Spezialfällen abgesehen, hat der Gesetzgeber die Ambulanzen dahingehend eingerichtet und gleichzeitig beschränkt, dass diese nur jene Leistungen erbringen sollten, die im niedergelassenen Bereich nicht oder nicht in angemessener Entfernung angeboten werden. Vereinfacht dargestellt sollten Ambulanzen daher hochspezialisierte Leistungen erbringen bzw. Leistungen mit hohem ökonomischen Aufwand, die hohe Patientenfrequenzen an einem Ort nötig machen sowie die Versorgung von Randzeiten abdecken, solange und soweit dafür keine extramuralen Strukturen bestehen. Betrachtet man die Realität, werden Ambulanzen vielerorts als Erstanlaufstelle auch für die medizinische Grundversorgung eingesetzt, brauchen hierfür hohe Personalressourcen und können

6 Für Kassen-Gruppenpraxen siehe dazu § 52 b, für Wahlärztliche Gruppenpraxen § 52 c ÄrzteG.

daher ihren eigentlichen Aufgaben nur mehr beschränkt nachgehen. In weiten Bereichen hat sich daher ein Nebeneinander von Spitalsambulanz und niedergelassenen Ärzten entwickelt, das weit von den gesetzlichen Vorgaben entfernt ist.

Es werden daher seit Jahren von verschiedensten Seiten neue Versorgungsmodelle für die ambulante Gesundheitsversorgung gefordert, denen bei aller Unterschiedlichkeit gemeinsam ist, dass mehr abgestimmtes „Miteinander“ und weniger planloses „Nebeneinander“ der ambulanten Versorgungsformen als sinnvolle Neuentwicklung angesehen wird. Das hier dargestellte „Modell Kirchdorf“ hat versucht, aufgrund der vorliegenden Gegebenheiten und Möglichkeiten eine derartige Neuentwicklung im Sinne von „Good Practise“ im realen Betrieb konkret umzusetzen.

Daher ist im ersten Schritt die konkrete Ausgangssituation in Kirchdorf aufzuzeigen, um in weiterer Folge die detaillierte Umsetzung des Modells nachvollziehbar darstellen zu können.

2. Ausgangslage der pädiatrischen Versorgung im Raum Kirchdorf

Die Versorgung mit pädiatrischen Leistungen wurde vor dem Start des neuen Modells im Jahre 2011 sowohl durch die einschlägige Abteilung im Krankenhaus als auch durch niedergelassene Ärzte sichergestellt. Im Krankenhaus wurde zusätzlich zur stationären Versorgung auch ein Ambulanzbetrieb angeboten. Im niedergelassenen Bereich haben ein niedergelassener Kassen- und ein niedergelassener Wahlarzt die Versorgung mit pädiatrischen Leistungen in der Region Kirchdorf vor Projektbeginn sichergestellt.

Eine Besonderheit dabei war, dass seit vielen Jahren der Abteilungsleiter der pädiatrischen Abteilung des Krankenhauses gleichzeitig auch Inhaber des Kassenvertrages als niedergelassener Arzt war. Dieser wollte nun aus Pensionsgründen sowohl aus dem Dienstvertrag im Krankenhaus als auch aus seinem Kassenvertrag ausscheiden und hat sowohl seinen Spitalsträger als auch die ärztliche Standesvertretung und die OÖ. Gebietskrankenkasse davon in Kenntnis gesetzt.

Der „übliche“ Weg wäre gewesen, die Kassenstelle neu auszuschreiben, mit einem nicht an der Spitalsabteilung tätigen Arzt zu besetzen und gleichzeitig im

Krankenhaus einen neuen Abteilungsleiter zu bestellen. Damit wäre in jedem Fall eine Aufrechterhaltung – ja sogar der weitere Ausbau – der Doppelgleisigkeit der Versorgungsstrukturen prolongiert worden. Eine derartige Vorgehensweise wurde sowohl von der Ärztekammer, der OÖ. Gesundheits- und Spitals AG (kurz Gespag) als Rechtsträger der Krankenanstalt als auch der OÖ. Gebietskrankenkasse (kurz OÖGKK) aus mehreren, zT durchaus unterschiedlichen Gründen als suboptimal angesehen:

Der Spitalsträger kämpfte seit Jahren mit zurückgehenden Fallzahlen im Bereich Pädiatrie, die in der Relation zu hohen, ökonomisch immer schwerer zu vertretenden Belastungen führten. Dabei war die stationäre Versorgung im Raum Kirchdorf allein schon aus geografischen Gründen für den Ort und für das zu versorgende Einzugsgebiet von hoher Wichtigkeit und garantierte eine wohnortnahe spitalsärztliche Versorgung. Gerade im Bereich der Pädiatrie ist aufgrund der zurückgehenden Geburtenraten bei gleichzeitig hohem Personalaufwand für die ärztliche und pflegerische Betreuung eine ökonomisch schwierige Situation vor allem für Krankenanstalten außerhalb von Zentralräumen entstanden. All diese Überlegungen mussten in die weiteren Planungen des Spitalsträgers einfließen, sodass durchaus die weitere dauerhafte pädiatrische Versorgung im Krankenhaus in Diskussion stand. Die Gespag hatte daher größtes Interesse an einer neuen Versorgungseinheit, die einerseits das weitere Betreiben vor allem der stationären Versorgung ermöglichte, gleichzeitig jedoch diesen Betrieb auch in Hinblick auf ökonomische Erfordernisse vertretbar machte. Da vor allem auch der Ambulanzbetrieb durchaus beachtliche Personalressourcen band, sollte vor allem die ambulante Versorgung in diese Überlegungen eingebunden und nach Möglichkeit reduziert werden. Dazu kam, dass aufgrund der zurückgehenden Ärztezahlen bei Ausschreibungen von neuen Spitalsarztstellen in peripheren Krankenanstalten, wie hier in der Pädiatrie Kirchdorf, der Bewerberandrang durchaus überschaubar bleibt und daher ein Anreizsystem über attraktive Arbeitsbedingungen für die Ärzte geschaffen werden sollte. Der Spitalsträger wollte daher bei optimalem Ressourceneinsatz eine dauerhafte Sicherstellung der stationären und (spitals) ambulanten Versorgung erreichen.

Die OÖGKK hatte naturgemäß prioritär die extramurale ambulante Versorgung mit pädiatrischen Leistungen im Blickfeld. Um diese weiter zu gewährleisten, war rasch klar, dass nach Pensionierung des bisherigen Abteilungsleiters als Kassenarzt wiederum eine pädiatrische Kassenstelle in Kirchdorf besetzt werden sollte. Allerdings zeigte sich, dass der bisherige Vertragsinhaber aufgrund der Doppelbelastung Spital/Kassenordination in der Praxis naturgemäß nicht jene Leistungsfrequenzen erreichen konnte, die bei einem ausschließlich freiberuflich tätigen Arzt möglich gewesen wären. Naturgemäß waren daher in der Spitalsambulanz Leistungen erbracht worden, die bei einem Neustart eines ausschließlich nieder-

gelassenen Kassenarztes in die Ordination „abwandern“ würden. Da aufgrund der geltenden Finanzierungsvorschriften im Gesundheitswesen die Kasse im Spitalsbereich – auch im spitalsambulanten Bereich - durch pauschale Zahlungen unabhängig vom tatsächlichen Frequenzaufkommen oder sonstigen Leistungsparametern ihrer Finanzierungsverpflichtung nachkommt, während im extramuralen Bereich die Kasse weitgehend als „Zahlungsmonopolist“ auftritt, bestand bei der OÖGKK die Befürchtung, dass eine Verlagerung von ambulanten Leistungen von der Spitalsambulanz in die Kassenordination zu höheren Ausgaben der Kasse führen würde. Die Kasse hatte daher zwar grundsätzlich ein Interesse an der Aufrechterhaltung der pädiatrischen Kassenordination im Raum Kirchdorf und einer hochqualitativen extramuralen Versorgung, versuchte aber in ihren Überlegungen eine Kostensteigerung aufgrund von Leistungsverlagerungen wenn schon nicht zu verhindern, so doch wenigstens möglichst gering zu halten. Da Versorgungsverträge zwischen Krankenversicherungsträger und Spitalsträger zur Erbringung ambulanter Leistungen, die üblicherweise von niedergelassenen Ärzten erbracht werden – also Kassenverträge für Spitalsambulanzen –, nach hA nicht zulässig sind⁷, war die Kasse durchaus an einem neuen integrativen Modell über die Grenzen zwischen Krankenhaus und Niederlassung hinaus interessiert.

Für die ärztliche Standesvertretung galt es mehrere Aspekte zu berücksichtigen. So war zum einen die Aufrechterhaltung der Spitalsabteilung zentral. Dabei spielte sowohl die Sicherung der wohnortnahen medizinischen Betreuung für die Bevölkerung eine Rolle, aber vor allem auch die Tatsache, dass mit einem Abbau derselben auch Arbeitsplätze für Spitalsärzte verloren gehen würden. Selbst wenn einige derselben in einer weiter entfernten größeren Krankenanstalt zusätzlich geschaffen würden, wäre es für die betroffenen Spitalsärzte, die im Raum Kirchdorf ihren Lebensmittelpunkt gefunden haben, eine große Belastung, hier weite Entfernungen in Kauf nehmen zu müssen oder ihren Lebensmittelpunkt neu zu finden.

Zum anderen galt es auch die Kassenstelle zu erhalten, da die wohnortnahe fachärztliche Versorgung nach wie vor einen hohen Stellenwert bei der Bevölkerung hat. Zwar konnte mit der OÖGKK rasch der Konsens gefunden werden, dass eine solche weiterhin bestehen und ausgeschrieben werden soll, aber die zurückgehenden Bewerberzahlen in den letzten Jahren haben gezeigt, dass für periphere Kassenstellen die Bewerberanzahl nicht nur überschaubar ist, sondern oftmals mehrmals ausgeschrieben werden mussten und trotzdem manche Kassenstelle nicht besetzt werden konnte. Es galt daher, die Kassenstelle in jedem

7 Siehe dazu Resch, Kassenvertragsärzte und Spitalsambulanzen, in Resch/Wallner (Hrsg), Gmundner Medizinrechtskongress 2010 mit weiteren Literaturhinweisen.; ebenso Eilmannsberger/Rüffler, Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen aus Sicht des nationalen und EU-Beihilfenrechts, RdM 2011/42.

Fall zu attraktivieren, um eine Nachbesetzung sicherstellen zu können. Gerade weil die Kassenstelle vom Vorgänger aufgrund der Doppelfunktion, die er alleine zu bewältigen hatte, über stark unterdurchschnittliche Frequenzen verfügte, im Gegensatz dazu an der pädiatrischen Spitalsambulanz vergleichsweise hohe Frequenzen gegeben waren, war es für die Sicherstellung einer entsprechenden Bewerberlage notwendig, hier neue Wege anzudenken. Daher galt es auch, ein Modell zu finden, das den darin tätigen Ärzten auch ein ökonomisches Auskommen sichert und vor allem eine möglichst hohe Arbeitszufriedenheit ermöglicht.

Gerade bei Besetzungen von niedergelassenen Fachärzten im Peripheriebereich kommt als zusätzliche Problematik oftmals die Tatsache hinzu, dass die Neubesetzung meist durch einen Facharzt der vor Ort ansässigen einschlägigen Fachabteilung des Krankenhauses erfolgt, da für die dort tätigen Ärzte dies in ihrem Umkreis eine im wahrsten Sinn des Wortes „einmalige“ Gelegenheit darstellt, weil in peripheren Städten oftmals nur eine Facharztstelle eines Sonderfaches vorhanden ist. Naturgemäß wird der durch Ausschreibung ermittelte Facharzt seine Tätigkeiten auf die Ordination konzentrieren müssen, um diese in der notwendigen Quantität und Qualität betreiben zu können und damit seine Spitalstätigkeit beenden. Oftmals wird in der Folge dann eine breite und offensive Kooperation auch durch die Konkurrenzsituation zwischen Spitalsambulanz und Niederlassung nicht gerade gefördert. Das im Spital verbleibende Team hat zunächst die Last des Ausstiegs des bisherigen Kollegen zu tragen, bis dieser wieder ersetzt ist, was gerade in peripheren Räumen durchaus längere Zeit in Anspruch nehmen kann. Da aufgrund der bei der Vergabe von Kassenstellen anzuwendenden Reihungsrichtlinien (Punktliste) Zeiten der ärztlichen Tätigkeit eine hohe Punktezahl zukommt, wird in aller Regel ein Facharzt als neuer Kassenstelleninhaber zum Zug kommen, der schon einiges an Erfahrung und Dienstzeit aufzuweisen hat und vor seinem „Abgang“ zu den Stützen des Spitalsteams gezählt hat. Der neue Kassenstelleninhaber kann aufgrund seiner Einzelkämpferstellung im Vergleich zur Teamarbeit im Krankenhaus nur eingeschränkte Ordinationszeiten anbieten und hat keine Nachtdienstverpflichtungen mehr, was von den im Spital verbleibenden Ärzten oftmals als „Privilegierung“ des dann niedergelassenen Ex-Kollegen angesehen wird. Kurzum: Derartige Situationen, die in der Praxis durchaus häufig vorkommen, können sowohl für das verbleibende Team im Spital problematisch als auch für die weitere Kooperation mit dem bisherigen Teamkollegen als neuem Kassenstelleninhaber durchaus belastend sein. Die so oft propagierte Überwindung der Grenze zwischen intra- und extramuraler Versorgung wird dadurch, wenn schon nicht erschwert, so zumindest nicht gefördert.

Zu den hier in aller gebotenen Kürze dargestellten wesentlichsten Zielsetzungen der einzelnen Systempartner (Ärztchamber für OÖ, Gespag und OÖGKK), die durchaus von sehr unterschiedlichen Positionen und Motiven getragen sind,

kamen noch die allgemeinen und ohnedies bekannten Problemlagen an den Nahtstellen zwischen Niederlassung und Spital auch im konkreten Fall in Kirchdorf hinzu. So vor allem die Tatsache, dass der Patient meist über Jahre im niedergelassenen Bereich betreut wird, bei höhergradigen Krankheitsbildern dann jedoch das gewohnte Betreuungssetting verlassen muss und sich neuen ärztlichen Bezugspersonen im Krankenhaus anvertrauen muss. Ein Faktum, dem gerade bei der Betreuung von Kindern wie im gegenständlichen Fall durchaus hohe Bedeutung zukommt. Dazu kommen die unterschiedlichen EDV-Systeme zwischen Niederlassung und Krankenhaus, die zwar durch Befundübertragungssysteme uäm durchaus Informationsaustausch zulassen, eine unmittelbare ärztliche Kenntnis des Patienten durch ein und denselben Arzt über längeren Zeitraum hinweg oder zumindest den direkten Zugriff auf die im konkreten Anlassfall eventuell nötigen Daten können Sie jedoch nie ersetzen. Dass auch aus ökonomischer Sicht ein zum Teil identes Vorhalten von Medizintechnik im Spital und in der Niederlassung zumindest bei enger räumlicher Nähe der beiden Versorgungseinrichtungen und hochwertigeren und damit oft hochpreisigen technischen Geräten durchaus problematisch erscheint, gilt es hier ebenfalls zu erwähnen.

Notwendig war auch, die Parameter zu definieren, nach denen die mit dem neuen Modell geplanten Besserstellungen für Patienten, Ärzte und Systempartner im Rahmen von Evaluierungsperioden gemessen werden können. Die Parameter sollten sich ähnlich wie in BSC-Modellen für Managementprozesse üblich auf verschiedenste, zum Teil auf den ersten Blick durchaus gegenläufige Parameter erstrecken (zB kürzere Wartezeiten, aber auch niedrigere Gesamtkosten), damit sich alle Systempartner wiederfinden können. Allen Beteiligten war dabei klar, dass es nicht um die sprichwörtliche Quadratur des Kreises gehen konnte, aber eine Win-Win-Situation für die gesamte Gesundheitsversorgung und alle Betroffenen insgesamt galt es in jedem Fall anzustreben und umzusetzen. So war den Systempartnern von vornherein klar, dass eine entsprechende Evaluierung und ein begleitendes Controlling der Erfolgsparameter des Modells sowohl für die Überprüfung der eigenen Ziele als auch für eine allfällige Weiterentwicklung des Modells notwendig war. Schließlich war allen Systempartnern daran gelegen, dass bei Schaffung eines „Erfolgsmodells“ dieses auch auf andere, zumindest ähnlich gelagerte Ausgangslagen Anwendung finden könnte und sollte.

All diese Ziele und Problemlagen fanden Eingang in die gemeinsamen Überlegungen von Ärztekammer, Gespag und OÖGKK, die letztlich in dem hier darzustellenden neuen Versorgungsmodell „Pädiatrie Kirchdorf“ mündeten. Dass dies letztlich über die Systemgrenzen und bisherigen Gepflogenheiten hinweg gelungen ist, ist vor allem auch dem Engagement und der Initiative der an der Spitalsabteilung tätigen Fachärzte zu verdanken. Beim Abgang des bisherigen Abteilungsleiters und gleichzeitigem Kassenstelleninhaber begnügte man sich nicht, den „üblichen“

Weg zu gehen und den Dingen seinen gewohnten Lauf zu lassen, sondern wollte ein neues, vor allem aber ein für die Patienten und im System tätigen Ärzten besseres Modell umsetzen. Die Ärzte sind daher ca. ein Jahr vor Abgang des Primarius mit der Bitte an die ärztliche Standesvertretung herangetreten, aus ihren Wünschen und Vorstellungen ein rechtlich mögliches und praxistaugliches Modell hierfür zu entwickeln. Nach einer intensiven Informations- und Abstimmungsphase zwischen den Experten des Kammerbüros und den betroffenen Spitalsärzten an der pädiatrischen Abteilung im Krankenhaus Kirchdorf, konnte eine Modellkonzeption durch das Kammerbüro erarbeitet werden, die einerseits den Wünschen der Ärzte weitestgehend gerecht werden konnte, mit den Selbstverwaltungsgremien der Ärztekammer abgestimmt war und andererseits als Verhandlungsgrundlage für die weiteren Gespräche mit den Systempartnern Gespag und OÖGKK herangezogen werden konnte. Die Gespräche mit den Systempartnern verliefen in der Konzeptdarstellungsphase größtenteils jeweils getrennt zwischen Ärztekammer und Gespag und Ärztekammer und OÖGKK, und zwar so lange, bis von allen Systempartnern Einigkeit über die wesentlichsten Eckpfeiler und Rahmenbedingungen bestand. In weiterer Folge wurden in gemeinsamen Gesprächsrunden aller Systempartner das Prozessmanagement, die Aufgabenverteilung sowie die weitere Detaillierung festgelegt. Die Abarbeitung dieses Managementprozesses erforderte einerseits immer wieder Abstimmungen aller Systempartner, um die einzelnen erzielten Detailumsetzungen in das Gesamtkonzept einzubinden, und zum anderen auch die Abklärung von Einzelaspekten mit externen Organisationen, wie zB der Sanitätsabteilung des Landes OÖ, der Krankenhausleitung Kirchdorf, dem Steuerberater uÄm. Die entsprechenden Koordinationsarbeiten wurden von der Ärztekammer zusätzlich getragen. Da der Zeitpunkt des Beginns des neuen Modells zeitlich von Anfang an mit dem Pensionsstichtag des Abteilungsleiters mit 1.7.2011 fixiert war, war ein sehr enges Zeitmanagement notwendig, um die rechtzeitige Umsetzung garantieren zu können.

3. Grundstrukturen des neuen Versorgungsmodells

Die Strukturen des Versorgungsmodells wurden nach Abschluss des gesamten Prozesses in einer Drei-Parteieneinigung der Systempartner festgeschrieben. Diese Vereinbarung war die Grundlage für alle weiteren rechtlichen und faktischen Umsetzungsschritte. Die Sicherstellung der rechtzeitigen Umsetzung der einzelnen Schritte wurde von der Ärztekammer übernommen, die damit die Rolle des „Motors“ für die koordinative Gesamtplanung übernahm. Die Zusammenarbeit mit den einzelnen Abteilungen der Systempartner war in den meisten Fällen problemlos. Dies auch deshalb, da auf bewährte, seit Jahren funktionierende und effiziente Zusammenarbeitsstrukturen zurückgegriffen werden konnte. Auch die betroffenen Ärzte wurden laufend eingebunden, sodass auch diese über den aktuellen Stand der Umsetzung zu jedem Zeitpunkt informiert waren bzw. sich selbst einbringen konnten.

Die rechtliche Umsetzung machte - wie bei Pilotprojekten üblich - auch die Veränderung von einzelnen Rechtsvorschriften notwendig, soweit diese überhaupt von den Systempartnern beeinflussbar waren. Dies galt vor allem für den Gruppenpraxengesamtvertrag (GP-GV), der die bisherigen Motivationslagen zur Gründung von Gruppenpraxen gut abdecken konnte, für das hier geplante Modell jedoch adaptiert werden musste. Dies galt aber auch für andere rechtliche Rahmenbedingungen, wie zB die Vereinbarung über die Abgabe von Anteilen an den Ambulanzentgelten an die Ärzteschaft uÄm.

3.1. Ambulante Versorgung aus einer Hand, stationäre Versorgung bleibt aufrecht

Wesentlichster Grundpfeiler der Neukonzeptionierung der pädiatrischen Versorgung im Raum Kirchdorf war die Einigung darauf, dass die ambulante Versorgung soweit als möglich nur mehr von einer Institution getragen werden sollte. Da für die Gespag ein Ausbau der Ambulanz keinesfalls denkbar war und andererseits, wie vorweg bereits angeführt, Kassenverträge für Spitalsambulanzen unzulässig sind, war es naheliegend, im extramuralen Bereich eine Versorgungsform aufzubauen, die faktisch in der Lage und ökonomisch vertretbar sämtliche Ambulanzleistungen bündeln und abarbeiten kann. Als dafür sinnvoll einzusetzende Organisationsform wurde eine Gruppenpraxis gem. § 52 a Ärztegesetz gewählt. Da die

OÖGKK und die Ärztekammer für OÖ bereits im Jahre 2002 als damals erstes Bundesland die gesetzlich geschaffene Möglichkeit des Zusammenschlusses von Ärzten zu Gruppenpraxen für den Abschluss eines Gesamtvertrages für ärztliche Gruppenpraxen nützten, war die Errichtung einer Gruppenpraxis mit Kassenvertrag in der Rechtsform der Offenen Gesellschaft (OG) möglich. Damit zeigt sich auch, dass die so oft und von so vielen beschworene Aufwertung des extramuralen Bereiches und die Verlagerung von komplexeren medizinischen Aufgaben vom Spitals- in den niedergelassenen Bereich nur dann überhaupt denkbar ist, wenn neben den finanziellen Rahmenbedingungen auch durch entsprechende Gesamtverträge die Gründung von Gruppenpraxen ermöglicht wird. Insofern zeigt die österreichische Landschaft derzeit ein durchaus differenziertes Bild. Während in den Bundesländern OÖ, Wien, NÖ, Burgenland und Salzburg entsprechende kassenrechtliche Grundlagen in Form von Gruppenpraxengesamtverträgen – wenngleich in sehr unterschiedlichen Struktur- und Ausprägungsformen – bestehen, gibt es in Tirol, Vorarlberg, Steiermark und Kärnten bis dato keine flächendeckenden allgemein geltende Regelungen, sondern allenfalls einzelne Pilotprojekte oder Versuchsmodelle.

Die Rechtsform der OG wurde deshalb gewählt, weil einerseits zum Zeitpunkt der Gründung dieser Gruppenpraxis noch keine andere rechtliche Möglichkeit bestand⁸ und andererseits die Rechtsform der GmbH im konkreten Fall als steuerlich nachteilig klassifiziert wurde.

Diese neu zu gründende Gruppenpraxis mit Kassenvertrag übernimmt grundsätzlich die Gesamtlast der ambulanten Versorgung. Dies bedeutete die Schließung der Spitalsambulanz und Übernahme von deren bisherigen Tätigkeiten durch die Gruppenpraxis. Mit anderen Worten: Es kam zu einer Auslagerung von spitalsambulanten Leistungen in den niedergelassenen Bereich. Damit konnte der Spitals-träger Ressourcen, die bisher in diesem Bereich gebunden waren, sowohl im pflegerischen als auch im ärztlichen Bereich inklusive der entsprechend zu reduzierenden Gerätschaften und den damit verbundenen tertiären Leistungsportfolios abbauen. Im Gegenzug ist durch die damit gestiegenen Finanzierungsspielräume für den Träger die Möglichkeit und auch die Verpflichtung verbunden, die stationäre Versorgung aufrecht zu erhalten. Die ärztliche Versorgung in Kirchdorf wird daher seit 1.7.2011 im stationären Bereich durch das Krankenhaus, im ambulanten Bereich durch eine Gruppenpraxis mit Kassenvertrag sichergestellt.

8 Zwar war die gesetzliche Grundlage zur Gründung von Gruppenpraxen auch in der Rechtsform der GmbH bereits geschaffen, die zur Gründung von GmbHs aber notwendige kassenrechtliche Umsetzung in Form eines entsprechenden Gesamtvertrages war jedoch noch nicht gegeben, sodass rechtlich nur die Gründung als OG möglich war.

Das spitalsambulante Leistungsportfolio wurde dahingehend durchleuchtet, ob allenfalls einzelne Leistungen aus welchen Gründen auch immer das Setting des Spitals erfordern oder allesamt ausgelagert werden können. Bis auf eine einzige Leistung hatte diese Überprüfung ergeben, dass eine Übertragung in den extramural niedergelassenen Bereich ohne Qualitätseinbußen möglich ist.

Auch wenn die Gruppenpraxis über mehr als zwei Gesellschafter verfügt, war allen Beteiligten klar, dass zwar eine Ausdehnung der Ordinationszeiten derselben gegenüber den Einzelpraxen von Kinderfachärzten notwendig und sinnvoll ist, eine vollkommene ambulante Rund-um-die-Uhr-Versorgung durch die Gruppenpraxis aber in ökonomisch vertretbarer Weise nicht möglich sein kann. Die Lösung des Problems konnte dabei schnell gefunden werden: Da im Krankenhaus für die stationäre Versorgung ohnedies ärztliche Kapazität vorgehalten werden muss und sich die Leistungsfrequenzen im pädiatrischen Bereich außerhalb der üblichen Hauptfrequenzzeiten als nicht speziell hoch erwiesen, wurde vereinbart, dass die Abdeckung von Randzeiten – also jener Zeiten, in denen durch die Gruppenpraxis keine Versorgungsleistung erfolgt – durch die für die stationäre Versorgung ohnedies anwesenden Spitalsärzte gewährleistet werden kann. Diese Vorgehensweise sichert nicht nur die Leistungserbringung auf hohem fachärztlichem Qualitätsniveau, sondern ist auch hinsichtlich der Kostensituation tragbar. Die für die Abdeckung dieser ambulanten Leistungen erforderlichen Gerätschaften stehen zum Großteil ohnedies im Bereich der stationären Versorgung zur Verfügung, zu einem geringen Anteil können diese von anderen Leistungsbereichen des Krankenhauses mitverwendet werden.

In rechtlicher Hinsicht wurde die Übernahme der bisherigen spitalsambulanten Tätigkeiten durch die Gruppenpraxis durch den Abschluss einer Vereinbarung gem. § 50 Abs 2 OÖKAG (entspricht § 26 Abs 3 KAKuG) umgesetzt. Nach dieser Bestimmung können Spitalsträger ihrer Verpflichtung zur Abdeckung spitalsambulanter Versorgungsbedürfnisse durch entsprechende Vereinbarungen zB mit Gruppenpraxen entsprechen, die der Genehmigung durch die Landesregierung bedürfen. Die Gespag hat daher mit der hier angesprochenen ärztlichen Gruppenpraxis eine derartige Vereinbarung abgeschlossen.

3.2. Identische Ärzte in Gruppenpraxis und Spitalsteam

Ein wesentlicher Eckpfeiler des Modells ist die Tatsache, dass schon im Rahmen der Konzeptionierung rasch klar war, dass die effizienteste Zusammenarbeitsform zwischen Niederlassung und Spital im konkreten Fall darin bestand, dass die in der Gruppenpraxis tätigen Ärzte auch gleichzeitig die fachärztliche Versorgung im Spital übernehmen. Es sollte daher eine möglichst totale Identität zwischen den Teams an der Abteilung und der Gruppenpraxis erreicht werden. In dieser Konstellation und Konstruktion sah man ganz entscheidende Vorteile verwirklicht:

Aus Sicht der Patienten kann damit die Stellung des Arztes des Vertrauens, die üblicherweise nur in der Niederlassung aufgrund kontinuierlicher Betreuung durch ein und den selben Arzt gewährleistet werden kann und an den Spitalstoren regelmäßig endet, da das Krankenanstaltenrecht keine freie Arztwahl im Spital vorsieht, auch in das Spital mitgenommen werden. Es ist wohl aus Patientenperspektive als Optimalvariante anzusehen, wenn der ständig betreuende Arzt auch in der akuten Behandlungssituation im Spital oder im Rahmen von sonstig notwendigen Spitalsaufenthalten als mein Vertrauensarzt die Behandlung weiterführt. Dass dies im Bereich der Betreuung und Behandlung von Kindern noch schwerer wiegt als bei Erwachsenen, war im konkreten Fall zusätzlich begünstigend. Dass damit auch Reibungsverluste bei der Informationsweitergabe von wichtigen medizinischen Informationsflüssen praktisch zur Gänze ausgeschlossen sind, dass medizinisch unnötige Doppeluntersuchungen ausbleiben, dass dies für die prä- und postoperative Versorgung nur vorteilhaft sein kann, liegt auf der Hand. Dazu kommt, dass der fachlich oft notwendige Austausch damit im selben Ärzteteam erfolgt und auch die Weiterbetreuung im Urlaubs- oder Krankheitsfall eines Arztes ohne jegliche Abstimmungsprobleme erfolgen kann, sind nur die augenfälligsten Vorteile dieser Identität beim Ärzteteam. Naturgemäß kann auch in der Gruppenpraxis nicht immer sichergestellt werden, dass die Betreuung nur durch ein und den selben Arzt erfolgen kann (zB Urlaubs- oder Krankheitsfall), aber grundsätzlich ist in § 52 a ÄrzteG sichergestellt, dass der Patient zwischen den Gesellschaftern der gleichen Fachrichtung – so wie hier gegeben – die freie Arztwahl haben muss. In jedem Fall ist aber mit der hier umgesetzten Identität der Ärzte sichergestellt, dass jeweils das selbe Ärzteteam die Betreuung übernimmt. Und naturgemäß trachten die Ärzte auch danach, dass bei der Spitalsbehandlung jener Arzt die Hauptbehandlung übernimmt, der auch in der Niederlassung diese innehatte. Umgekehrt ist auch die Weiterbetreuung im extramural ambulanten Bereich nach einem Spitalsaufenthalt bei Beibehaltung des betreuenden Arztes ohne jegliche besondere Abstimmungserfordernisse sicherstellbar. Es war daher davon auszugehen, dass die Herstellung dieser Identität aus Sicht der Patienten und der Systempartner wünschenswert ist. Naturgemäß setzt die Herstellung

derselben Freiwilligkeit der betroffenen Ärzte voraus, sich zu diesem Team nicht nur innerhalb, sondern auch außerhalb des Spitals zu bekennen und zusammenzuschließen. Dies war im konkreten Fall gegeben, da die betroffenen Spitalsärzte von vornherein klar gemacht haben, dass sie diese Teamkonstellation wünschen. Damit war klar, dass ein Modell gefunden werden musste, das den Spitalsärzten an der betreffenden Fachabteilung auch die Gesellschafterstellung in der Kassen-gruppenpraxis ermöglichte.

Aus rechtlicher Sicht stellte sich dabei die Problematik, dass die Besetzung von Gesellschaftern in Gruppenpraxen nur aufgrund einer öffentlichen Ausschreibung und unter Anwendung der sog. Vergaberichtlinie⁹, die wiederum die Vorgaben der Reihungskriterienverordnung¹⁰ des Gesundheitsministers zu berücksichtigen hat, erwirkt werden kann. Zwar ist bei der konkret anzuwendenden OÖ. Vergaberichtlinie eine Bewerbung von Ärzteteams zulässig, aber rechtlich war nicht verbindlich vorgebar, dass genau jenes Ärzteteam zum Zug kommen muss, das die stationäre Betreuung im Krankenhaus innehat. Um die Personenidentität im Spital und in der Niederlassung zu gewährleisten, war es daher notwendig zu vereinbaren, dass sich die Gespag als Rechtsträger der Krankenanstalt Kirchdorf verpflichtet, das aufgrund der kassenrechtlich notwendigen Ausschreibung bestbewertete Team in den Dienststand zu übernehmen. Umgekehrt musste sich jedes Bewerberteam verpflichten, neben der Gruppenpraxis auch die spitalsärztliche Betreuung mit zu übernehmen. Zwar war die Wahrscheinlichkeit, dass sich ein alternatives Ärzteteam bewirbt, nicht allzu groß, aber dennoch gegeben. Letztlich hat sich aber nur das eine Team für die Kassengruppenpraxis beworben. Sollten seitens der Gesundheitspolitik Verschränkungsmodelle in der Form auch der Personenidentität – die, wie aufgezeigt, zahlreiche Vorteile bieten – zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung insgesamt und zur Überwindung der Nahtstelle Krankenhaus-Niederlassung forciert werden, müssten jedenfalls gesetzgeberische Maßnahmen eingesetzt werden, die Personenidentität unter Wahrung der Objektivierungsgrundsätze auf einfachem Weg und rechtlich sicherem Terrain herstellen zu können. In konkreten Fall in Kirchdorf waren durchaus auch aufgrund der Besonderheiten des Einzelfalles günstige Gegebenheiten vorhanden, dies kann aber in anderen Konstellationen schon wieder ganz anders aussehen. Neue Versorgungsstrukturen verlangen aber auch ein gesichertes Umfeld und vorhersehbare Abläufe, damit sie in die Versorgung systematisch eingebunden werden können.

Die Anzahl der in der Gesellschaft tätigen Ärzte, die nach der gesetzlichen Vorgabe für Gruppenpraxen allesamt Fachärzte sein müssen, wurde in Relation zur geplanten Endgröße im Krankenhaus mit maximal vier festgelegt. Die Abteilung im Kran-

9 Im konkreten die „Richtlinie für die Vergabe von Vertragsarztstellen inkl. Gruppenpraxen in OÖ“.

10 BGBl II 2002/487 idF BGBl 2009/239.

kenhaus sieht in Entsprechung dazu eine Ausstattung von dreieinhalb Fachärzten und einen Ausbildungsarzt vor. Ausgeschrieben wurde eine Gruppenpraxis nach dem OÖ GP-GV in Form des sog. Modell 3, also einer Job-Sharing-Praxis. Dieses Modell basiert darauf, dass sich mehrere Ärzte einen Kassenvertrag in der Form teilen, dass jeder Gesellschafter entsprechend seinem Gesellschaftsanteil an den Ein- und Ausgaben beteiligt ist sowie seinen Tätigkeitsumfang in dieser Relation zu erbringen hat. Die derzeitige Gruppenpraxis besteht aus drei Fachärzten – dem neuen Primar der Krankenhausabteilung und zwei seiner Oberärzte. Die Spitalabteilung besteht ebenso aus diesen Personen sowie einem weiteren teilzeitbeschäftigten Facharzt, der nicht an der Gruppenpraxis beteiligt ist, und einer Ärztin in Fachausbildung. Im Endausbau soll die Ausbildungsärztin bei Abschluss der Ausbildung die Teilzeitstelle in der Krankenanstalt besetzen und die noch mögliche Gesellschafterposition in der Gruppenpraxis ausfüllen. Die Aufnahme von zusätzlichen Gesellschaftern sowie der Gesellschafterwechsel bedürfen jeweils wiederum einer eigenen kassenrechtlichen Ausschreibung, wobei nach dem OÖ. Gesamtvertrag eine Auswahl durch die Gesellschafter der Gruppenpraxis aus den vier erstgereihten Bewerbern der Ausschreibung möglich ist. Naturgemäß besteht auch für neueintretende Gesellschafter die Verpflichtung, auch die spitalsärztliche Betreuung in Form eines Dienstvertrages mit zu übernehmen.

Die Diensteinteilung ist sowohl im Krankenhaus als auch in der Gruppenpraxis zwingend so durch das Ärzteteam zu gestalten, dass die notwendigen Anwesenheiten sowie Rufbereitschaftsdienste an der Abteilung ebenso abgedeckt werden können wie die Öffnungszeiten der Gruppenpraxis. Letztere wurden mit mindestens 27 Wochenstunden und einer Verteilung auf die einzelnen Wochentage anhand der bisherigen Erfahrungen der Hauptfrequenzzeiten festgelegt. Darin sind auch Abendordinationen sowie Ordinationszeiten am Samstag enthalten. Die gänzliche Schließung der Gruppenpraxis ist unzulässig, daher ist eine Ganzjahresbetreuung sichergestellt. Gegenüber den Patienten ist in transparenter Form darzustellen, welcher Gesellschafter zu welchen Zeiten anwesend ist, damit die freie Arztwahl gewährleistet ist.

Die Gruppenpraxis wurde bewusst nicht in den Räumlichkeiten der Krankenanstalt angesiedelt, sondern hat die Räume des Vorgängers außerhalb des Spitals, aber in räumlicher Nähe zur Krankenanstalt, übernommen. Der Hauptgrund für diese strategische Entscheidung lag vor allem darin, dass die Schließung der Spitalsambulanz und deren Tätigkeitsübernahme durch die Gruppenpraxis auch ein Abgehen der gewohnten Wege für die Patienten darstellte, der eine gewisse Vorlaufzeit benötigte. Dieser Prozess machte es jedoch notwendig, den Patienten nicht weiterhin zuerst mit dem Spital in Berührung zu bringen, sondern ihn gleich in Richtung Gruppenpraxis umzuleiten. Damit konnte in kurzer Zeit bei der Bevölkerung das Bewusstsein verankert werden, dass die Gruppenpraxis nunmehr

Erstanlaufstelle ist und von dort aus im Rahmen eines Triageprozesses, wenn notwendig, die Weiterverweisung ins Krankenhaus erfolgt. Soweit nach dieser kurzen Zeit bereits erkennbar, ist dieser Prozess schnell und gut gelungen. Da nach ersten Erkenntnissen die stationären Aufnahmen seit Beginn der Gruppenpraxis gesenkt werden konnten, zeigt sich, dass der Weg den Patienten – von Notfällen abgesehen – über die ärztliche Niederlassung ins Spital zu führen und damit unnötige Spitalsbehandlungen möglichst zu vermeiden, durchaus Erfolge zeitigt.

Als weiterer Grund für die räumliche Trennung ist anzuführen, dass Ordinationen in Krankenanstalten bei den umliegenden niedergelassenen Ärzten oftmals als unzulässiger Wettbewerbsvorteil gesehen wird, den es gerade bei einem Pilotprojekt zu vermeiden galt.

3.3. Finanzierung

Ein wesentlicher Knackpunkt für die erfolgreiche Konzeptionierung und Umsetzung des Modells war naturgemäß die Frage der Finanzierung. Aus Sicht des Spitalsträgers war dies im ersten Schritt mit der Realisierung von Einsparungen verbunden, die sich durch den Abbau der Anstaltsambulanz ergeben haben. Auch die personelle Ausstattung der verbleibenden stationären Versorgung konnte kapazitätsmäßig angepasst werden. Aus Sicht des Krankenversicherungsträgers wurden Bedenken dahingehend erhoben, dass mit der weitgehenden Schließung der Spitalsambulanz die Kosten der Kasse für die Honorare im extramuralen Bereich, also vor allem durch Frequenzsteigerungen in der Gruppenpraxis, ansteigen werden. Klar war, dass die vom bisherigen Vertragsinhaber erreichten Patientenfrequenzen aufgrund der Doppelfunktion (Abteilungsleiter und Kassenarzt) und damit Doppelbelastung, die dieser alleine zu tragen hatte, erheblich unterdurchschnittlich im Vergleich zur gesamten Fachgruppe waren. Den Bedenken der Kasse war vor allem entgegenzuhalten, dass die Besetzung der Kassenstelle durch einen neuen Arzt, der in keinerlei Verbindung mit dem Krankenhaus stünde, in jedem Fall zu einer erheblichen Frequenzsteigerung führen würde. Sollte die spitalsärztliche pädiatrische Versorgung in Kirchdorf durch Wegfall der spitalsärztlichen Versorgung insgesamt umgesetzt werden, würden die Frequenzen des niedergelassenen Arztes weit über den Fachgruppenschlüssel hinaus wachsen und allenfalls sogar der Druck zur Schaffung einer weiteren Vertragsarztstelle gegeben sein. Im Vergleich dazu könnte bei Umsetzung des schließlich realisierten Konzeptes gerade die aus Sicht der Kasse meistbelastende Situation der gänzlichen Schließung der Abteilung verhindert werden und durch die Personenidentität der Ärzte in beiden Bereichen Doppelstrukturen und vor allem Konkurrenzdenken, das im niedergelassenen Bereich durchaus zu Frequenzoptimierung führen könnte,

verhindert werden. Andererseits waren die Bedenken der Kasse durchaus berechtigt, führt doch aufgrund des derzeitigen Finanzierungssystems eine Auslagerung von Spitalsleistungen zwar insgesamt möglicherweise zu Kostenreduktion, in jedem Fall aber zu einer Kostenverlagerung in Richtung Krankenversicherung. Aufgrund der bisherigen Frequenzen in der Ambulanz konnte davon ausgegangen werden, dass mit einem Anheben der Fallzahl der Gruppenpraxis auf das Niveau des Durchschnitts der Fachgruppe das Auslangen gefunden werden kann und es wurde diese Grenze daher als Frequenzdeckelung vereinbart. Da die Ärzte durch die Übernahme der Spitalsambulanztätigkeit in die Gruppenpraxis im Rahmen des vorhin erwähnten Vertrages mit der Gespag diese Leistungen verpflichtend übernommen haben, mussten dem auch die Ärzteanteile an den Ambulanzgebühren gem. § 53 Abs 4 OÖKAG folgen und kommen diese hinkünftig an das Ärzteteam zur Auszahlung. Damit werden Mittel aus dem intramuralen Bereich in den extramuralen Bereich verschoben, was bei Leistungsverlagerung zwischen diesen beiden Bereichen konsequent ist. Allerdings werden diese Mittel nicht zwischen dem Spitalträger und der Krankenversicherung verschoben, sondern kommen direkt den Ärzten zugute. Die Ärzte haben daher als Einkommensquelle neben dem Honorar aus dem Kassenbereich noch die entsprechenden Anteile an den Ambulanzgebühren aufgrund der Übernahme der bisherigen spitalsambulanten Tätigkeit zur Verfügung.

3.4. Zielsetzungen und Evaluierung

Grundgedanke des Modells war eine Verbesserung der Gesamtversorgungssituation im pädiatrischen Bereich für die Patienten zu erreichen, bei gleichzeitig möglichst effizientem Einsatz der dafür nötigen Mittel.

Dieser Grundgedanke war nicht nur der Leitfaden bei der Konzeption des Modells, sondern es haben sich die Systempartner auf eine Reihe von konkreten Zielen dazu verständigt sowie eine qualitätsgesicherte professionelle Evaluierung vieler Parameter auch im Zeitlauf vereinbart. Es war von vornherein klar, dass die Evaluierung nur Sinn macht und aussagekräftige Werte liefern kann, wenn ausreichend Zeit zur Etablierung des Modells bleibt und eine entsprechende Laufzeit vor Erstevaluierung abgewartet wird. Es wurde daher vereinbart, die Evaluierung erstmals im Jahre 2014 vorzunehmen. Hier können daher noch keine Ergebnisse, sondern lediglich die wichtigsten Zielsetzungen, Indikatoren und Parameter dargestellt werden.

Der wichtigste zu evaluierenden Indikator stellt die Patientenzufriedenheit dar. Konkret wird daher die Zufriedenheit mit der stationären Versorgung genauso wie

jene der ambulanten Versorgung in der Gruppenpraxis erhoben. Aber auch die Frage, inwieweit für akute ambulante Fälle in Randzeiten die eingerichteten Versorgungsstrukturen funktionieren und angenommen werden. Ebenso eine Rolle werden die Wartezeiten auf einen Termin und die Wartezeit bei Wahrnehmung eines Termins in der Gruppenpraxis spielen. Da in diesen Bereichen bereits umfangreiche Daten und Auswertungen von landesweiten Umfragen auch aus der Zeit vor Gründung des Modells zur Verfügung stehen und auch entsprechend auf die lokale Situation weitgehend zurückgerechnet werden können, stehen ausreichende Vergleichsdaten für die Ergebnisse im Jahre 2014 zur Verfügung.

Aber nicht nur die Patientenzufriedenheit ist ein Gradmesser für den Erfolg des Projektes, sondern auch die Zufriedenheit der Ärzte. Wobei hier nicht nur jene der Gesellschafter der Gruppenpraxis gemeint ist, sondern die des gesamten ärztlichen Umfeldes. So ist bspw. eine genaue Erhebung der Zufriedenheit der ärztlichen Zuweiser mit dem neuen Modell, aber auch eine Zufriedenheitsstudie innerhalb des Krankenhauses geplant.

Ein weiteres wichtiges Feld für die Evaluierung ist die Frage der ökonomischen Entwicklung. Dazu zählt neben der Beobachtung der ärztlichen Einkommen des betroffenen Ärzteteams auch die Frage der gesamten Kostenentwicklung durch das Modell. Dazu wurden eine Reihe von Kostengrößen definiert, die im Zeitlauf verglichen werden sollen, wie bspw. die Entwicklung der Frequenzen insgesamt, aber auch getrennt nach Gruppenpraxis und Krankenhaus, sowie innerhalb des Krankenhauses getrennt nach stationär und ambulant. Ebenso sind entsprechende Folgekosten (Zuweisungen zu anderen Ärzten und Einrichtungen, Heilbehelfe, Hilfsmittel und vor allem Medikamente) einem genauen Controlling zu unterziehen. Dazu wurden bei Modellstart genaue Kostengruppen definiert, die mit den Werten vor Beginn des Modells dann verglichen werden können.

Die Evaluierung wird vom Ärztlichen Qualitätszentrum in Linz im Auftrag aller drei Systempartner durchgeführt. Da diese Institution über hohes Know-how bei entsprechenden Abfrage- und Auswertungstools besitzt, kann von einer praxisnahen Auswertung auf hohem Niveau ausgegangen werden. Es war den Systempartner auch wichtig, dass die Auswertung nicht in eine tendenzielle Richtung geht, sondern nach wissenschaftlichen Methoden und Grundsätzen in qualitätsgesicherter und aussagekräftiger Struktur abgewickelt wird.

Da die Evaluierung erst 2014 beginnen wird, können noch keine statistisch veritablen Daten vorgelegt werden. Es zeichnet sich aufgrund von Einzelgesprächen mit Gesellschaftern der Gruppenpraxis, mit der ärztlichen Leitung des Krankenhauses, mit Rechträgervertretern auch umliegenden niedergelassenen Ärzte und vor allem aus Mitteilungen aus der Bevölkerung ab, dass im Hinblick auf die Patientenzufriedenheit positive Ergebnisse zu erwarten sein werden. Auch die

Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Wahlfacharzt für Pädiatrie in Kirchdorf scheint reibungslos zu funktionieren. Hinsichtlich der Frequenzentwicklungen liegen ebenfalls noch keine genau strukturierten Daten vor, aber die Anhebung der Gruppenpraxisfrequenzen liegt ziemlich genau im vorberechneten Ausmaß, ebenso die Ambulanzfrequenzen im Krankenhaus aufgrund der oben dargestellten verbliebenen Ambulanzleistungen. Auch die stationären Leistungen sind um einen zweistelligen Prozentsatz gesunken, was für die Evaluierung der Kostenseite durchaus positive Entwicklungen erwarten lässt. Es wäre unseriös und gegen die zwischen den Systempartner vereinbarte Gesamtdarstellung der Evaluierungsergebnisse, wenn hier weitere einzelne Parameter wahllos angeführt werden würden.

Die Evaluierung ist dabei nicht nur von wissenschaftlichem Interesse oder für die weitere Ausrollung derartiger Modelle auf vergleichbare Sachverhalte in OÖ von Bedeutung, sondern unmittelbar auch für das Modell selbst. Sollten bestimmte Kerngrößen nicht erreicht werden, haben die Systempartner entsprechende gemeinsame Anstrengung zu deren Verbesserung vereinbart. Bei ganz krassen Fehlentwicklungen wären auch Kündigungsmöglichkeiten eingebaut, diese sind aber wohl eher theoretischer Natur, da zum einen sämtliche bereits vorliegende Einzelparameter erfreuliche Entwicklungen aufzeigen und zum anderen eine Verbesserung derartiger Modelle und nicht deren Liquidation für alle Systempartner im Vordergrund steht. Man darf auf die Ergebnisse der Evaluierung gespannt sein und vor allem auf die daraus von den Systempartnern im Einvernehmen zu treffenden Verbesserungsmaßnahmen. Schließlich ist die stetige Verbesserung aller vereinbarten Parameter – so weit möglich und sinnvoll – ein wichtiges Ziel des Projektes.

4. Kritische Erfolgsfaktoren

Naturgemäß können ohne veritable und gesamthafte Darstellung der Entwicklung des Modells noch keine abschließenden Aussagen zu erfolgskritischen Faktoren getroffen werden. Aber zu denselben für die Konzeptions- und Einführungsphase soll hier kurz Stellung genommen werden.

Aus Sicht der ärztlichen Standesvertretung haben sich drei Faktoren als für den Erfolg oder Misserfolg entscheidend herauskristallisiert:

4.1. Mitarbeit der betroffenen Ärzteschaft

Wie bereits oben dargestellt, war die betroffene Ärzteschaft, vor allem die Fachärzte für Pädiatrie an der Abteilung, nicht nur positiv gegenüber einer Neuregelung eingestellt, sondern hat diese initiativ mitbetrieben. In der Planungsphase, also solange noch keine gesicherten Strukturen vorhanden sind und sich durch notwendige Planungsänderungen Gegebenheiten sehr schnell ändern können, ist eine dem Projekt gegenüber positiv eingestellte Ärzteschaft wahrscheinlich sogar der größte Erfolgsfaktor. Die Motivation der betroffenen Personen hängt jedoch auch wesentlich davon ab, dass diese nicht nur ständig in den Informationsfluss eingebunden sind und damit immer über den aktuellen Stand des Projektes im Bilde sind, sondern vor allem auch daran, dass diese in die Entscheidungsprozesse aktiv eingebunden werden, dass sie „gehört“ werden und auch die für die Praxisnähe eines derartigen Projektes notwendige Sicht vor Ort einbringen. Letztlich geht es beim Erfolg ja auch darum, dass für die Betroffenen ein Arbeitssetting entsteht, das motivierte Leistungen fördert. Nur wenn diese erreicht werden kann, wird die Qualität der Arbeit auch die Kunden (=Patienten) überzeugen können.

Zusammengefasst kann daher festgehalten werden, dass ohne Einbindung der betroffenen Ärzteschaft auf Augenhöhe und mit vollwertigen (Mit)Entscheidungsrechten in ein Projektteam zur Umsetzung neuer Versorgungsformen mit Sicherheit kein erfolgreiches Modell entstehen kann. Ein „Drüberfahren“ über die Betroffenen oder ausschließlich auf dem Schreibtisch von Institutionen des Gesundheitswesens entworfene Modelle lassen derartige Projekte schon im Ansatz scheitern.

4.2. Gelebte Sozialpartnerschaft im Gesundheitswesen

Während im Spitalsbereich gesetzlich verordnet seit vielen Jahren „zentrale Staatsplanung“ von Bund und Ländern vorherrscht, wurde im niedergelassenen Bereich vom Gesetzgeber eine sozialpartnerschaftliche Planung zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Vertretern der jeweiligen Gesundheitsdienstleister etabliert. Dass die Sozialpartnerschaft im Gesundheitswesen durchaus auch im Vergleich zum staatlich gelenkten und mit öffentlichen Mitteln massiv subventionierten Spitalsbereich bei gesünderer Finanzentwicklung beachtliche Erfolge erreicht hat, darf als bekannt vorausgesetzt werden. Sozialpartnerschaft hat eben den Vorteil, dass sie flexibel auf Entwicklungen reagieren kann, aufgrund der gegenseitigen Abhängigkeit keinen der Partner unter die Räder kommen lässt und auf Seiten der Anbieter aufgrund der Konkurrenzsituation stets zu Qualitätsverbesserungen zugunsten der Patienten anhält. Dabei ist es auch Aufgabe der Sozialpartner, über Weiterentwicklungen nicht nur nachzudenken, sondern solche auch umzusetzen. Dies setzt aber die Bereitschaft der einzelnen Player voraus, die bestehenden Systemgrenzen nicht als unabdingbar anzusehen, denn dann wäre Weiterentwicklung nie möglich. Notwendig ist ein gemeinsamer Dialog auf Augenhöhe der betroffenen Partner und die Bereitschaft zur Verbesserung des Gesamtsystems und nicht (nur) die der eigenen Positionierung. Eine solche „Sozialpartnerschaft“ wurde in OÖ in den letzten Jahren aber nicht nur in Zusammenarbeit mit der OÖGKK, sondern auch im Spitalsbereich – soweit gestaltbar – mit der Gespag aufgebaut. Gerade aufgrund dieser Partnerschaft konnten in den letzten Jahren in OÖ sowohl im niedergelassenen als auch im Spitalsbereich positive Entwicklungen vorangetrieben werden, die in der Folge auch bundesweite Bedeutung und Nachahmer gefunden haben. Erinnert werden darf daran, dass OÖ als erstes Bundesland einen Gruppenpraxisgesamtvertrag etabliert hat und mittlerweile über 200 Gruppenpraxen gegründet werden konnten, dass die Frage der Eindämmung der Medikamentenkosten in sozialpartnerschaftlicher Betrachtung bearbeitet wurde, dass die Chefärztliche Genehmigung in OÖ als einzigem Bundesland entfallen ist, dass der erste Kollektivvertrag für Spitalsärzte abgeschlossen werden konnte uvm.

Diese Bereitschaft der Systempartner Ärztekammer, Krankenversicherungs- und Spitalsträger, Neuentwicklungen initiativ voranzutreiben, ist ein wichtiger Erfolgsfaktor, um derartige Projekte starten zu können. Im Falle Kirchdorf konnte dabei auf bewährte sozialpartnerschaftliche Zusammenarbeitsstrukturen aufgesetzt werden, die ein rasches Agieren möglich gemacht haben. Um Projekte im Zusammenarbeitsbereich von Spitälern und ärztlichen Praxen vorantreiben zu können, ist

auch ein innerkameraler Ausgleich zwischen den Interessen der Spitalsärzte und der niedergelassenen Ärzte ein kritischer Erfolgsfaktor. Auch in diesem Bereich konnte in der OÖ. ärztlichen Standesvertretung auf über viele Jahre bewährte kooperative Strukturen zwischen den jeweiligen Entscheidungsträgern zurückgegriffen werden.

4.3. Rechtliche Rahmenbedingungen

Notwendigerweise verlassen Pilotprojekte gesicherte Strukturen, um Neuentwicklungen probeweise einzuleiten zu können. Dennoch ist eine möglichst sichere Rechtsbasis notwendig, um neue Modelle kurzfristig aufbauen und vor allem dann den Erfolg auch mittel- bis langfristig sicherstellen zu können. Auch dabei ist die Sozialpartnerschaft einem ausschließlich gesetzesdominierten Bereich gegenüber im Vorteil, da sie rascher und individueller auf notwendige Neuerungen reagieren und diese absichern kann. So konnten bspw. die notwendigen Adaptierungen im GP-GV beim Modell Kirchdorf auf sehr kurzem Weg umgesetzt werden. Schwierigkeiten treten dort auf, wo gesetzliche Maßnahmen die vorherrschenden Modelle regeln, diese Regelungen aber kaum Raum für daneben laufende Pilotprojekte mit neuen Ansätzen bieten. Es wäre daher sinnvoll, wenn der Gesetzgeber für Pilotprojekte im Gesundheitswesen, **die von den Sozialpartnern im Einvernehmen entwickelt und getragen werden**, Freiräume zu deren zumindest probeweiser Entfaltung schaffen und damit eine gesicherte rechtliche Basis geschaffen würde. Dies gilt auch für die dafür oft notwendigen Anschubfinanzierungsnotwendigkeiten. Da die Sozialpartnerschaft im Gesundheitswesen bei weitem besser, schneller und individueller als die Legislative auf modellhafte Entwicklungen reagieren kann, erschiene es sinnvoll, wenn der Gesetzgeber diese rechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten (insbesondere auch für Pilotprojekte) stärker auf die Sozialpartner übertragen würde und nicht durch direkte Gesetzgebung einzugreifen versucht.