

PRESSEKONFERENZ

Thema:

Offene Kassenstellen – offene Fragen

Teilnehmer:

OMR Dr. Edgar Wutscher

Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer, Obmann der Bundeskurie
niedergelassene Ärzte

Prof. Dr. Dietmar Bayer

Stv. Obmann der Bundeskurie niedergelassene Ärzte

Zeit:

Mittwoch, 31. Jänner 2024, 10.00 Uhr

Ort:

Österreichische Ärztekammer

Weihburggasse 10-12, 1. Stock, Saal 3
1010 Wien

Offene Kassenstellen – offene Fragen

Die wohnortnahe Versorgung durch niedergelassene Kassenärztinnen und Kassenärzte weist Lücken auf. Die bloße Subvention von zusätzlichen Kassenstellen alleine ist keine nachhaltige Lösung, betont die Österreichische Ärztekammer.

Zahlreiche Kassenstellen sind nach wie vor unbesetzt, besonders in der Allgemeinmedizin und in den Fächern Kinder- und Jugendheilkunde, Gynäkologie und Dermatologie fehlen Ärztinnen und Ärzte in der öffentlichen Versorgung. „Diese offenen Kassenstellen lassen sich auch nicht durch die Interessentenzahl an den 100 vom Bund subventionierten, zusätzlichen Kassenstellen ignorieren“, sagt Edgar Wutscher, Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer und Bundeskurienobmann der niedergelassenen Ärzte. Mit diesen zusätzlichen Kassenstellen seien jetzt insgesamt etwas weniger als 400 Kassenstellen zu besetzen. Geht es nach dem „Österreich-Plan“, der jüngst von Bundeskanzler Karl Nehammer vorgestellt wurde, sollen zu den 100 noch weitere 700 neue Kassenstellen dazu kommen: „Grundsätzlich begrüßen wir die Schaffung neuer Kassenstellen, die wir als Österreichische Ärztekammer auch immer wieder gefordert haben“, sagt Wutscher. Die alleinige Ansage, neue Kassenstellen zu schaffen, führe jedoch zu keiner notwendigen Veränderung: „Eine nachhaltige Lösung der Versorgungsproblematik im öffentlichen, niedergelassenen Bereich benötigt ein ganzes Bündel an strukturellen Maßnahmen“, betont Wutscher.

Wie die derzeit 100 zusätzlichen Stellen angeht, verweist Wutscher darauf, dass hier zu unterscheiden sei zwischen „Interessent“ und „Bewerber“: „Bis dato konnte man auf einer Online-Plattform sein Interesse an einer der subventionierten Kassenstelle kundtun – aber das ist noch keine Bewerbung“, sagt er. Die relevante Frage sei dann, welche dieser Interessenten sich schlussendlich für eine Kassenstelle bewerben könne, also das medizinische Fach habe, das gesucht werde und auch in der Region arbeiten würde, wo gesucht werde. Natürlich sei es grundsätzlich positiv, dass Interesse an einer dieser zusätzlichen Kassenstellen bestehe – aber diese subventionierten Bundes-Kassenstellen würden auch viele Fragen aufwerfen:

- Was geschieht mit den anderen offenen Kassenstellen? Werden diese ebenso mit bis zu 100.000 Euro Startbonus gefördert?
- Nach welchen Kriterien wird der Startbonus vergeben, wie erfolgt die Entscheidung, ob jemand die vollen 100.000 Euro erhält oder weniger?
- Wie geht es 2025 mit diesen subventionierten Kassenstellen weiter? Werden diese in die Regelfinanzierung der Krankenkassen übernommen? Wie erfolgt die langfristige Finanzierung?
- Wie erfolgt die Vergabe bei den 100 zusätzlichen Kassenstellen? Gelten hier dann die gleichen Reihungskriterien wie die bislang gültigen bei der Ärztekammer?
- Kann sich ein Arzt jetzt auf zwei Listen für eine Kassenstelle bewerben? Gibt es neben der regulären Bewerberliste für eine offene Kassenstelle eine parallel geführte Bewerberliste für die geförderten Kassenstellen?

Bis heute würden leider Details fehlen, wie die Umsetzung genau erfolgen solle, sagt Wutscher. Grundsätzlich entstehe jedoch durch die Förderung von bestimmten Kassenstellen eine Schieflage: „Während also ein Gynäkologe für die Übernahme einer Kassenordination bis zu 100.000 Euro Startbonus erhält, erhält ein anderer Gynäkologe, der über die Bewerberliste der Ärztekammer zu einer Kassenstelle kommt, keine Unterstützung – das führt natürlich zu einer Ungleichbehandlung“, sagt Wutscher. Es habe bereits die Situation gegeben, dass Bewerbungen zurückgenommen wurden, weil Bewerber jetzt spekulieren würden, eine

geförderte Kassenstelle stattdessen zu erhalten: „Diese Situation sollte schnellstmöglich geklärt werden“, sagt Wutscher. Daher fordere er, dass der Startbonus auf alle offenen Kassenstellen ausgebaut werden solle – und zwar über alle medizinischen Fächer.

Einheitlicher Leistungskatalog

Der Startbonus sei ein Faktor, der kurzfristig helfe, Bewerber für offene Kassenstellen zu finden. Allerdings: „Das allein wird keine nachhaltige Lösung bringen, denn dafür müssen die Arbeitsbedingungen langfristig verändert werden“, sagt Wutscher. Dazu gehöre auch, die kassenärztlichen Leistungen zu modernisieren. Die Bundeskurie niedergelassene Ärzte hat bereits vor Jahren einen einheitlichen Leistungskatalog, in Absprache und enger Zusammenarbeit mit den Bundesfachgruppen, entwickelt. „Nach unserer Präsentation des Leistungskataloges hat es eineinhalb Jahre gedauert, bis überhaupt eine Reaktion seitens der ÖGK gekommen ist“, sagt Wutscher. Die Bundeskurie sei bereit, jederzeit mit der ÖGK die Verhandlungen zu beginnen: „Natürlich wäre uns eine Umsetzung lieber heute als morgen recht. Es ist in einer modernen Kassenmedizin nicht vertretbar, dass Patienten bundeslandabhängig unterschiedliche Leistungen erhalten“, betont Wutscher. Moderne Leistungen und eine leistungsbezogene Honorierung ohne Limits und Degressionen würde das Kassensystem nicht nur wieder attraktiver für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte machen, sondern auch die wohnortnahe Versorgung stärken und die Spitäler entlasten.

Vorbild sei hier der jüngste Abschluss mit der Sozialversicherung der Selbstständigen (SVS). Neben einer Honorarerhöhung über viele Leistungen wurden zusätzliche Leistungen aufgenommen, darunter etwa die First-Line-Sonographie bei Allgemeinmedizinern, die Osteoporosemessung oder auch die Tumornachsorge bei malignen Hauterkrankungen. Darüber hinaus wird die Vorsorgemedizin weiterhin ausgebaut: „Dieses mit der SVS geschaffene Gesamtpaket ist innovativ, enthält neue Leistungen und geht mit dem Vorsorgeswerpunkt auch mit der Zeit“, fasst Wutscher zusammen: „Das Verhandlungsergebnis kommt der Gesundheit der Patientinnen und Patienten sehr zugute, daher bleibt zu hoffen, dass diese integrierten modernen Leistungen auch Vorbildwirkung für den Abschluss mit anderen Krankenkassen haben werden.“

Altersgrenze für Kassenverträge

In Zeiten, in denen so viel Bedarf an Kassenärztinnen und Kassenärzten bestehe, solle auch die Altersgrenze für Kassenverträge fallen, ergänzt Dietmar Bayer, stellvertretender Obmann der Bundeskurie niedergelassene Ärzte. Die Österreichische Ärztekammer setze hier auf Freiwilligkeit: wer länger arbeiten möchte, solle das können. Unter der Voraussetzung, dass es keinen Nachfolger für die Kassenordination gebe: „Sobald es jemanden gibt, der die Kassenordination übernimmt, ist klar, dass die Stelle selbstverständlich dem Nachfolger überlassen wird“, sagt Bayer. Der ursprüngliche Vorstoß ist von Seiten des Seniorenbundes gekommen, die Altersgrenze von 70 Jahren für Kassenverträge abzuschaffen: „Auf Ärztinnen und Ärzte zu verzichten, die sich in höherem Alter noch fit fühlen, ihre Arbeit als Kassenärzte fortzusetzen, bis es einen Nachfolger gibt, können wir uns aktuell bei der prekären Versorgungssituation nicht leisten“, betont Bayer. Immerhin helfe jede Kassenstelle, die man besetzt halten könne. Es gebe großes Interesse unter den Kolleginnen und Kollegen, auch über die Altersgrenze von 70 Jahren hinaus kassenärztlich tätig zu sein: „Warum sollte man es ablehnen, wenn sich jemand freiwillig bereit erklärt, noch weiterzuarbeiten und mitzuhelfen, die Versorgung in seinem unmittelbaren Umfeld abzusichern?“, fragt sich Bayer. Die Aufhebung der Altersbeschränkung brächte noch weitere Vorteile für alle Beteiligten. „Wir verlieren mit jeder Pensionierung einen riesigen Erfahrungsschatz. Wenn dieser noch länger den Patientinnen und Patienten sowie - etwa im Rahmen einer Gruppenpraxis - den jungen Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung stünde, könnten viele davon profitieren“, betont Bayer.

Es sei aber klar, dass die Aufhebung der Altersgrenze zwar kurzfristig helfe, aber keine nachhaltige Lösung für den Kassenbereich sein kann: „Grundlegende Verbesserungen wie die Flexibilisierung des Kassenvertrages, der Abbau der Bürokratie, die Abschaffung von leistungsfeindlichen Hemmnissen wie Limitierungen und Degressionen sind neben dem einheitlichen Leistungskatalog nötig, um die Situation nachhaltig zu verbessern“, sagt Bayer.

Überrascht zeigt sich Bayer über die Begründung, warum der Gesundheitsminister die Altersgrenze nicht abschaffen möchte. Argumentiert habe er nämlich, dass bei Unterversorgung ohnehin Ausnahmen möglich seien und dass Kassenärzte ja als Wahlärzte weiterarbeiten könnten: „Derselbe Minister möchte die Zahl der Wahlärzte aber reduzieren und gleichzeitig fördert die Regierung Neugründungen mit bis zu 100.000 Euro“, kritisiert Bayer: „Gleichzeitig fördert er aber keine engagierten Kassenärztinnen und Kassenärzte - das passt nicht zusammen.“ Die Altersgrenze sei sinnvoll, wenn es genügend Kassenärztinnen und Kassenärzte gebe: „Aber in aktuellen Zeiten ist dieses Gesetz unzeitgemäß und muss an die neuen Umstände angepasst werden“, sagt Bayer.

Keine Verpflichtungen, sondern Förderungen

Überhaupt müsse das System flexibler werden. Anstatt Anreize zu schaffen und die Kassenmedizin zu fördern, gebe es immer wieder Tendenzen, Wahlärzte zu verpflichten: „Das ist die falsche Richtung“, ist Bayer überzeugt: „Die Bedingungen für ein System zu verschlechtern, mit Zwängen und Verpflichtungen zu drohen, wird die Ärztinnen und Ärzte nicht verstärkt in die Kassenmedizin bringen – dafür benötigt es bessere Arbeitsbedingungen“, ist er überzeugt. Umfragen hätten gezeigt, dass Wahlärzte grundsätzlich in einen Kassenvertrag wechseln würden: „Sie möchten im öffentlichen Gesundheitssystem tätig sein, aber unter anderen Bedingungen als die derzeitigen“, sagt Bayer. Für Wahlärzte würde sich ab 2026 einiges ändern: Laut der im Dezember beschlossene Gesundheitsreform sollen diese dann an das e-Card-System angebunden sein und das e-Rezept verwenden: „Hier ist es wichtig, dass wir auch in der Umsetzung eingebunden sind, um die Vorstellungen der Wahlärzte mit einfließen zu lassen“, sagt Bayer.

Was die Förderungen in der Kassenmedizin angehe, sei grundsätzlich zu begrüßen, dass Österreich nun die EU-Förderung der Primärversorgung weiter geöffnet habe. Die EU stellt im Rahmen des österreichischen Aufbau- und Resilienzplans 2020-2026 100 Millionen Euro für die „Attraktivierung und Förderung der Primärversorgung“ zur Verfügung. Bislang konnte diese Förderung nur für Primärversorgungseinheiten beantragt werden: „Wir haben immer wieder betont, dass die Primärversorgung nicht nur in Primärversorgungseinheiten geschehe und dass sie daher geöffnet werden müsse – das ist jetzt geschehen“, sagt Bayer. Seit Jänner können nun auch Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin sowie für Kinder- und Jugendheilkunde eine Förderung beantragen. Voraussetzungen sind eine wöchentliche Mindestöffnungszeit von 40 Stunden, die Einbindung von diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in der Ordination, das Angebot von Hausbesuchen sowie die Teilnahme an Disease-Management-Programmen. Gefördert werden können vor allem Kosten für den Neu-, Um- und Ausbau von Gruppenpraxen sowie die Kosten für medizinische Ausstattung: „Das ist ein Teilerfolg, denn natürlich wäre es ideal, wenn auch Einzelordinationen auf diesen Topf zur Förderung der Primärversorgung zugreifen könnten“, sagt Bayer. Aber auch hier stelle sich die Frage, was nach Auslaufen der Förderung geschehe: „Hier braucht es Planungssicherheit“, sagt Bayer.

Zusammenfassend fordert die ÖÄK folgende Maßnahmen zur Förderung der Kassenmedizin:

- Keine Parallelstruktur von geförderten Kassenstellen vs. nicht geförderten – Startbonus für alle offene Kassenstellen, klare Umsetzungsrichtlinien

- Moderne kassenärztliche Leistungen, an die aktuellen Möglichkeiten in der Niederlassung angepasst, keine Limitierungen und Degressionen
- Umsetzung des einheitlichen Leistungskatalogs
- Abschaffung der Altersgrenze für Kassenstellen unter bestimmten Umständen
- Keine Verpflichtung von Wahlärzten, sondern Förderung der Kassenmedizin
- Klare Regelung bei Auslaufen von Förderungen in der Primärversorgung