

Mag. Sabine Weißengruber-Auer, MBA

Projektleiterin, Ärztliches Qualitätszentrum

Mag. Katharina Wieser

*Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Linzer Institut für
Gesundheitssystem-Forschung LIG*

Befragung und Fokusgruppe „Als Privatpatient zum Kassenarzt“

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text immer nur die männliche Form verwendet, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.

1. Einleitung	72
2. Befragung	72
3. Fokusgruppe	90
4. Zusammenfassung	98

Um zu verstehen, wie die Wirklichkeit in den oberösterreichischen Praxen aussieht, welche Probleme es gibt und welche Ansatzmöglichkeiten Erfolg versprechen, spricht man am besten mit den betreffenden Ärzten. Deshalb haben wir zu diesem Thema eine Befragung der oberösterreichischen Kassenärzte und ergänzend dazu eine Fokusgruppe mit Kassenärzten abgehalten. Die Ergebnisse und Aussagen der Mediziner zeigen dabei eine klare Richtung: Was noch vor 20 Jahren völlig absurd gewesen wäre, scheint jetzt ein wichtiger Schritt zur Rettung der Kassenmedizin zu sein, nämlich die Integration von Privatpatienten in die öffentliche Versorgung auch im niedergelassenen Bereich.

1. Einleitung

Die Möglichkeit zur verstärkten Behandlung von Privatpatienten im kassenärztlichen Bereich ist eine Thematik, die erst durch den Mangel an Kassenärzten, bei gleichzeitigem Anstieg der Wahlärzte, an Bedeutung gewonnen hat. Die Idee ist neu, denn noch vor 20 Jahren wäre eine derartige Regelung absolut absurd, weil völlig unattraktiv, gewesen. Neue Herausforderungen bedürfen jedoch innovativer Lösungen. Zu neuen Themen ist es besonders wichtig, die Einstellung der Ärzteschaft zu erheben und ihr damit eine Stimme zu verleihen. Dafür wurde eine Befragung durchgeführt und ergänzend eine Fokusgruppe mit ausgewählten Vertretern abgehalten. Die Ergebnisse und zentralen Aussagen sind im Folgenden dargestellt.

2. Befragung

2.1. Methodik

Im Zeitraum Juni bis Juli 2019 wurde unter den oberösterreichischen Kassenärzten die Umfrage zum Thema „Als Privatpatient zum Kassenarzt“ abgehalten. Die Befragung wurde vom Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Qualitätszentrum durchgeführt. Für die technische Umsetzung kam das Online-Befragungstool questback zum Einsatz. Die befragten Ärzte bekamen den Einladungsbrief zur Befragung per Mail zugesandt und konnten mit Hilfe eines Direktlinks zum Online-Fragebogen gelangen. Die Befragung wurde anonym durchgeführt. Die Grundgesamtheit, an die der Fragebogen ausgesendet wurde, betrug $N = 1.136$ Kassenärztinnen und Kassenärzte. Insgesamt nahmen 441 Personen (39 %) an der Erhebung teil.

Die antwortenden Personen sind zu 67 % männlich und zu 33 % weiblich, was der Verteilung in der Grundgesamtheit sehr gut entspricht ($m = 68$ %; $w = 32$ %). Unter den befragten Ärztinnen und Ärzten befinden sich 54 % Allgemeinmediziner und 46 % Fachärzte. Unter den Fachärzten sind Gynäkologen ($n = 29$), Augenärzte ($n = 27$), Hautärzte ($n = 16$), Ärzte für Innere Medizin ($n = 16$) und Orthopäden ($n = 15$) am häufigsten vertreten.

Fach	Anzahl
ALLGEMEINMEDIZINER	237
FACHÄRZTE	203
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	29
Augenheilkunde und Optometrie	27
Haut- und Geschlechtskrankheiten	16
Innere Medizin	16
Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	15
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	13
Lungenkrankheiten	11
Kinder- und Jugendheilkunde	11
Neurologie	11
Urologie	10
Psychiatrie	9
Radiologie	7
Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie	5
Kinder- und Jugendpsychiatrie	3
Unfallchirurgie	2
Sonstiges Fach	2
Medizinische und Chemische Labordiagnostik	1

Tabelle 1: Verteilung der befragten Ärztinnen und Ärzte nach Fachbereichen

Der überwiegende Anteil der befragten Ärzte versorgt hauptsächlich Patienten aus ländlichen Regionen (44 %), nicht ganz ein Drittel kümmert sich überwiegend um Patienten aus dem Stadt-Umgebungsbereich (30 %) und 27 % behandeln größtenteils Patienten aus der Stadt.

Die Altersstruktur der Ärzte in der Befragung entspricht ebenfalls gut der Verteilung in der Grundgesamtheit. Durch die repräsentative Verteilung der Merkmale der Befragten und die hohe Rücklaufquote lassen die Ergebnisse der Befragung gute Rückschlüsse auf die gesamte Ärzteschaft zu.

	31–40 J.	41–50 J.	51–60 J.	> 60 J.
Grundgesamtheit	12,4 %	24,6 %	32,7 %	30,3 %
Befragte Ärzte	12,0 %	28,9 %	35,0 %	24,2 %

Tabelle 2: Altersverteilung der Kassenärzte in Grundgesamtheit und Befragung

2.2. Kassenarztstätigkeit versus Wahlarztstätigkeit

Mäßige Zufriedenheit bei Kassenärzten, hohe Zufriedenheit bei Wahlärzten

Am Beginn der Befragung wurden die Zufriedenheit mit dem Beruf als Kassenarzt sowie die Vor- und Nachteile der Kassen- und Wahlarztstätigkeit im Vergleich erfragt. Die Kassenärzte sind im Ergebnis mäßig zufrieden mit ihrem Beruf. Über die Hälfte der Befragten (54 %) ist sehr zufrieden oder eher zufrieden mit der Selbstbestimmung bei der Arbeit, etwas weniger als die Hälfte zeigt sich hingegen mit der Gesamtsituation als Kassenarzt (47 %), den Einkünften aus der Kassenarztstätigkeit (47 %) und der Vereinbarkeit von Beruf und Familie (46 %) als sehr zufrieden bzw. eher zufrieden. Mit der Arbeitsbelastung ist hingegen nur noch ein Viertel der Ärzte zufrieden oder eher zufrieden, wohingegen 47 % angeben, in diesem Punkt eher unzufrieden bzw. sehr unzufrieden zu sein.

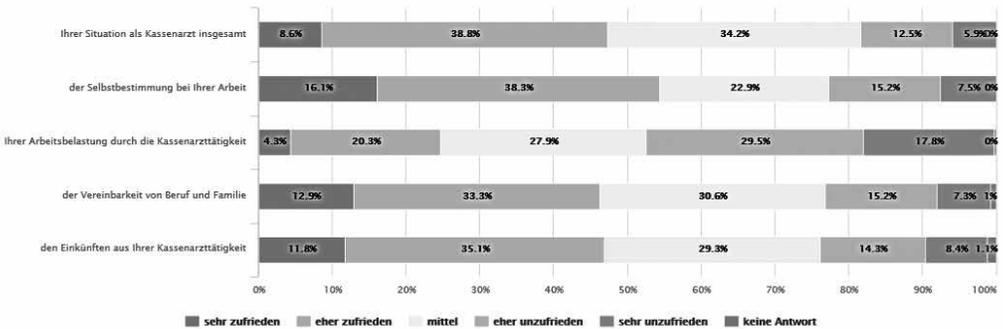


Abbildung 1: Wie zufrieden sind Sie mit ...

In allen diesen beruflichen Aspekten sind Allgemeinmediziner unzufriedener als Fachärzte, besonders eklatant ist der Unterschied aber bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, wo nur 39 % der Allgemeinmediziner angeben, sehr oder

eher zufrieden zu sein, während dies 55 % der Fachärzte von sich sagen. Alleine aus der Tatsache, dass sich unter den Allgemeinmedizinern mehr Frauen befinden, lässt sich diese Differenz jedoch nicht erklären. Kassenärztinnen sind mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie zwar etwas unzufriedener als ihre männlichen Kollegen, der Unterschied zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten ist jedoch deutlich größer. Auch das Alter hat Einfluss auf die Zufriedenheit, ältere Ärzte sind unzufriedener als jüngere.

Die Zufriedenheit von Kassenärzten, die vorwiegend Patienten aus der Stadt und dem Stadt-Umgebungsbereich behandeln, ist in den Bereichen des Einkommens und bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie höher als bei Kassenärzten, die vorwiegend Patienten aus ländlichen Regionen betreuen. Mit der Arbeitsbelastung zeigen sich hingegen Ärzte mit eher ländlicher Klientel zufriedener.

Wie zufrieden sind Sie mit ...		Ihrer Situation als Kassenarzt insgesamt	der Selbstbestimmung bei Ihrer Arbeit	Ihrer Arbeitsbelastung durch die Kassenarztstätigkeit	der Vereinbarkeit von Beruf und Familie	den Einkünften aus Ihrer Kassenarztstätigkeit
Kassenärzte gesamt		2,7	2,6	3,4	2,7	2,7
Fach	Allgemeinmediziner	2,8	2,7	3,5	2,9	2,8
	Fachärzte	2,6	2,4	3,2	2,4	2,6
Geschlecht	weiblich	2,8	2,7	3,4	2,8	2,9
	männlich	2,6	2,6	3,3	2,7	2,7
Patienten kommen vorwiegend aus...	ländlichen Regionen	2,7	2,6	3,3	2,8	2,8
	dem Stadt-Umgebungsbereich	2,6	2,6	3,3	2,6	2,8
	der Stadt	2,7	2,6	3,5	2,7	2,6
Alter	31–40 Jahre	2,5	2,2	3,2	2,6	2,6
	41–50 Jahre	2,6	2,6	3,3	2,8	2,7
	51–60 Jahre	2,7	2,7	3,3	2,5	2,7
	Über 60 Jahre	2,8	2,7	3,6	2,9	2,8
Wahlärzte¹ gesamt		1,7	1,3	1,8	1,8	2,3

Tabelle 3: Durchschnittswerte der Zufriedenheit auf der 5-teiligen Skala (1 = sehr zufrieden; 2 = eher zufrieden; 3 = mittel; 4 = eher unzufrieden; 5 = sehr unzufrieden) nach Arztgruppen

1 Aus der Wahlärztebefragung 2019 (selbe Fragestellung)

In einer Wahlärztebefragung² wurde dieses Frühjahr analog dieselbe Frage gestellt. Der Vergleich (siehe Tabelle 3, letzte Zeile) zeigt, dass Wahlärzte in allen abgefragten Aspekten mit ihrem Beruf deutlich zufriedener sind als Kassenärzte. Am wenigsten zufrieden sind Wahlärzte im Gegensatz zu den Kassenärzten nicht mit der Arbeitsbelastung, sondern mit den Einkünften aus ihrer Tätigkeit. Am zufriedensten zeigen sich Wahlärzte, wie auch die Kassenärzte, mit der Selbstbestimmung bei ihrer Arbeit.

Große Bereitschaft zur Behandlung von Privatpatienten

Beinahe zwei Drittel der Kassenärzte wären unter bestimmten Umständen bereit, in einem größeren Ausmaß auch Privatpatienten zu betreuen, für ein weiteres Fünftel käme das eventuell in Frage. Lediglich 8 % sind in dieser Frage unentschlossen und für weitere 8 % kommt die verstärkte Behandlung von Privatpatienten nicht in Frage.

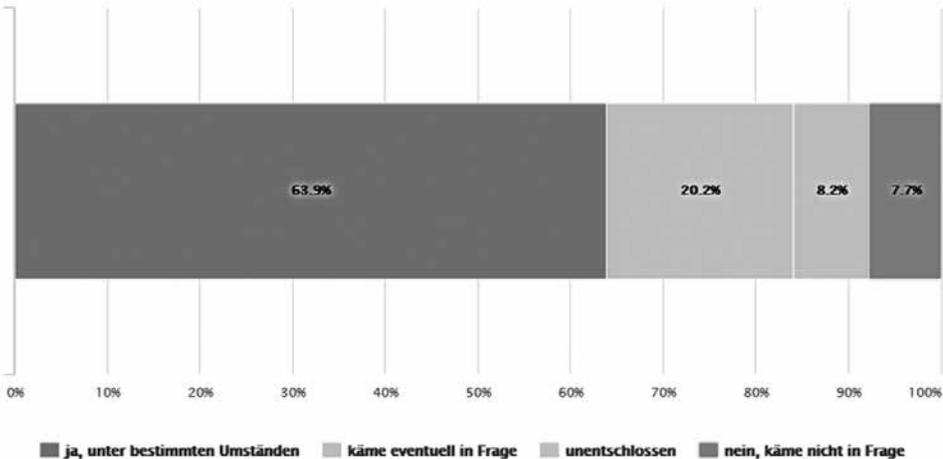


Abbildung 2: Auch wenn Sie sich für eine Tätigkeit als Kassenarzt entschieden haben, käme es für Sie unter gewissen Umständen in Frage, in größerem Ausmaß Privatpatienten zu behandeln?

Zwischen Fachärzten und Allgemeinmedizinern gibt es in dieser Frage kaum Unterschiede, sehr wohl aber bei Ärzten am Land bzw. in der Stadt. Ärzte mit Patienten aus ländlichen Regionen zeigen eine höhere Bereitschaft zur Behandlung von Privatpatienten (88 % ja, unter bestimmten Umständen + käme eventuell in Frage) als Ärzte mit Patienten aus der Stadt (79 % ja, unter bestimmten Umständen + käme eventuell in Frage).

2 Die Wahlärztebefragung wurde vom Ärztlichen Qualitätszentrum im Zeitraum März bis April 2019 durchgeführt.

Hauptvorteil der Wahlärzte ist die Zeit für die Patientenbehandlung

In der nächsten Frage wurde den Kassenärzten eine Reihe von möglichen Vorteilen der Wahlarztstätigkeit gegenüber der Kassenarztstätigkeit vorgelegt. Unter „Sonstiges“ konnten weitere Vorteile angeführt werden. Der größte Vorteil der Wahlarztstätigkeit wurde darin gesehen, dass diesen mehr Zeit für die Behandlung ihrer Patienten zur Verfügung steht. 85 % der Kassenärzte stimmten hier zu. Alle anderen möglichen Vorteile, wie ein anderes Patientenkontingent, ein besseres Einkommen, die Möglichkeit zum Einsatz von anderen (z.B. komplementärmedizinischen) Behandlungen, ein Weniger an Bürokratie, flexiblere Öffnungszeiten, den Wegfall der Bereitschaftsdienste und eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie sehen nur noch unter der Hälfte der Kassenärzte als Vorteil an. Unter Sonstiges wurde vor allem auf die Unabhängigkeit von den Kassen (Meldungen, Honorarsummenlimits etc.) als Vorteil verwiesen und die Möglichkeit der Ausübung von zwei Fächern genannt.

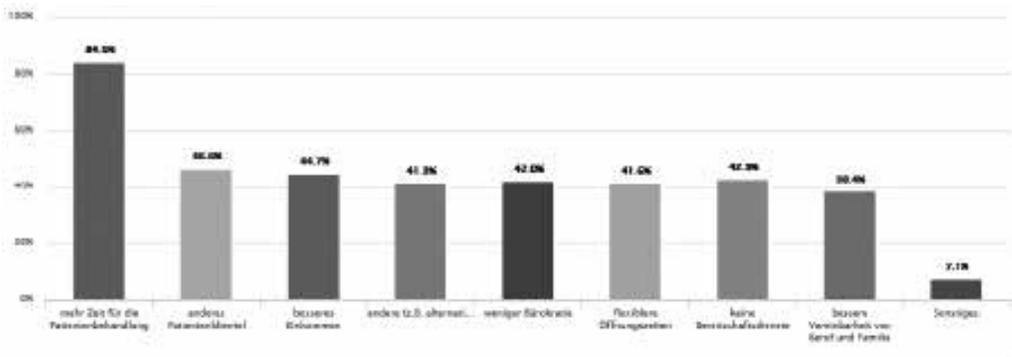


Abbildung 3: Welche Vorteile sehen Sie in der Wahlarztstätigkeit gegenüber der Tätigkeit als Kassenarzt?

Allgemeinmediziner bewerten den Vorteil der fehlenden Bereitschaftsdienste (74 %) viel häufiger als Vorteil als Fachärzte (6 %), weil Fachärzte natürlich von diesem Thema nicht betroffen sind. Aber auch der geringere bürokratische Aufwand (52 % bzw. 30 %), die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie (49 % bzw. 25 %) und die Möglichkeit, andere (z.B. komplementärmedizinische) Behandlungen einzusetzen (48 % bzw. 33 %), wird von Allgemeinmediziner höher eingeschätzt als von Fachärzten. Fachärzte schätzen dafür die anders zusammengesetzte Patientenkontingent der Wahlärzte öfter als Vorteil ein als Allgemeinmediziner (53 % bzw. 41 %).

Regelmäßiges Einkommen ist Hauptvorteil des Kassenarztes, soziale Aufgabe wird hervorgehoben

Analog zur vorherigen Frage wurde auch eine Liste mit möglichen Vorteilen der Kassenarztztätigkeit gegenüber der Wahlarztztätigkeit erstellt und abgefragt. Unter „Sonstiges“ konnten wieder weitere Vorzüge genannt werden. Als Vorteil ihrer Tätigkeit gegenüber der Wahlarztztätigkeit sehen Kassenärzte vor allem das regelmäßige Einkommen, 77 % stimmten hier zu. Weitere 65 % sehen es als Vorteil, sich nicht um die Zahlungsmoral der Patienten kümmern zu müssen. Weniger als die Hälfte der Ärzte sehen die abwechslungsreichere Patientenstruktur (aus allen sozialen Schichten und Altersgruppen) als Vorteil an. Wenig als Vorteile gesehen werden ein eventuell geringeres Anspruchsdenken der Kassenpatienten, der fehlende Wettbewerb als Kassenarzt und die Möglichkeit einer Hausapotheke. Unter den sonstigen Vorteilen wurde als Hauptpunkt die Möglichkeit genannt, allen Patienten eine gleich gute Behandlung zukommen lassen zu können, eine wichtige soziale Aufgabe zu haben und eine ethisch wichtige Rolle zu erfüllen. Einige Kassenärzte merkten unter Sonstiges allerdings auch an, sie würden keinerlei Vorteile mehr in der Kassenarztztätigkeit sehen.

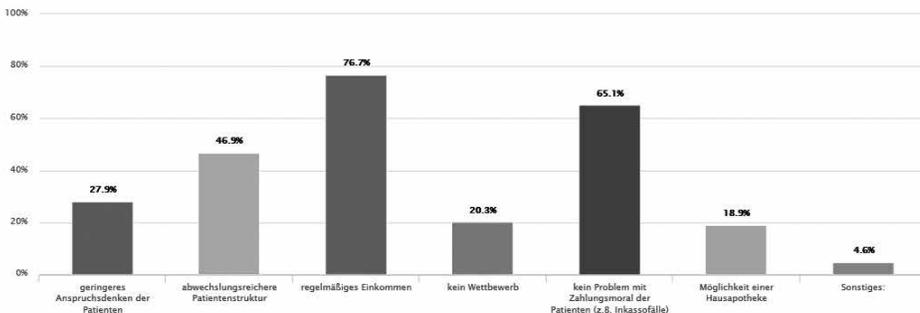


Abbildung 4: Welche Vorteile sehen Sie in der Kassenarztztätigkeit gegenüber der Tätigkeit als Wahlarzt?

Die Möglichkeit einer Hausapotheke wird von Medizinern vom Land natürlich viel höher eingeschätzt als von Ärzten in der Stadt oder dem städtischen Umland, weil eine Hausapotheke nur für Ordinationen erlaubt ist, in deren Einzugsgebiet sich keine Apotheke befindet. 35 % der Ärzte mit Patienten vom Land schätzen die Hausapotheke als Vorteil ein, während dies nur 6 bzw. 7 % der Ärzte mit Patienten aus der Stadt bzw. dem städtischen Umland tun. Ähnlich hoch ist hier der Unterschied zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten: Ein Drittel der Hausärzte sieht die Hausapotheke als Vorteil, jedoch nur 1,5 % der Fachärzte. Unter Hausärzten am Land wird die Hausapotheke sogar zu 51 % als Vorteil betrachtet, weil diese ganz konkret davon betroffen sind.

2.3. Interesse der Ärzte an der Behandlung von Privatpatienten

Hohes Interesse an unkomplizierter Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten

Für 52 % der befragten Kassenärzte wäre ein Modell, bei dem sie völlig unkompliziert Privatpatienten behandeln können, auf jeden Fall interessant und weitere 28 % geben an, daran eher schon interessiert zu sein. Demgegenüber meint nur etwa jeder Zehnte, an einer solchen Möglichkeit eher nicht oder sicher nicht interessiert zu sein.

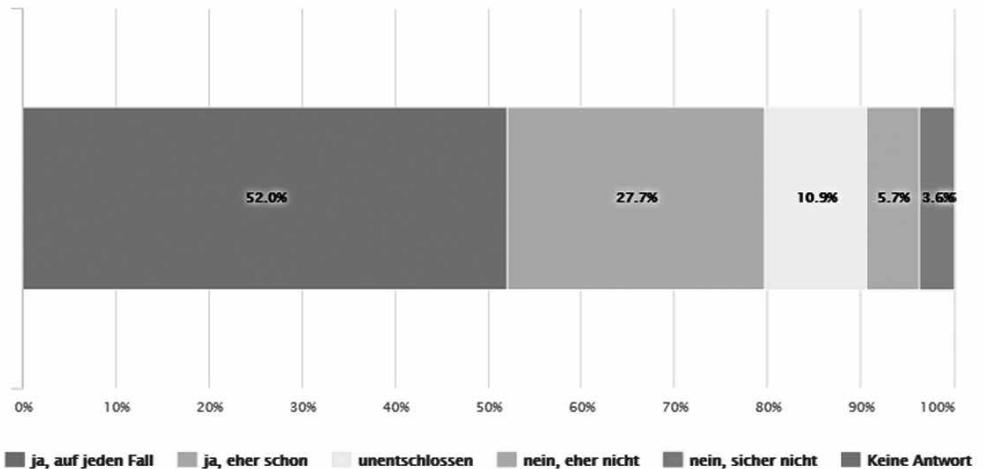


Abbildung 5: Stellen Sie sich vor, Sie könnten neben Ihrer Tätigkeit als Kassenarzt in Ihrer eigenen Praxis zusätzlich völlig unkompliziert Privatpatienten behandeln. Wäre diese Möglichkeit für Sie grundsätzlich interessant?

Für Fachärzte ist die erweiterte Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten interessanter als für Allgemeinmediziner. Besonderen Anklang findet die Idee in den Fächern Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Lungenkrankheiten, Neurologie, Augenheilkunde und Optometrie und Gynäkologie. Zwischen Medizinern in ländlichen Regionen und Medizinern, die in der Stadt ordinieren, gibt es hingegen kaum Unterschiede in dieser Frage.

		ja, auf jeden Fall	ja, eher schon	unentschlossen	nein, eher nicht	nein, sicher nicht
GESAMT		52,0 %	27,2 %	10,9 %	5,2 %	3,6 %
Allgemeinmediziner		49,2 %	28,0 %	11,4 %	7,2 %	4,2 %
Fachärzte		55,2 %	27,6 %	10,3 %	3,9 %	3,0 %
Patienten kommen vorwiegend aus...	ländlichen Regionen	52,6 %	27,1 %	14,7 %	6,0 %	3,6 %
	dem Stadt-Umgebungsbereich	51,1 %	33,6 %	6,9 %	6,1 %	2,3 %
	der Stadt	51,7 %	22,4 %	14,7 %	5,2 %	5,2 %

Tabelle 4: Interesse an einer unkomplizierten Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten nach Arztgruppen

Der Kassenarzt soll sich aussuchen können, ob er Privatpatienten in denselben oder separaten Räumlichkeiten behandelt

Auch zu den gewünschten Voraussetzungen zur verstärkten Behandlung von Privatpatienten wurde den befragten Ärzten eine Liste mit Vorschlägen vorgelegt. Unter „weitere Voraussetzungen“ konnten darüber hinausgehende Vorschläge gemacht werden. 89 % der Ärzte wünschen sich, dass die Behandlung von Privatpatienten in denselben Räumlichkeiten möglich sein muss, in denen auch die Kassenpatienten behandelt werden. Gleichzeitig gaben jedoch Ärzte unter den weiteren Voraussetzungen an, es müsse auch in getrennten Räumlichkeiten möglich sein. 81 % nannten auch Rechtssicherheit als Grundvoraussetzung, indem sich der Arzt, zum Beispiel mit einem Formular, dahingehend absichern kann, dass der Patient aus freien Stücken eine Privatbehandlung wünscht und sich darüber im Klaren ist, dass er dadurch auf eine Behandlung auf Kassenkosten verzichtet. 77 % der Kassenärzte sind der Meinung, dass der Rückersatz durch die Kassen auch für private Leistungen durch den Kassenarzt ein wesentlicher Punkt wäre. Nicht ganz ein Drittel ist der Meinung, dass die Behandlung von Privatpatienten nur außerhalb der Kassenöffnungszeiten stattfinden sollte. In den sonstigen Voraussetzungen gaben Ärzte etwa an, Privatpatienten sollen auch während der Kassenöffnungszeiten behandelt werden können und die Kasse solle für Privatpatienten nicht nur 80 % vom Kassentarif rückerstatten, sondern den gesamten Betrag.

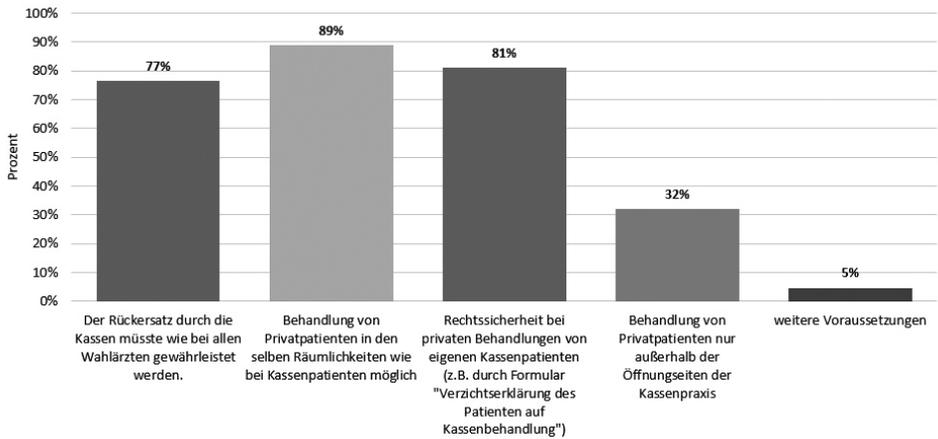


Abbildung 6: Welche Voraussetzungen müssten Ihrer Meinung nach für eine erleichterte Behandlung von Privatpatienten erfüllt sein?

Von den Kassen nicht bezahlte Spezialisierungen könnten angewendet werden

Aus einer weiteren Liste konnten die Kassenärzte die Vorteile einer unkomplizierten Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten auswählen und als Freitext weitere Vorteile nennen. Die meiste Zustimmung erhielt die Möglichkeit auch Spezialisierungen anzuwenden, die von den Kassen nicht bezahlt werden (77 %). 70 % sehen auch eine zusätzliche Einkommensquelle für die Kassenpraxis als Vorteil an. Einer dadurch einfacheren Finanzierung der Praxisausstattung stimmen hingegen nur 27 % zu. 69 % der Befragten schätzen die dadurch entstehende Möglichkeit, Patienten auch ohne Zeitdruck behandeln zu können. Im Freitextbereich wurden unter anderem eine größere Unabhängigkeit von den Kassen und eine erweiterte Konkurrenzfähigkeit bezüglich Wahlärzten genannt.

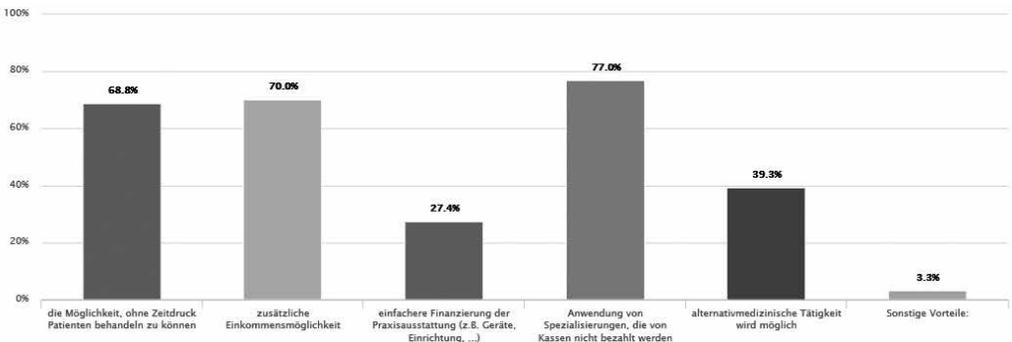


Abbildung 7: Welche Vorteile hätte eine unkomplizierte Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten für die Kassenpraxis aus Ihrer Sicht?

Für Allgemeinmediziner wiegt die Möglichkeit zur komplementärmedizinischen Tätigkeit schwerer (49 % Zustimmung) als bei den Fachärzten (27 % Zustimmung). Fachärzte sehen dafür die Möglichkeit, ohne Zeitdruck zu arbeiten, öfter als Vorteil (75 %) als Allgemeinmediziner (64 %). Die zusätzliche Einkommensmöglichkeit und die Möglichkeit zur komplementärmedizinischen Tätigkeit werden von Ärzten am Land mehr als Vorteil gesehen als bei Ärzten in der Stadt, umgekehrt sehen urbane Mediziner das Arbeiten ohne Zeitdruck häufiger als Vorteil.

2.4. Einschätzung der Patienten

Zwei Fünftel sehen Bedarf nach Wahlarzt gegeben

Rund ein Fünftel der befragten Kassenärzte sieht in ihrem Einzugsgebiet auf jeden Fall den Bedarf nach einem Wahlarzt ihres Fachgebietes und ein weiteres Fünftel sieht einen solchen Bedarf eher schon. Etwa gleich viele Ärzte sehen hingegen eher keinen oder sicher keinen Bedarf nach einem Wahlarzt ihres Fachgebietes in ihrem Einzugsgebiet. Der Rest der Befragten ist unentschlossen oder hat nicht auf die Frage geantwortet.

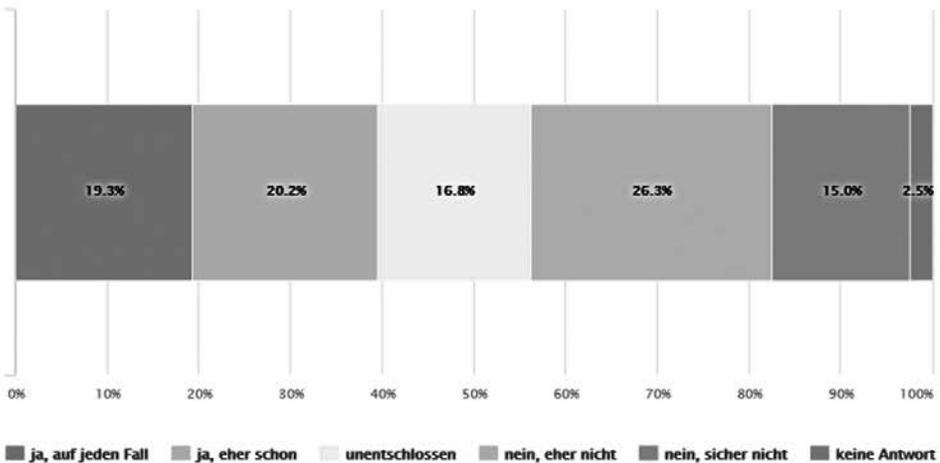


Abbildung 8: Sehen Sie in Ihrem Einzugsgebiet den Bedarf nach einem Wahlarzt Ihres Fachgebietes?

Fachärzte sehen etwas häufiger einen Bedarf nach einem Wahlarzt ihres Faches als Allgemeinmediziner. Besonders Orthopäden (73 %), Kinderärzte (64 %) und Ärzte für Lungenkrankheiten (64 %) sehen überdurchschnittlich oft einen Bedarf, Gynäkologen (31 %), HNO-Ärzte (31 %) und Urologen (33 %) hingegen unter-

durchschnittlich oft. In der Stadt wird der Bedarf nach Wahlärzten ebenfalls höher eingeschätzt als am Land (Patienten aus der Stadt: 42 %; Patienten aus dem Stadt-Umgebungsbereich: 42 %; Patienten aus ländlichen Regionen: 36 %).³

Kassenpatienten hätten Interesse an privatärztlichen Leistungen ihres Kassenarztes

Zwei Drittel der Kassenärzte glauben, dass es für ihre Kassenpatienten auf jeden Fall bzw. eher schon interessant wäre, ihre ärztlichen Leistungen auch als Privatpatient in Anspruch nehmen zu können – etwa um spezifische Gesundheitsfragen ohne Zeitdruck abhandeln zu können. Nur 17 % meinen dies eher nicht und lediglich 1,6 % sehen auf keinen Fall ein Interesse der Kassenpatienten.

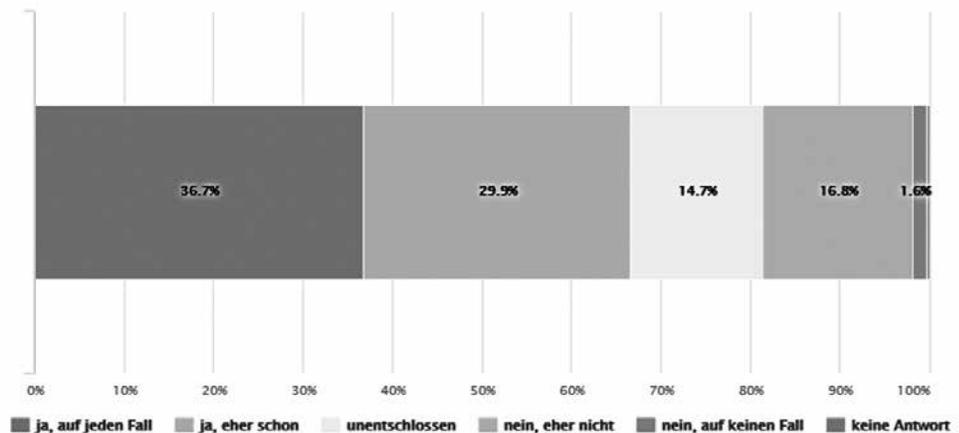


Abbildung 9: Glauben Sie, dass es für Ihre Kassenpatienten interessant wäre, Ihre ärztlichen Leistungen auch als Privatpatient in Anspruch nehmen zu können, um spezifische Gesundheitsfragen ohne Zeitdruck abhandeln zu können?

Fachärzte schätzen das Interesse der Patienten geringfügig höher ein als ihre Kollegen aus der Allgemeinmedizin. Jedoch gibt es auch hier immense Unterschiede zwischen den Fachbereichen. Orthopäden geben etwa zu 100 % an, ihre Patienten seien auf jeden Fall bzw. eher schon interessiert, Hautärzte zu 81 %, Lungenfachärzte zu 80 % und Augenärzte zu 78 %. HNO-Ärzte (46 %) und Ärzte für Innere Medizin (50 %) bewerten das Patienteninteresse hingegen im Vergleich zu ihren Kollegen eher unterdurchschnittlich. Ärzte mit vorwiegend Patienten aus dem Stadt-Umgebungsbereich schätzen das Patienteninteresse an privatärztlichen Leistungen beim Kassenarzt als höher (76 %) ein als Ärzte mit vorwiegend Patienten aus ländlichen Regionen (65 %) oder aus der Stadt (60 %).

3 Jeweils die Summe der ersten beiden Kategorien „ja, auf jeden Fall“ und „ja, eher schon“.

Der Patient profitiert davon, dass der Kassenarzt seine Krankengeschichte bereits kennt

Wenn der Kassenpatient Privatleistungen bei seinem Kassenarzt in Anspruch nehmen kann, dann hat er den Vorteil, dass dieser seine Krankengeschichte bereits kennt – dieser Aussage stimmen 84 % der befragten Ärzte zu. 51 % der Ärzte stimmen außerdem darin überein, dass der Kassenpatient, durch eine vermehrte Behandlung von Privatpatienten beim Kassenarzt, von einer moderneren Ausstattung der Ordination profitiert. Darunter fallen z.B. Apparate, aber auch ein ansprechendes Ambiente. Eine einfachere Finanzierung von Zusatzausbildungen, von denen auch die Kassenpatienten profitieren, sehen noch 49 %. 8 % der Ärzte nannten weitere Vorteile für Kassenpatienten, die sich aus der Möglichkeit zur vermehrten Behandlung von Privatpatienten in der Kassenpraxis ergeben: das Schließen von Versorgungslücken durch die leichtere Besetzbarkeit von Kassenarztstellen, das vermehrte Angebot an komplementärmedizinischen Angeboten, eine Erweiterung der Öffnungszeiten und den Wegfall des Termindrucks durch die Querfinanzierung der Ordination mit Privatpatienten. 10 von 408 Ärzten gaben an, es würden sich keine Vorteile für Kassenpatienten ergeben.

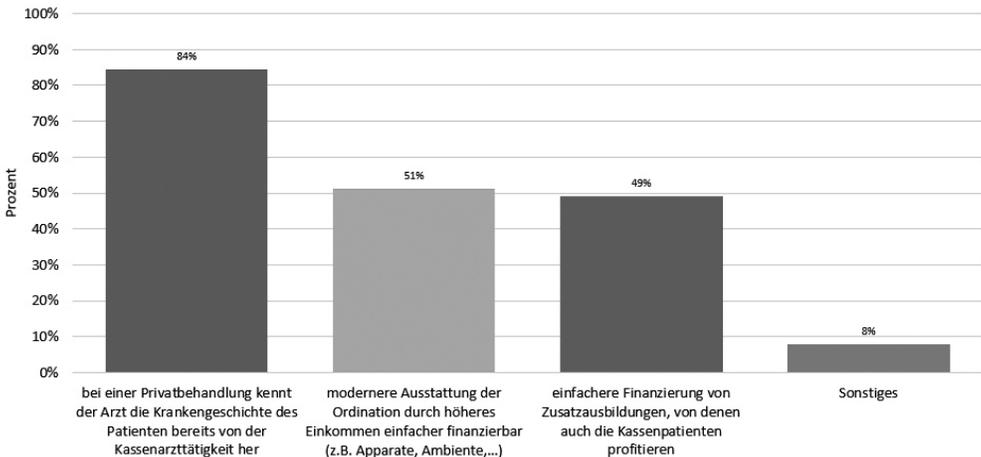


Abbildung 10: Welche Vorteile könnten sich für Kassenpatienten durch eine vermehrte Behandlung von Privatpatienten in der Kassenpraxis Ihrer Meinung nach ergeben?

2.5. Auswirkungen auf die vertragsärztliche Versorgung

Die Bereitschaft zur Übernahme eines Kassenvertrages bzw. zur Fortführung der Kassenarztstätigkeit würde sich erhöhen

Die befragten Kassenärzte schätzen das Potenzial der Maßnahme zur Steigerung des Interesses an den Kassenverträgen als hoch ein, besonders bei jungen Ärzten. Bei dieser Gruppe misst beinahe die Hälfte der Befragten der Maßnahme ein sehr großes bzw. ein großes Potenzial bei und ein weiteres Viertel rechnet mit einem mittleren Potenzial. Aber auch die Fortführung der Kassenverträge durch die bisherigen Kassenärzte würde positiv beeinflusst: Auch hier sieht beinahe die Hälfte ein sehr großes bzw. großes Potenzial und etwas über ein Viertel ein mittleres Potenzial. Ähnlich sieht es auch bei der Selbsteinschätzung aus, also der Bereitschaft, aufgrund der Maßnahme persönlich den Kassenvertrag fortzuführen, was die Wirksamkeit der Maßnahme in dieser Hinsicht noch deutlicher bestätigt.

Das Potenzial der Maßnahme zur Gewinnung von Wahlärzten und angestellten Ärzten für die Übernahme eines Kassenvertrages wird nicht ganz so hoch eingeschätzt.

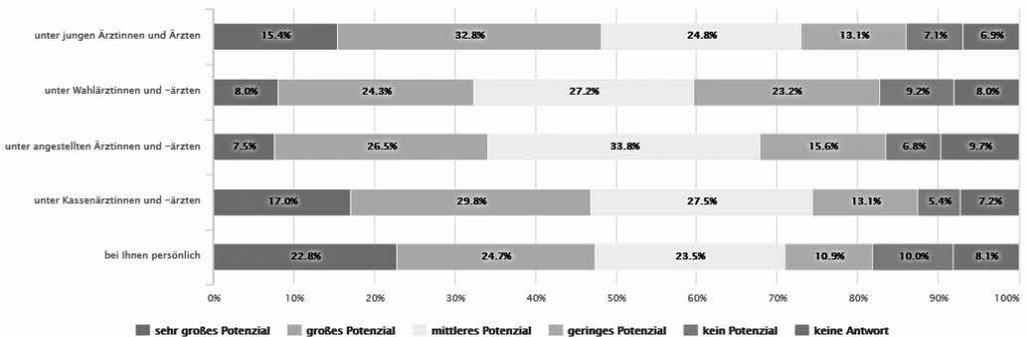


Abbildung 11: Einmal angenommen, es gäbe eine unkomplizierte Möglichkeit für Kassenärztinnen und -ärzte zusätzlich Privatpatienten zu behandeln: Würde sich Ihrer Meinung nach die Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte einen Kassenvertrag zu übernehmen bzw. weiterzuführen erhöhen?

Auszug aus der Wahlärztebefragung⁴: lediglich 9 % der Wahlärzte planen, sich in den nächsten Jahren um einen Kassenvertrag zu bewerben - 8 % davon nur, wenn in ihrer räumlichen Umgebung eine Stelle ausgeschrieben wird. 39 % der befragten Wahlärzte stimmten zu, dass sie die stark eingeschränkte Möglichkeit als Kassenarzt auch Privatpatienten zu behandeln, davon abhalte, einen Kassenvertrag anzunehmen. Vor allem Allgemeinmediziner (48 %) und junge Ärzte (50 %) stimmten diesem Hinderungsgrund verstärkt zu.

42 % der Wahlärzte könnten sich vorstellen, unter gewissen Umständen als Kassenarzt tätig zu werden; besonders hoch ist hier das Potenzial unter jüngeren Ärzten (60 % unter den 31- bis 40-Jährigen). Die Rahmenbedingung, die laut den befragten Wahlärzten hierfür am dringendsten verändert werden müsste, ist der Wechsel zu einer Einzelleistungshonorierung (76 %ige Zustimmung). Gleich dahinter rangiert eine einfache Möglichkeit, sowohl als Wahlarzt als auch als Kassenarzt tätig sein zu können (67 %ige Zustimmung).

Bei den Angaben zur persönlichen Bereitschaft, den Kassenvertrag fortzuführen, falls es eine unkomplizierte Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten für Kassenärzte geben würde, geben Ärzte mit vorwiegend Patienten aus dem Stadt-Umgebungsbereich ein etwas höheres Potenzial an als ihre Kollegen mit überwiegend Patienten aus der Stadt oder dem ländlichen Bereich. Deutlicher ist der Unterschied zwischen Fachärzten und Allgemeinmediziner: 54 % der Fachärzte sehen bei sich persönlich ein sehr großes oder großes Potenzial für die Fortführung ihrer Arbeit als Kassenarzt und ein weiteres Viertel ein mittleres Potenzial (besonders hohe Werte bei Orthopäden, Urologen, Haut- und Augenärzten; niedrigere Werte bei Ärzten für Innere Medizin und Kinderärzten). Unter den Allgemeinmediziner geben 42 % ein sehr großes bzw. ein großes Potenzial und weitere 22 % ein mittleres Potenzial an, durch die Maßnahme den eigenen Kassenvertrag fortzuführen.

Unterschiede lassen sich in dieser Frage auch bei einer Aufspaltung der Befragten nach Altersgruppen erkennen: Jüngere Kassenärzte ließen sich durch die Maßnahme stärker motivieren als ihre älteren Kollegen.

4 Die Wahlärztebefragung wurde vom Ärztlichen Qualitätszentrum im Zeitraum März bis April 2019 durchgeführt.

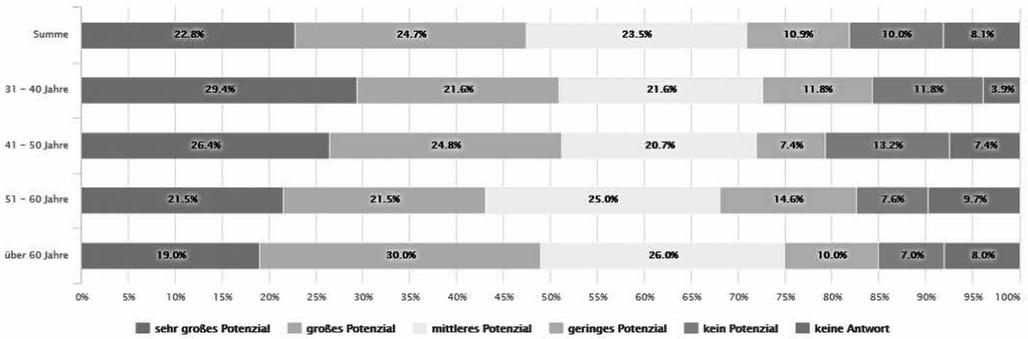


Abbildung 12: Einmal angenommen, es gäbe eine unkomplizierte Möglichkeit für Kassenärztinnen und -ärzte zusätzlich Privatpatienten zu behandeln: Würde sich Ihrer Meinung nach die Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte einen Kassenvertrag zu übernehmen bzw. weiterzuführen erhöhen? – Teilfrage „bei Ihnen persönlich“; nach Alter.

Die Versorgungssituation der Bevölkerung mit Kassenärzten würde sich nach Meinung der Kassenärzte eher verbessern

18 % der Befragten sind der Meinung, dass sich durch die Maßnahme die Versorgungssituation hinsichtlich Kassenarztdichte und Wartezeiten für die Kassenpatienten sicher verbessern würde. Weitere 36 % glauben, dass sich die Versorgungssituation eher verbessern würde, und ein Drittel gibt an, die Versorgungssituation würde gleich bleiben. Lediglich 8 % glauben eher an eine Verschlechterung und nur 2,5 % sehen eine Verschlechterung als sicher an.

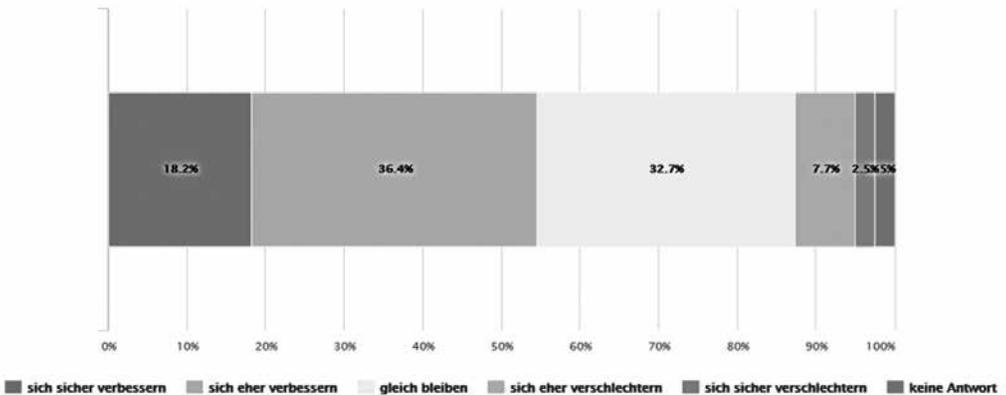


Abbildung 13: Einmal angenommen, Kassenärzte könnten unkompliziert zusätzlich Privatpatienten behandeln: Glauben Sie, dass sich dadurch die Versorgung der Bevölkerung mit Kassenärzten bzgl. Kassenarztdichte und Wartezeiten verändern würde? Sie würde ...

Die Kassenärzte glauben, dass es eher zu einer Bevorzugung von Privatpatienten kommen könnte

Ein Zehntel der Kassenärzte glaubt, dass es durch die Maßnahme auf jeden Fall zu einer Bevorzugung von Privatpatienten kommen könnte und weitere 40 % meinen das eher schon. Nicht ganz ein Drittel der Befragten sieht diese Gefahr eher nicht oder auf keinen Fall.

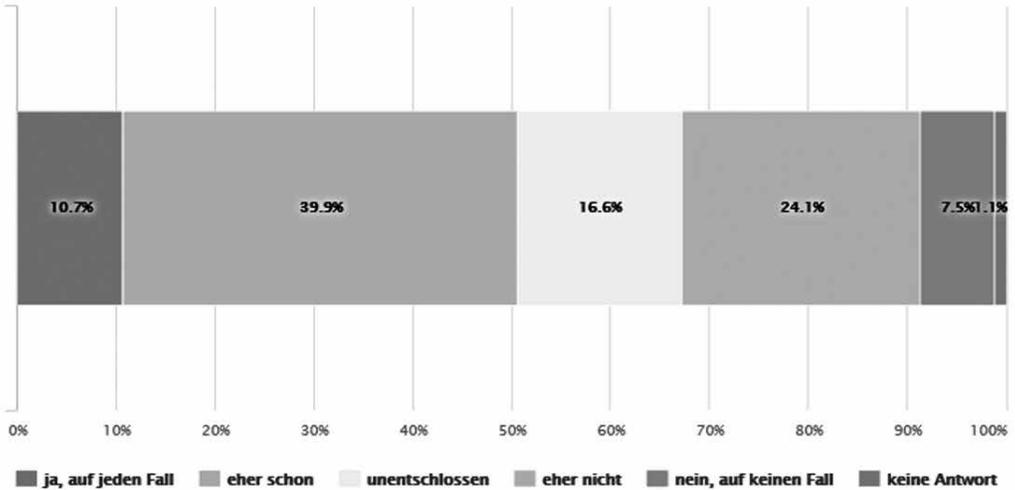


Abbildung 14: Einmal angenommen, Kassenärzte könnten unkompliziert zusätzlich Privatpatienten behandeln: Glauben Sie, dass eine derartige Regelung in Summe Anreize für die Kassenärzte setzt, Privatpatienten zulasten von Kassenpatienten zu bevorzugen?

Allgemeinmediziner (54 % auf jeden Fall + eher schon) sehen die Gefahr der Bevorzugung von Privatpatienten etwas häufiger als Fachärzte (47 %). Ärzte mit Patienten aus vorwiegend ländlichen Regionen (47 %) sehen diesbezüglich eine geringere Gefahr als Ärzte mit Patienten aus dem Stadt-Umgebungsbereich (54 %) bzw. aus der Stadt (53 %).

2.6. Zeitliche Kapazitäten

Zeitliche Ressourcen wären vorhanden – nur wenige würden ihre Kassenarzttätigkeit einschränken

Ein Zehntel der Befragten gibt an, für eine vermehrte Behandlung von Privatpatienten auf jeden Fall zeitliche Kapazitäten übrig zu haben und etwa ein Drittel hat dafür eher schon freie Kapazitäten zur Verfügung. 22 % haben eher keine freien Kapazitäten übrig und 7 % meinen, auf keinen Fall dafür Zeit aufbringen zu können. Lediglich 10 % der Befragten kündigen an, im Falle einer vermehrten Behandlung von Privatpatienten die Kassenarzttätigkeit einschränken zu wollen.

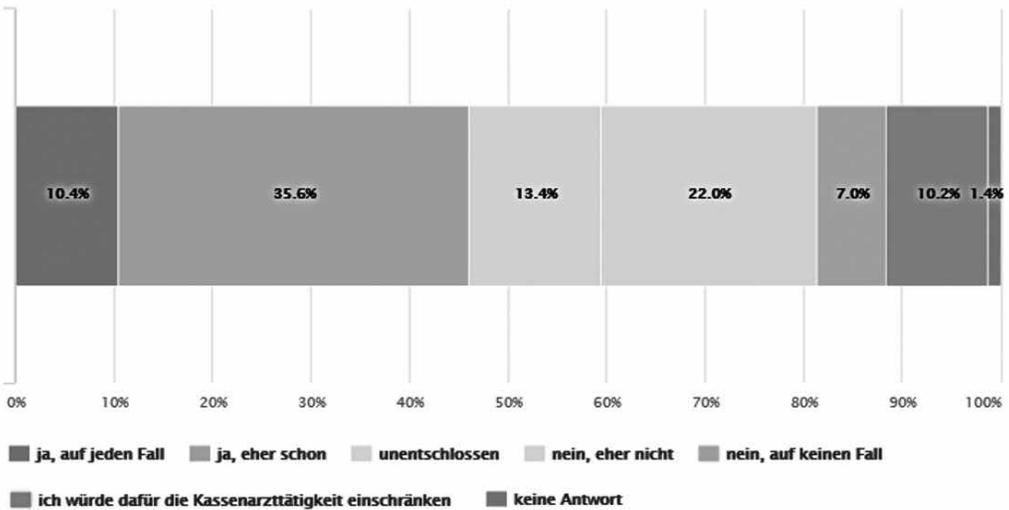


Abbildung 15: Einmal angenommen, Sie würden sich dazu entschließen, vermehrt Privatpatienten zu behandeln: Hätten Sie dafür zeitliche Kapazitäten übrig?

Fachärzte (50 % auf jeden Fall + eher schon) geben häufiger an über freie Kapazitäten zu verfügen als Allgemeinmediziner (42 %), bei beiden Gruppen findet sich jedoch der niedrige Anteil an Ärzten, die für eine vermehrte Behandlung von Privatpatienten ihre Kassenarzttätigkeit einschränken würden (10 %).

3. Fokusgruppe

Im Juni 2018 wurde zur Vertiefung des Themas eine Fokusgruppe mit ausgewählten Kassenärzten abgehalten. Der Unterschied zwischen einem Fragebogen oder einem Interview und einer Fokusgruppe liegt darin, dass nicht nur explizite, sondern auch implizite Antworten mit erfasst werden können. In der Diskussion gegebene Fallbeispiele, Reaktionen auf Aussagen anderer Teilnehmer, Verweise auf verwandte Themen sowie Stimmungen ergeben ein schärferes Bild. Zudem kann bei Unklarheiten zu einzelnen Formulierungen nachgefragt werden.

Die Teilnehmer der Fokusgruppe setzten sich wie folgt zusammen:

- Dr. Kurt Adamer, MSc, Facharzt für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie mit Kassenpraxis in Steyr, Fachgruppenvertreter-Stv. Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie
- Dr. Johannes Föchterle, Facharzt für Innere Medizin mit Kassenpraxis in Linz, Fachgruppenvertreter Internistische Sonderfächer
- OMR Dr. Johannes Neuhofer, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit Kassenpraxis in Linz, Vizepräsident und Fachgruppenvertreter Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Dr. Paul Niederberger, Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie mit Kassenpraxis in Traun, Fachgruppenvertreter Augenheilkunde und Optometrie
- Dr. Erwin Rebhandl, Allgemeinmediziner mit Kassen-Gruppenpraxis in Haslach an der Mühl
- MR Dr. Wolfgang Ziegler, Allgemeinmediziner mit Kassenpraxis in Kremsmünster, Kurienobmann-Stv. Niedergelassene Ärzte

In der Gruppe fanden sich somit zwei Vertreter der Allgemeinmedizin, drei Vertreter von Fächern mit eher hohem Privatpatientenaufkommen (Haut, Augen, Allgemeinchirurgie) und ein Vertreter eines Faches mit typischerweise eher geringen Privatpatientenfrequenzen (Innere Medizin, Gastroenterologie), da hier viele multimorbide und chronisch kranke Patienten betreut werden, bei denen die häufigen Besuche beim Wahlarzt schnell zu teuer werden.

Die Moderation der Fokusgruppe übernahm Frau Mag. Weißengruber-Auer vom Ärztlichen Qualitätszentrum und führte mit Hilfe eines Perspektiven-Modells durch den Abend.

3.1. Blitzlicht

Zu Beginn der Veranstaltung wurde die Meinung der anwesenden Ärzte zum Thema in einem kurzen Blitzlicht erhoben, ohne zuvor darüber gesprochen zu haben. Die Teilnehmer sollten ihr stärkstes Argument aufschreiben, das für bzw. gegen eine Regelung zur einfachen Behandlung von Privatpatienten beim Kassenarzt spricht. Das Ergebnis dieser Runde zeigte die klare Zustimmung aller teilnehmenden Ärzte zur Aufhebung der strikten Trennung zwischen Privat- und Kassenmedizin. Man könne sich dann auch einmal mehr Zeit für den Patienten nehmen, sein Leistungsangebot optimieren und zusätzliche Einkünfte erwirtschaften, so die Mediziner. Das diskutierte Modell sahen die Ärzte als dreifache Win-win-Situation, ohne das „die Kassenmedizin sterben wird“. Auch für das Gesundheitswesen wurden Vorteile aufgezeigt: Die Zahl der Wahlärzte nahm in den letzten Jahren immer mehr zu, wohingegen sich die Zahl der Kassenärzte rückläufig entwickelte und es dadurch im vertragsärztlichen Bereich bereits jetzt einen Mangel gibt – ein Problem, das sich durch den Vorschlag lösen würde. Als Nachteil führten die Ärzte hingegen an, dass die Privatmedizin natürlich nicht für alle Patienten leistbar sei und die Gefahr bestehe, dass einzelne Ärzte die vertragsärztliche Tätigkeit hinter die privatärztliche anstellen, sollten keine dement-sprechenden Regelungen getroffen werden.

Aus dieser Sorge heraus ergab sich in der Gruppe sofort eine ethische Diskussion, die den Patienten und seine Bedürfnisse in den Mittelpunkt rückte: „Es braucht klare Regeln, die missbräuchliches Verhalten von vornherein ausschließen“, machte sich Dr. Rebhandl Gedanken um das Wohl des Kassenpatienten. Einhellig stimmten die Teilnehmer zu, dass der Kassenpatient durch die Möglichkeit zur verstärkten Behandlung von Privatpatienten auf keinen Fall schlechter gestellt werden dürfe als bisher. Es wurde aber auch betont, dass wohl nur wenige schwarze Schafe ihre Kassenpatienten zu Gunsten von Privatpatienten benachteiligen würden. Dr. Adamer stellte in der angeregten Diskussion um das Wohl des Patienten fest: „Es ehrt Ärzte doch wirklich ein bisschen, dass sie sich auch bei einem solchen Thema zuerst und vor allen anderen Fragen um das Wohl des Patienten sorgen, und es ist für mich auch bezeichnend für unsere Berufsgruppe. Allerdings sollten wir uns auch vor Augen halten, dass es absolut legitim ist, auch das wirtschaftliche Überleben der Praxis mitzudenken. Das ist bei anderen Berufsgruppen, etwa bei Zahnärzten oder Rechtsanwälten, auch nicht unmoralisch, sondern üblich und allgemein akzeptiert.“

Anschließend wurden den Teilnehmern die fünf Perspektiven präsentiert, aus denen die Möglichkeit zur verstärkten Versorgung von Privatpatienten in Kassenordinationen betrachtet werden sollte. Diese sind im Folgenden zusammengefasst dargestellt.

3.2. Patientenperspektive

Dr. Ziegler betonte zu Beginn, dass es in vielen Bereichen zwei Klassen gebe – etwa auch in staatlichen Betrieben wie der ÖBB. Es ist jedem klar, dass man, wenn man mehr Luxus beim Reisen haben möchte, dafür auch mehr bezahlen muss. Die Fahrgäste der beiden Klassen reisen gleich sicher, nur eben unterschiedlich bequem. So ist das im Prinzip auch in der Medizin: gleiche Qualität mit unterschiedlichem Komfort. In der Sonderklasse im Spital ist das traditionell so und es ist ein offenes Geheimnis, dass der Privatbereich in den öffentlichen Krankenhäusern die allgemeine Klasse mitfinanziert. Nur so sind hochmoderne, medizinische Geräte und topqualifizierte Ärzte leistbar. Dr. Adamer stellte die Frage in den Raum, warum es eigentlich keine Zwei-Klassen-Medizin im niedergelassenen Bereich geben dürfe, wo wir sie doch bereits hätten. Denn der Wahlartzsektor wird bekanntlich immer größer. Natürlich muss der Kassenarzt aber auch im vorgeschlagenen Modell immer seinen vertraglichen Verpflichtungen nachkommen. Dr. Niederberger betonte, dass ihm schon klar sei, dass der Vertragsarzt eine heikle Schnittstelle zwischen privat finanzierter Medizin und der von der Sozialversicherung finanzierten Medizin darstelle: „Klar ist, wie schon in der Eingangsdiskussion erwähnt, dass durch die erweiterte Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten dem Kassenpatienten im Vergleich zur jetzigen Situation kein Nachteil erwachsen darf“, fügte der Augenarzt noch hinzu. Zu diesem Zweck schlug er vor, dass während der einzelvertraglich festgelegten Öffnungszeiten keine Privatpatienten behandelt werden dürfen. „Im Einzelvertrag zwischen dem Vertragsarzt und der OÖGKK ist im §2 vereinbart, für wen, wofür, wo und wann die vertragsärztliche Tätigkeit erfolgt. Aber außerhalb dieser definierten Vereinbarung soll der Arzt nicht vertragsärztlich tätig werden können“, meinte Dr. Niederberger. Man kann den Vertragsärzten nicht unterstellen, sich mit dieser Möglichkeit nur einen finanziellen Vorteil verschaffen zu wollen. Dann müsste man den Wahlärzten dies generell vorwerfen.

Dr. Neuhofer sprach darauf an, dass dem Patienten auf jeden Fall genau vermittelt werden muss, welche Leistungen von der Krankenkasse bezahlt werden und was privat zu zahlen ist. „Der Patient muss dann selber entscheiden können, was er haben möchte – den VW oder den Porsche“, meinte der Dermatologe. Dr. Föchterle ergänzte, dass der Patient dringend auch über die Höhe der Kosten einer privaten Behandlung informiert werden muss und es im Idealfall auch unterschreiben soll. So kann man sich später Streitigkeiten bei der Bezahlung sparen.

Die erweiterte Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten hilft außerdem bei der klaren Trennung von Kassenleistungen und Privatleistungen gegenüber

dem Patienten. Der Graubereich wird dadurch verringert, denn der Patient weiß dann, dass auch in der Kassenordination nicht alle Leistungen kostenlos konsumiert werden können. „Es kann so einfacher vermittelt werden, dass medizinisch unnötige Leistungen selber zu bezahlen sind. Als Beispiel ist hier etwa die Erhebung von zusätzlichen Blutwerten zu nennen, die vom Patienten z.B. für eine bestimmte Diät ausdrücklich gewünscht werden“, erklärte Dr. Ziegler.

Die Ärzte waren sich sicher, dass viele Patienten gerne privat zum Kassenarzt gehen würden. „Kassenärzte verfügen über einen hohen Erfahrungsschatz und viel Routine, nur die Zeit fehlt ihnen“, meinte Dr. Neuhofer. Dr. Föchterle berichtete sogar über Fälle, in denen ihn bereits in der Vergangenheit Kassenpatienten aktiv angesprochen hätten, ob sie einen Privattermin haben könnten. Vorteile für die Patienten wären z.B. ein Termin außerhalb der normalen Öffnungszeiten (z.B. abends oder am Samstag), ein Wunschtermin oder ein früherer Termin. Beim langjährigen Kassenarzt wahrgenommene Privattermine hätten auch den Vorteil, dass der Mediziner den Patienten, seine Krankengeschichte und sein soziales Umfeld bereits kennt. Es muss dann nicht alles von vorne erzählt werden und durchgeführte Untersuchungen, Medikationen und gestellte Diagnosen liegen bereits vor. Wegen dieser Vorteile war Dr. Ziegler der Meinung, dass die Patienten von selber auf die Kassenärzte zukommen werden, sobald die Möglichkeit eines Privattermins besteht und bekannt wird. Im Falle einer Umsetzung der Option werden Kassenärzte Privattermine wohl kaum progressiv anbieten oder sogar bewerben müssen, zeigte sich der Hausarzt überzeugt. Zudem werden Zusatzversicherungen auch für den niedergelassenen Bereich immer mehr zur Normalität und das Volumen an privat in Anspruch genommenen Leistungen steigt daher an.

Ein weiteres Problem ließe sich mit dem diskutierten Vorschlag abschwächen: Dr. Ziegler schilderte, dass durch den wachsenden Wahlarztsektor die tägliche Arbeit für den Kassenarzt immer herausfordernder wird. Denn es bleiben immer mehr „schwierige“ Patienten übrig, die multimorbid oder chronisch krank sind, also zu den komplexen Fällen zählen. Zudem kommen dann noch Patienten, die sich mit der Verständigung schwer tun, einen Migrationshintergrund aufweisen oder sozial schwach sind. „Dieses zunehmend schwierige Arbeiten macht den Beruf des Kassenarztes natürlich nicht attraktiver“, sagte Dr. Ziegler.

Kassenpatienten können jedenfalls von den Privatpatienten in der Praxis profitieren, denn das zusätzliche Einkommen ermöglicht eine moderne Einrichtung, eine hochwertige Geräteausstattung und die Finanzierung von Zusatzausbildungen, die vom Kassenpatient mitgenutzt werden könnten. Bei alledem dürfe man aber nicht vergessen, dass das allgemeine Versorgungsniveau für die Kassenpatienten hoch bleiben muss, erinnerte Dr. Neuhofer. Allerdings muss es

auch adäquat bezahlt werden. Es ist jedenfalls legitim und vertretbar, wenn sich manche Patienten, trotz des hervorragenden Leistungsniveaus der Kassen, noch etwas mehr wünschen und diesen Zusatzservice dann privat bezahlen. „Patienten wünschen und fordern zunehmend mehr als die vertraglich verpflichtenden, ausreichenden, zweckmäßigen und das Maß des Notwendigen nicht überschreitenden Leistungen und sind bereit, dafür bewusst und selbstbestimmt zu zahlen. Dass die Krankenversicherungen diese Mehrleistungen nicht honorieren können, wollen und dürfen, ist unbestritten ökonomisch sinnvoll. Das gilt sowohl für den stationären als auch für den niedergelassenen Bereich“, meinte Dr. Niederberger.

3.3. Fachliche Perspektive

Die Option zur ausgedehnteren Behandlung von Privatpatienten bringt auch einige fachliche Anreize für Kassenärzte mit sich. Zum Beispiel würden oft auch Fachärzte aus dem Spital gerne einen Kassenvertrag als Hausarzt übernehmen, wenn sie die Kompetenzen aus ihrem Fachbereich auch weiterhin ausüben könnten. Dr. Adamer brachte dazu das Beispiel eines Lungenfacharztes: „Als Hausarzt darf er seine zusätzlichen Kenntnisse als Lungenarzt derzeit nicht wirtschaftlich verwertbar anwenden, also speziell lungenfachärztlich zusätzlich arbeiten – auf privater Basis ginge das natürlich schon. Das Modell zur Verschränkung von Kassen- und Privatmedizin würde hier also zu einer quantitativen und qualitativen Ausweitung der Leistungen führen.“ Dr. Ziegler nannte zu diesem Thema noch das Beispiel einer Kinderärztin, die jetzt als Allgemeinmedizinerin arbeitet und deshalb keine pädiatrischen Leistungen mehr erbringen darf. „Und das, obwohl beides Mangelfächer sind“, erklärte der Hausarzt das Dilemma. Bei der derzeitigen Regelung geht es um die Kontrolle der Konkurrenzsituation, da die Ausübung eines Zusatzfaches durch einen Kassenarzt den Stellenplan durcheinanderbringen würde. Privat ist die Ausübung eines zweiten Faches natürlich trotzdem möglich.

Zusätzliche Ausbildungen von Ärzten werden in vielen Fällen von der Kasse nicht bezahlt, wie etwa Ultraschalluntersuchungen beim Hausarzt. Gerade viele junge Allgemeinmediziner würden solche Leistungen aber gerne erbringen und besitzen auch die dafür erforderliche Ausbildung. „Das würde den Beruf interessanter machen und ihn auch fachlich aufwerten“, zeigte sich Dr. Rebhandl überzeugt. Andere Zusatzausbildungen werden von den Kassen nicht angemessen bezahlt. „Da fällt meiner Meinung nach zum Beispiel die Psychosomatik darunter, weil die Tarife für besonders lange und ausführliche Gespräche einfach so derart bescheiden sind. In der Konsequenz wird diese spezielle Leistung ein-

fach nicht angeboten, mitunter auch bei jenen Kollegen, die dazu befähigt und berechtigt wären“, klärte Dr. Adamer auf. Privat könnten dann Gespräche zum Thema Psychosomatik angeboten werden, wenn es jemand wünscht. „Benachteiligt wird dadurch jedenfalls kein Kassenpatient, denn ob eine Position einfach gar nicht angeboten wird oder nur privat, macht für den, der es sich nicht leisten kann, leider primär keinen Unterschied“, sagte der Chirurg. Wenn sich die Krankenkasse diese Leistung dann auch für ihre Versicherten wünscht und im notwendigen Umfang zur Verfügung stellen möchte, dann müsse sie diese eben adäquat abgelten, so der O-Ton.

3.4. Organisatorische Perspektive

Organisatorisch sahen die Ärzte in der Fokusgruppe kein Problem mit der Behandlung von Kassenpatienten und Privatpatienten in derselben Ordination. Die Behandlungszeiten der beiden Gruppen müsse man natürlich trennen, um die vertraglich vereinbarten Kassenöffnungszeiten sicher erbringen zu können. „Anderenfalls könnte es zu einer Erweiterung der vertraglichen Öffnungszeiten durch die Kassen kommen“, betonte Dr. Niederberger. Natürlich erbringen derzeit die meisten Kassenärzte viel mehr als die vertraglich vereinbarten Öffnungszeiten, um allen Kassenpatienten, die im Wartezimmer sitzen, auch noch eine Behandlung zukommen zu lassen. Das bedeutet in vielen Fällen, dass die Ordination tatsächlich erst Stunden nach den offiziellen Praxiszeiten schließt.

Eventuell muss man für die organisatorische Abwicklung der Terminvergabe für Privatpatienten eine eigene Telefonnummer zur Verfügung stellen, denn das Telefon sei jetzt schon dauernd besetzt. Der Internist Dr. Föchterle meinte, dass es in seiner Praxis auf keinen Fall anders ginge, denn bereits jetzt müsse er die Möglichkeit zur Terminvereinbarung zeitlich stark einschränken und die Leitung sei dann ständig besetzt. Zudem wurde auch überlegt, ob ein vermehrtes Aufkommen von Privatpatienten zu einem erhöhten Verrechnungsaufwand führen könnte. Dr. Neuhofer schätzte den zusätzlichen Aufwand als eher gering ein, da heute bereits einige Leistungen privat bezahlt werden und es auch eine getrennte Abrechnung der verschiedenen Kassen gibt. Es läuft also auch derzeit nicht alles über ein Abrechnungsschema und es muss administrativ ohnehin schon zwischen verschiedenen Patientengruppen unterschieden werden.

3.5. Wirtschaftliche Perspektive

Dr. Niederberger legte in Bezug auf die wirtschaftliche Perspektive seinen Standpunkt sehr klar dar: „Kassenleistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. So ist es rechtlich festgelegt und ich verstehe auch, dass die Kassen für darüber hinausgehende Leistungen nicht aufkommen wollen, denn es ist nicht ihr gesetzlicher Auftrag. Über dieses Maß hinaus muss der Patient selber bezahlen.“

Limitierungen, wenn auch indirekt über das Quartalssummenlimit, stellen ein großes Problem in Kassenpraxen dar. In diesen Fällen finanziert die Kasse Leistungen nur bis zum Erreichen des Honorarsummenlimits zu einem vertretbaren und machbaren Tarif. „Habe ich als Arzt diese Punkte in der Vorausplanung absehbar erreicht, z.B. bestimmte Untersuchungen für einen bestimmten Zeitraum bereits an Patienten durch Terminvergabe verteilt, dann kann ich dafür keine weiteren Termine mehr vergeben. Eine Koloskopie etwa ist nach Erreichen des Quartalssummenlimits schon aufgrund der Fixkosten, die bei jeder einzelnen Untersuchung anfallen, nicht mehr vernünftig wirtschaftlich abzubilden. Daher kommen auch die derart langen Wartezeiten in diesem Bereich“, erklärte Dr. Adamer. Alles andere wäre wirtschaftlich nicht vertretbar. Privattermine könnte es dann natürlich trotzdem noch geben, wenn die Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten in Kassenpraxen kommt. Der Fall, dass der Patient einen Kassentermin erst wieder in einem halben Jahr bekommt, einen Privattermin hingegen früher, ist de facto ja bereits jetzt eine direkte Folge dieser Limitierungen. Das ethische Dilemma sah Dr. Rebhandl hier aber nicht bei den Ärzten, sondern bei der Kasse: „Die Krankenkasse entscheidet, welche Mengen welcher Leistungen sie einkaufen will. Sind das zu wenige, muss die Kasse eine Mengensteigerung überlegen und nicht von den Ärzten erwarten, dass sie die fehlende Anzahl kostenlos erbringen.“ Innerhalb der Fokusgruppe fand sich der Konsens, dass es in diesem Fall durchaus ethisch vertretbar sei, Privattermine zu vergeben, obwohl keine zeitnahen Kassentermine mehr verfügbar sind. Dr. Adamer warf ergänzend ein, dass jene Patienten, die nicht so lange auf einen Kassentermin warten wollen, ohnehin auch heute schon auf eigene Kosten einen Wahlarzt aufsuchen. „Warum also nicht gleich einen zusätzlich generierten Privattermin beim gleichen Kassenarzt vereinbaren? Das würde real zusätzliche Kapazitäten ermöglichen – was macht das aus ethischer Sicht für ein Problem?“, fragte der Mediziner. Dr. Adamer wies aber gleichzeitig darauf hin, dass darüber diskutiert werden sollte, limitierte Leistungen erst dann privat anzubieten, wenn die Kapazitäten, die die Kasse durch ihren limitierten Tarifrahmen möglich macht, ausgeschöpft sind.

Auf jeden Fall würde die erweiterte Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten in den Kassenpraxen diese auf eine breitere finanzielle Basis stellen, wovon sicher auch die Kassenpatienten profitieren würden. Umgekehrt äußerten die Mediziner aber auch Bedenken, dass die Kassen die verstärkte Behandlung von Privatpatienten in Kassenpraxen dafür nutzen könnten, um das derzeitige Leistungsausmaß zu senken. „Wir müssen aufpassen, dass sich die Kassen nicht sagen ‚Wir können die Honorare jetzt ruhig noch niedriger ansetzen, weil die Kassenärzte das ja mit Privathonoraren wieder ausgleichen‘“, warf Dr. Niederberger ein. Dr. Ziegler sah dafür hingegen zumindest für die kommenden Jahre keine Gefahr, denn solange es derart viele unbesetzte Stellen gebe, würden die Verhandlungen mit den Kassen sicher nicht anders laufen als bisher.

3.6. Perspektive des Gesundheitssystems

Die Auswirkungen der einfachen Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten in Kassenpraxen auf die Versorgungssituation wären nach Einschätzung der Ärzte in der Fokusgruppe durchwegs positiv: „Ich sehe das sogar als dringend notwendige Maßnahme an, um das Kassensystem zu erhalten. Anderenfalls wird es sterben!“, zeichnete Dr. Ziegler ein düsteres Zukunftsbild. Und auch Dr. Neuhofer sagte ganz klar, dass ohne eine Anpassung in diese Richtung viele Kassenärzte ihren Vertrag zurücklegen werden. In der Diskussion legte jeder Teilnehmer dar, dass er persönlich Kollegen kenne, die bereits ganz konkret über eine Vertragskündigung nachdenken. Mit dem Modell der Versorgung von Privatpatienten im Kassenwesen bleiben nicht nur mehr Kassenärzte im System, sondern es werden mehr junge Ärzte zur Übernahme einer Kassenarztstelle motiviert und auch Wahlärzte in die öffentliche Versorgung inkludiert: „Vor allem Wahlärztkollegen in ihren ersten Berufsjahren hätten sicher auch daran Interesse, zusätzlich einen Kassenvertrag abzuschließen.“, meinte Dr. Ziegler. Und auch Dr. Niederberger war sich sicher, dass sich durch die Maßnahme die Größenverhältnisse zwischen wahlärztlichem und kassenärztlichem Sektor wieder zu Gunsten der öffentlichen Versorgung verschieben würden. „Wahlärzte bekämen dadurch eine echte Chance, sich an der Kassenmedizin zu beteiligen, ohne ihr Wahlärztdasein gänzlich aufgeben zu müssen“, sagt der Augenarzt.

Ein weiterer Vorteil für das österreichische Gesundheitssystem, der sich nach Einschätzung der Fokusgruppe ergeben würde, ist eine Verschiebung von Leistungen aus dem stationären Sektor in den niedergelassenen Bereich. Denn wenn die Kapazitäten der Niederlassungen wieder wachsen, dann gibt es eine realistische Chance, dass Leistungen, die ambulant erbracht werden können, auch dort in Anspruch genommen werden. Heute gehen bereits viele Patienten

ins Krankenhaus, weil sie beim Kassenarzt lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen. Letzteres ist für das Gesundheitswesen bekanntlich die teuerste Variante und die Ausweitung der kassenärztlichen Versorgung durch die Verschränkung von kassenärztlichem und wahlärztlichem Bereich birgt damit ein nicht zu vernachlässigendes Einsparungspotential in sich.

4. Zusammenfassung

Die berufliche Zufriedenheit unter Kassenärzten ist deutlich geringer als unter Wahlärzten. Das Interesse an einer unkomplizierten Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten ist unter Kassenärzten hoch, vor allem weil dann auch Spezialisierungen eingesetzt werden könnten, die von der Kasse nicht bezahlt werden. Die Bereitschaft zur Fortführung des Kassenvertrages und zur Übernahme eines Kassenvertrages durch andere Arztgruppen (vor allem durch junge Ärzte) würde sich dadurch erhöhen. Zeitliche Ressourcen und die Bereitschaft, Privatpatienten zu behandeln, wären vorhanden und auch die Kassenpatienten hätten nach Einschätzung der Kassenärzte Interesse, etwa bei spezifischen Gesundheitsproblemen privatärztliche Leistungen bei ihrem Kassenarzt in Anspruch zu nehmen. Der Hauptvorteil für die Patienten wäre, dass der Kassenarzt bei der Privatkonsultation – im Gegensatz zum Wahlarzt – die Krankengeschichte bereits kennt. Durch eine unkomplizierte Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten könnte es nach Meinung der Kassenärzte zwar zu einer Bevorzugung von Privatpatienten kommen, die Versorgungssituation der Kassenpatienten würde sich aber hinsichtlich Kassenarztdichte und Wartezeiten eher verbessern.

Die Ärzte in der Fokusgruppe waren sich einig: Die Zeit für eine engere Verknüpfung zwischen öffentlich und privat im niedergelassenen Bereich ist überreif. „Der Zugang kann entweder über die klare vertragliche Definition, wer wie wo und wann vertragsärztlich und nicht vertragsärztlich tätig ist, oder über eine Abänderung des Gesamtvertrags, z.B. § 10a, erfolgen“ stellte Dr. Niederberger fest. Dr. Föchterle warf die Frage in den Raum, wie lange es wohl noch dauern wird, bis es zur Umsetzung eines solchen Modells kommt. Dr. Ziegler schätzte, dass sich in den nächsten fünf Jahren etwas in diese Richtung bewegen wird. „Der Schuh drückt bereits gewaltig und es gibt schon jetzt einen eklatanten Ärztemangel im Kassenwesen, da muss sich rasch etwas tun!“, zeigte er sich optimistisch. Das Modell der Verschränkung von Privatmedizin und Kassenmedizin im niedergelassenen Bereich wäre laut den Medizinern eine wichtige tragende Säule zur Stabilisierung der allgemeinen ambulanten Gesundheitsversorgung.