



**Meine Gemeinde,
meine Ärztin,
mein Arzt**

Ärztliche Hausapotheken – ein Gewinn für alle

Wer eine Ärztin oder einen Arzt mit Hausapotheke hat, kann sich gar nichts anderes mehr vorstellen. Wen wundert's? Patientinnen und Patienten erhalten ihre Medikamente in der Ordination und brauchen sich um



sonst nichts mehr zu kümmern. Mehr Hausapotheken bedeuten mehr Service, mehr Lebensqualität, mehr Umweltschutz durch weniger unnötige Wege und eine Stärkung des ländlichen Raumes. Denn die Möglichkeit einer Hausapotheke ist ein klarer Vorteil, wenn es um die Neubesetzung einer Kassenstelle geht. Und gerade der niedergelassene Bereich braucht aktuell dringend Impulse zur Verbesserung – das ist im Interesse aller. Was im Spital die Anstaltsapotheke ist, ist die Hausapotheke für den niedergelassenen Arzt.

Die hier vorliegende Sammlung an den aktuellsten Texten rund um das Thema ärztliche Hausapotheken bietet nicht nur einen ausgezeichneten Überblick, sondern dient auch als fundiertes Argumentarium für die Stärkung der ärztlichen Hausapotheken, von der alle profitieren würden.

MR Dr. Silvester Hutgrabner

Leiter des Referates Hausapotheken und Medikamentenangelegenheiten in der Österreichischen Ärztekammer

IMPRESSUM: Medieninhaber und Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH-Gesellschaft für Medienproduktion und Kommunikationsberatung GmbH, 1010 Wien, Nibelungengasse 13; Herausgeber: Österreichische Ärztekammer; Hersteller: Druckerei Berger, Ferdinand Berger & Söhne Ges.m.b.H., A-3580 Horn, Wienerstraße 80, Copyright U1, U4: Getty Images

„Aus einer Hand“

Der Allgemeinmediziner und Orthopäde **Andreas Barnath** spricht im Interview mit Sophie Niedenzu über die Kassenarztordination am Land, die Rolle der ärztlichen Hausapotheken in der betriebswirtschaftlichen Kalkulation und wie durch eine Änderung im Apothekengesetz das Besetzungsproblem von Kassenpraxen gelöst werden kann.

Sie betreiben eine allgemeinmedizinische Kassenarztordination in Oberwölbling – wie sind Sie zu dieser Kassenstelle gekommen? Ich betreibe seit Juli 2007 eine Kassenordination für Allgemeinmedizin mit einer ärztlichen Hausapotheke in Oberwölbling im Bezirk St. Pölten-Land zwischen St. Pölten und Krems. Die Stelle wurde damals bereits ein Jahr vor der möglichen Übernahme ausgeschrieben. Ich konnte mich daher sehr gut auf die Bewerbung vorbereiten und mich auch über die Gemeinde, die ich schon von zahlreichen Heurigenbesuchen kannte, genauer informieren. Der damalige Bürgermeister war sehr hilfsbereit und interessiert, dass eine kontinuierliche medizinische Betreuung für die Bevölkerung gewährleistet bleibt. Da ein neuer Ordinationsstandort notwendig war, habe ich mich mit einem Neubau im Ortszentrum beim Hearing in der NÖGKK präsentiert und dann auch den Zuschlag bekommen. Zu diesem Zeitpunkt absolvierte ich noch meine Facharztausbildung für Orthopädie im LKH St. Pölten, die ich Ende 2007 mit der Facharztprüfung abschließen konnte. Der Neubau startete wenige Wochen nach dem Hearing und konnte pünktlich zum Ordinationsstart im Juli 2007 fertiggestellt werden.

Welche Rolle spielt eine ärztliche Hausapotheke in einem ländlichen Gebiet wie Oberwölbling? Die medikamentöse Versorgung durch eine ärztliche Hausapotheke ist ein Glücksfall für die Patienten. Speziell im ländlichen Raum kommt es durch die Versorgung an einem Ort zu keinen Verzögerungen beim Thera-

piestart. Es werden unnötige Wege vermieden und nicht nur Zeit, sondern auch Geld gespart. Gerade in den letzten Monaten hat sich durch die Lieferengpässe mancher Wirkstoffe der Vorteil einer Versorgung aus einer Hand bewährt, da ich als Hausapotheker auch genau über die Liefersituation der Medikamente Bescheid wusste und bei meinen Verschreibungen darauf Rücksicht nehmen und notwendige Änderungen sofort umsetzen konnte. Bei den dadurch notwendigen Medikamentenumstellungen hat sich gezeigt, dass das Vertrauen der Patienten in ihren Hausarzt sehr groß war und zusätzliche Verunsicherungen entkräftet werden konnten.



Andreas Barnath

Inwiefern hat das Betreiben einer ärztlichen Hausapotheke Ihre Entscheidung beeinflusst, die allgemeinmedizinische Praxis zu führen? Da ich vor Beginn meiner Tätigkeit in Oberwöbling wenig über Hausapotheken wusste, spielte sie bei der Bewerbung nur eine untergeordnete Rolle. Ich habe mich davor auch für andere Ordinationen in St. Pölten ohne ärztliche Hausapotheken beworben, kam aber aufgrund der damaligen Niederlassungsrichtlinien dort noch nicht zum Zug. Aus heutiger Sicht, kann ich jedoch sagen, dass es ein relevanter Unterschied in der Betreuung der Patienten aber auch der betriebswirtschaftlichen Kalkulation der Ordination ist, eine ärztliche Hausapotheke zu führen.

Was müsste getan werden, um die Zahl der Kassenärzte (verglichen mit den Wahlärzten) zu erhöhen? Die Arbeit als Kassenarzt unterscheidet sich von der eines Wahlarztes gewaltig. Nicht nur im Faktor Zeit, der das große Plus des Wahlarztes ist, sondern auch in der Patientenfrequenz und der Bewerbung der eigenen Leistungen. Wir Kassenärzte bekommen unsere Patienten frei Haus geliefert, sind durch den Stellenplan abgesichert und daher in der Lage jeden Patienten quasi zu einem Sozialtarif zu behandeln. Der Wahlarzt kann seinen, betriebswirtschaftlich notwendigen, Stundensatz nur durch einen höheren Tarif erreichen und trifft seine Berufswahl genau aus diesen Überlegungen. Die meisten, mir bekannten, Wahlärzte betreiben ihre Ordinationen bewusst neben einem Anstellungsverhältnis und haben nie eine Kassenstelle angestrebt. Der Allgemeinmediziner als Hausarzt ist ein Paradebeispiel für einen Kassenarzt, wogegen Fächer wie Gynäkologie oder Dermatologie ideale Fächer für Wahlärzte sind. Bei den schwer zu besetzenden Kassenstellen gibt es fast immer Hintergrundgeschichten, warum sich kein Bewerber findet. In der Allgemeinmedizin im kleinstädtischen bzw. ländlichen Bereich ist es meist das zu kleine Einzugsgebiet und die fehlende Möglichkeit, eine ärztliche Hausapotheke zu betreiben. Eine Änderung im Apothekengesetz, nämlich der Wegfall der Abstandsregelung zu öffentlichen Apotheken, würde hier in der Sekunde das Besetzungsproblem von Kassenpraxen lösen.

Welche Herausforderungen sehen Sie darin, als Kassenarzt tätig zu sein? Durch den Leistungsrückstau im nieder-

gelassenen Bereich sind die Anforderungen an Kassenärzte deutlich gestiegen und auch die Begehrlichkeiten der Patienten haben zugenommen. Auch haben sich die Primärversorgungszentren nicht als die eierlegende Wollmilchsäue erwiesen, da dort oft nur akute Krankheitsbilder aufschlagen, die betreuungsintensiven chronischen Krankheitsbilder aber nach wie vor in den klassischen Primärversorgungseinheiten, nämlich den Kassenordinationen der Allgemeinmediziner, Hilfe suchen. Dass die Kostenwahrheit nach Wegfall der Anschubfinanzierungen der Primärversorgungszentren zu unseren Gunsten ausfallen wird, traue ich mich heute schon zu behaupten.

Wie kann man die Rahmenbedingungen verbessern? Um die generellen Rahmenbedingungen im öffentlichen Gesundheitssystem zu verbessern muss man endlich aufhören die Leistungen zwischen dem extra- und intramuralen Bereich hin und her zu schieben. Der Knackpunkt für mich ist – sowohl in der allgemeinmedizinischen wie auch in der Facharztpraxis – die komplette Versorgung mit Anamnese, Diagnose und Therapie aus einer Hand an einem Ort zu ermöglichen. Es gibt keinen vernünftigen Grund, warum der gesundheitlich angeschlagene Patient nach dem Arztbesuch noch einen zusätzlichen Weg auf sich nehmen sollte, um seine Medikamente zu bekommen. Das immer wieder ins Spiel gebrachte Vier-Augen-Prinzip bei der Medikamentenabgabe in Apotheken ist eine Augenauswecherei und ein Scheinargument, da jeder Kassenarzt in seiner Praxissoftware ein Interaktionstool eingebaut hat, das sofort alarmiert, wenn relevante Wechselwirkungen möglich sind. Das Umsatzplus durch die Medikamentenabgabe beim Arzt würde auch kleine, betriebswirtschaftlich schwache Ordinationen mit geringem Einzugsgebiet, attraktiver machen und die Besetzungsprobleme vergessen lassen. Die Apotheken der Jetztzeit sind mittlerweile reine Abgabestellen von Kassenmedikamenten und leben eigentlich nur noch vom Drogeriegeschäft und Zusatzverkäufen.

Sie sind auch als Facharzt für Orthopädie mit einer eigenen Kassenpraxis niedergelassen. Wie gut lassen sich beide Ordinationen im Alltag verbinden? Meine Ausbildung zum Facharzt für Orthopädie kommt mir in meiner allgemeinmedizinischen Kassenpraxis sehr zu Gute, da fast fünfzig Prozent der Konsultationen etwas mit dem Bewegungsapparat zu tun haben. Bis auf wenige Ausnahmen sind die meisten orthopädischen Leistungen auch im Honorarkatalog der Allgemeinmedizin enthalten und können daher von jedem Allgemeinmediziner erbracht und abgerechnet werden. Einen eigenen Kassenvertrag als Orthopäde habe ich jedoch nicht. Es war daher auch keine Unterstützung der Krankenkasse nötig. Meine Patienten und die Kassen bekommen daher „Zwei zum Preis von Einem.“ ☺

„Rundum- versorgung wichtig“



Karoline Tauchmann

Die Allgemeinmedizinerin und Internistin, Karoline Tauchmann, spricht im Interview mit Sophie Niedenzu über ihre Hybridtätigkeit als Hausärztin im ländlichen Niederösterreich und als Fachärztin im Spital, über die Patientenversorgung am Land, die Rolle von ärztlichen Hausapotheken und den Wert von Flexibilität bei den Rahmenbedingungen für Kassenärzte.

Sie betreiben eine Kassenordination in Weitra – wie sind Sie zu dieser Kassenstelle gekommen? Ich habe nach meiner Ausbildung zur Allgemeinmedizinerin im Landeskrankenhaus Gmünd die Facharzttausbildung für Innere Medizin gemacht. Während meiner Ausbildungszeit bin ich im Notarztwesen aktiv gewesen. Weiters habe ich aus Interesse verschiedene Kollegen im niedergelassenen Bereich vertreten und so unterschiedliche Ordinationen kennengelernt. Dabei hat mich die Arbeit als Landärztin gefesselt. Es hat sich dann ergeben, dass in meiner Wahlheimat Weitra ein Kollege seinen Vertrag aufgrund von Pensionierung gekündigt hat, sodass ich mich um den Kassenvertrag beworben und auch bekommen habe. Schließlich haben wir uns um ein passendes Grundstück umgeschaut und eine Ordination mit eigenen Mitteln erbaut. Mein Mann und ich waren von der Planung bis zur Fertigstellung des Hauses vor Ort und haben tatkräftig mitgeholfen. Da kann man sich vorstellen, dass da viel Herzblut drinnen steckt. 2012 haben wir dann eröffnet und ich bereue es bis heute keinen einzigen Tag.

Welche Rolle spielt eine ärztliche Hausapotheke in einem ländlichen Gebiet wie Weitra? In Weitra gibt es zwar eine öffentliche Apotheke, die sich natürlich an ihre Öffnungszeiten hält. In einer Kassenordination werden Öffnungszeiten in der Regel überschritten, sodass Patienten auch außerhalb der Öffnungszeit der öffentlichen Apotheke behandelt werden. So kann es sein, dass eine Mutter mit ihrem fiebernden Kind bis zu 20 Kilometer Anfahrt zu mir hat und im schlimmsten Fall weitere 18 km in Kauf nehmen muss, um zu einer entsprechenden Therapie für das Kind zu kommen. Das bedeutet, dass Patienten in einem solchen Fall knapp 80 km Fahrt von zuhause zu mir, dann in die Apotheke und wieder heim auf sich nehmen müssen. Das ist in meinen Augen nicht zeitgemäß und nicht zumutbar. Aber auch während der Mittagszeit müssen sich Patienten oft ein zweites Mal ins Auto setzen, um zu ihren Medikamenten zu kommen. Sie können sich also vorstellen, dass ich eine ärztliche Hausapotheke nur befürworten kann – Patienten würden sich viele unnötige Wege ersparen. Es sollte den Ärzten aber freigestellt sein, ob

sie eine Hausapotheke führen, denn nicht jeder hat die Räumlichkeiten oder das entsprechend geschulte Personal dazu.

Wie ist Ihr persönlicher Bezug zu Hausapotheken? Ich persönlich habe keine Hausapotheke, aber nicht nur aufgrund der oben genannten Punkte wäre es für Patienten ein deutlicher Vorteil, sondern auch hinsichtlich der OTC Produkte, die Patienten rezeptfrei in der Apotheke bekommen. Somit ist für uns Hausärzte nicht verifizierbar, was alles vorhanden ist bzw. eingenommen wird. Viele Patienten glauben nämlich, dass die rezeptfreien Medikamente, die eingenommen werden, nicht so wirksam sind und werden daher von ihnen gar nicht erst genannt. Ein weiteres, sehr aktuelles Problem sind die seit einigen Jahren bestehenden Medikamentenengpässe. So passiert es leider häufig, dass wir Hausärzte ein Präparat aufschreiben und dieses nicht lieferbar oder nicht verfügbar ist. Wenn der Patient nun nach unserer Ordinationszeit eine Apotheke aufsucht, die dann wieder geöffnet hat, kann es passieren, dass die Therapie erst am Folgetag begonnen werden kann, da das rezeptierte Medikament nicht verfügbar ist und der Patient wieder zum Arzt geschickt wird, um ein anderes Präparat aufzuschreiben. Das könnte man mit einer Hausapotheke umgehen, denn da bekommt der Patient das entsprechende Präparat, das unmittelbar eingenommen werden kann. So kann der Heilungsprozess ehestmöglich einsetzen.

Welche Verbesserungen bräuchte es, damit mehr Ärzte im ländlichen Bereich tätig sind, welche Rolle spielt dabei die Hausapotheke? Die Hausapotheke dürfte laut den aktuellen Zahlen zumindest in Niederösterreich eine wichtige Rolle spielen, denn es ist aktuell keine einzige Ordination mit Hausapotheke ausgeschrieben – aber sehr viele Kassenordinationen für Allgemeinmedizin ohne Hausapotheke, davon sehr viele bereits zehnmal erfolglos. Diese Zahlen sprechen in meinen Augen für sich. Ob eine Hausapotheke wirtschaftlich sinnvoll ist, kann ich nicht beurteilen. Das wichtigste aber in meinen Augen ist, dass es eine Rundumversorgung für die Patienten geben könnte. Wie

erwähnt sind 80 km Fahrt für einen Arztbesuch – und dann noch der Weg bis zur Apotheke – in Zeiten wie diesen unzumutbar.

Sie sind sowohl als Kassenärztin, als auch als Spitalsärztin tätig und leiten interimsmäßig die Abteilung für Innere Medizin im Landeskrankenhaus Gmünd – wie ist es dazu gekommen?

Der ehemalige Leiter der Internen Abteilung wollte sich beruflich verändern. Somit wurde die Stelle frei und musste interimistisch besetzt werden. Es gab Gespräche mit der LGA und so sind wir gemeinsam auf die Lösung gekommen. Parallel wird weiter nach einer fixen Lösung gesucht.

Wie ist es dazu gekommen, dass Sie einen Kassenvertrag haben, der mit einer Spitalstätigkeit vereinbar ist? Als ich 2012 den Kassenvertrag angenommen habe, war ich noch 20 Wochenstunden im LK Gmünd angestellt. So wie damals mache ich das heute auch wieder. Meine Tochter ist nicht mehr so klein, daher ist die Unterstützung meiner Familie wieder möglich. In Niederösterreich muss man ein Beschäftigungsausmaß von bis zu 20 Wochenstunden zwar bei der Kammer melden, aber nicht bewilligen lassen. Ein Arbeitsausmaß über 20 Stunden muss von ÖGK und Kammer im Rahmen des Stellenplangesprächs beantragt werden. Somit ist das möglich.

Welche Vorteile sehen Sie in der Kombination der Tätigkeiten in Niederlassung und Spitalsbereich? Die Vorteile, vor allem für die Patienten, aber auch für die junge Generation, die in den Spitälern ausgebildet wird, sind enorm. So können wir für die Patienten eine Nahtstelle zwischen intra- und extramuralem Bereich bieten. Das Arzneimittelbewilligungssystem, an welches sich die Kollegen im extramuralen Bereich halten müssen, geht nicht immer konform mit den gültigen Guidelines oder Empfehlungen von Fachgesellschaften. Mit der Hybridtätigkeit kann man im Vorfeld bereits diese Hürde gar nicht entstehen lassen, indem die erforderlichen Kriterien, welche für eine Bewilligung erforderlich sind, im Arztbrief dokumentiert werden. Damit können niedergelassene Ärzte die Medikation komplikationslos verordnen. Man kann aber auch die junge Generation, größtenteils Teamplayer, abholen und ihnen die Niederlassung und die Möglichkeiten dort vor Augen führen. So können sie sich ein Bild machen und selber entscheiden, welchen Weg sie gehen wollen. Man kann ihnen so auch die Angst vor der Niederlassung nehmen oder es kann auch sein, dass manche bemerken, dass das nicht ihres ist. Somit Win-Win für alle.

Inwiefern würden Sie die Kombination aus Kassenordination und Spitalstätigkeit empfehlen? Es macht ganz einfach Spaß! Ich liebe meinen Job, ich liebe meine Patienten. So kann ich meinen Job ausüben und gleichzeitig bin ich auch regelmäßig in Austausch mit anderen Kollegen und kann davon auch selber sehr profitieren.

Welche Verbesserungen der Rahmenbedingungen bräuchte es um beide Tätigkeiten besser miteinander zu vereinbaren? Man muss es einfach wollen. Die Rahmenbedingungen, welche für mich persönlich optimal sind, müssen für einen anderen nicht optimal sein. Daher bedarf es ganz einfach Flexibilität. ☉

„Von der Wiege bis zur Bahre“



Carmen Berti-Zambanini

Im Interview mit Sophie Niedenzu spricht die Allgemeinmedizinerin und neue Obfrau des Schutzverbandes hausapothekenführender Ärzte, Carmen Berti-Zambanini, über ihre Arbeit als Gemeindeärztin im Bregenzerwald, über Rahmenbedingungen und die Versorgung mit Medikamenten im ländlichen Bereich.

Sie haben seit 2019 eine Ordination mit ärztlicher Hausapotheke in Alberschwende in Vorarlberg. Wie sind Sie zu dieser Stelle gekommen? Ich habe als erste Turnusärztin in Vorarlberg, die verpflichtend in die Allgemeinmedizin musste, in einer Ordination in Alberschwende zu arbeiten angefangen. Der Hintergrund ist der, dass mit Einführung des damals neuen Curriculums die Allgemeinmedizin mit sechs Monaten als Pflichtfach dazugekommen ist – davor war die Wahl für das Fach Allgemeinmedizin freiwillig. Mittlerweile hat sich das ja noch weiterentwickelt und die Dauer, die Ärzte in Ausbildung in der Allgemeinmedizin verbringen, auf neun Monate ausgebaut worden. Der jüngst beschlossene neue Facharzt für Allgemeinmedizin ist ja auch eine Bereicherung und eine große Aufwertung des Faches. In meinem Fall war es dann so, dass ich bereits nach den ersten drei Monaten in der Praxis gefragt wurde, ob ich nicht mit einsteigen wollen würde und mit der Pensionierung meines Kollegen dann die Ordination übernehme. Nach einer kurzen Bedenkzeit habe ich auch zugesagt. Wir haben dann in Folge vier Jahre lang in einem Jobsharing-Modell zusammengearbeitet. Dadurch konnte ich sehr viel lernen, vor allem auch die Abläufe und die Wichtigkeit einer ärztlichen Hausapotheke.

Was zeichnet die Arbeit als Gemeindeärztin im Bregenzerwald aus? Die Ordination ist eine Landarztordination. In dieser Gegend ist die Versorgung der Patienten mit Medikamenten besonders wichtig. Für mich war das damals alles sehr neu, da ich bisher nur im städtischen Bereich gearbeitet habe. Bezüglich der Bewilligung der Hausapotheke hatte ich keine Probleme, diese wurde mir nach Einreichung direkt zugesprochen. Als Gemeindeärztin im ländlichen Bereich sind die Aufgaben sehr vielseitig. Es gibt Bereitschaftsdienste, in denen immer ein

Arzt erreichbar ist, an denen ich auch teilnehme. Besonders wichtig sind in unserem Bereich auch die Hausbesuche, die von den Patienten sehr geschätzt werden. Wir machen fast täglich Hausbesuche. Auch Blutabnahmen werden von uns vor der Ordination durchgeführt, sodass die Patienten nicht so früh – falls eine Abnahme im nüchternen Zustand nötig ist – aus dem Haus müssen. Auch durch die sehr vielen 24-Stunden-Betreuungen ist es nötig, viele Hausbesuche zu machen. Denn für die Pflegerinnen ist es meist nicht möglich, mit dem Patienten in die Ordination zu kommen, weil beispielsweise kein Auto zur Verfügung steht.

Wie verläuft die interdisziplinäre Zusammenarbeit? Das ist ein großer Unterschied zum städtischen Bereich. Wir arbeiten im ländlichen Bereich eng mit den medizinischen Berufsgruppen zusammen, wie beispielsweise mit der Hauskrankenpflege oder der mobilen Gerontopsychiatrie. Es besteht ein sehr enger Austausch zu diesen Berufsgruppen, sodass wir den Patienten sehr lange ermöglichen können, zuhause versorgt zu werden. Besonders bei Palliativ-Patienten ist auch die Versorgung mit den Medikamenten besonders wichtig. Wenn diese zum Beispiel aus dem Krankenhaus entlassen werden – am Wochenende – werden die Medikamente durch die ärztliche Hausapotheke abgegeben und können auch direkt erklärt werden.

Welche Defizite gibt es in der ärztlichen Versorgung am Land? Auch am Land haben wir natürlich die besondere Herausforderung mit der Beschaffung der Medikamente. Derzeit sind viele Medikamente nicht immer lieferbar. Ein Vorteil der ärztlichen Hausapotheke ist aber sicher, dass wir auf alternative Medikamente zurückgreifen können. Das Vertrauen der Patienten spielt dabei eine wichtige



Schutzverband der hausapothekenführenden Ärzte Österreichs

Der Schutzverband wurde 1947 gegründet und hat seither durchgehend seine Beratungen und rechtlichen Begleitungen bei jeglichen Fragen zum Hausapothekenrecht beantwortet. Mit November wurde der Vorstand neu besetzt. Neben der Obfrau Carmen Berti-Zambanini engagieren sich als ihre Stellvertreter der Salzburger Allgemeinmediziner Manuel Hackl (Unken) sowie der Tiroler Allgemeinmediziner Klaus Schweitzer (Tulfes) im Schutzverband. Der Verein wird im Rahmen von Praxisgründungsseminaren vorgestellt und organisiert Veranstaltungen zum Thema Landarzt und ärztliche Hausapotheken.

tige Rolle. Die Medikamente werden ja wie gesagt direkt vom Arzt übergeben und erklärt, sodass meiner Meinung nach ein viel höheres Vertrauen da ist und damit auch die Bereitschaft, sich auf ein mögliches, anderes Medikament einzulassen und es korrekt einzunehmen. Es wäre eine massive Verschlechterung, wenn die Hausapotheken wegfallen, denn das größte Defizit ist der Mangel an ärztlichen Hausapotheken.

Welche Rahmenbedingungen sollten verändert werden, um die offenen Kassenstellen – insbesondere in der Allgemeinmedizin – nachbesetzen zu können? Für die Nachbesetzung der offenen Stellen würde ich mir wünschen, dass bereits während der Ausbildung mehr von der Allgemeinmedizin und auch von den Ordinationen im ländlichen Bereich gezeigt wird. Die meisten Turnusärzte können sich nicht vorstellen, was in einer Landarztordination gemacht werden muss. Die Betreuung der Patienten ist sehr viel persönlicher. Im Idealfall begleitet ein Landarzt seine Patienten von der Wiege bis zur Bahre. Das ist auch für mich einer der wichtigsten Gründe gewesen, Gemeindegärztin zu werden. Verbesserungspotential sehe ich definitiv auch bei einer besseren entgeltlichen Abgeltung und bei flexiblen Arbeitszeitmodellen sowie leichteren Bedingungen, Ärzte einzustellen. Vor allem für Frauen mit Kinderwunsch sollten die Rahmenbedingungen geändert werden.

Sie sind Obfrau des Schutzverbands der hausapothekenführenden Ärzte Österreichs – wie kann man sich diese Position vorstellen? Als meine Aufgabe als Obfrau des Schutzverbandes der hausapothekenführenden Ärzte Österreichs sehe ich vor allem, dass wir den Kollegen zur Seite stehen, wenn es Veränderungen – wie Ordinationsübernahmen, Pensionierungen, Praxisverlegungen – gibt. Hierbei können sich unsere Mitglieder unkompliziert mit uns in Verbindung setzen und es kann schon in einer frühen Phase eingegriffen werden. Wir bieten eine kostenfreie Rechtsberatung mit unserem Juristen, der auf Apothekenrecht spezialisiert ist und können daher auch schnell effiziente Lösungen anbieten. Aus meiner persönlichen Erfahrung bei einer Übernahme einer Ordination weiß ich, dass es sehr viele rechtliche Dinge zu beachten gibt.

Was wäre das beispielsweise? Grundsätzlich sollten die bürokratischen Herausforderungen reduziert werden. Dazu versuchen wir mit dem Schutzverband eine bessere Hilfestellung zu geben. Es gibt keine Vorlagen für den Antrag für eine ärztliche Hausapotheke. Für mich war es sehr hilfreich, dass ich eine bereits bestehende ärztliche Hausapotheke übernehmen konnte. Denn so wurde ich vom Vorgänger über meine Rechte und Pflichten aufgeklärt, wie zum Beispiel wer Zugang zur ärztlichen Hausapotheke hat, wie ein Suchtgiftbuch zu führen ist, welche Voraussetzungen es für die Kühlung der Medikamente braucht, wie der Raum belüftet werden muss – das sind eigentlich lauter kleine Dinge, die aber zu großen Problemen führen können, wenn hier irgendetwas fehlt. Das wäre auch ein Ziel des Schutzverbandes, dass wir Ärzte schon im Vorfeld beraten möchten. Genau aus dem Grund ist es meiner Meinung nach sehr wichtig, von Beginn an Mitglied beim Schutzverband zu werden. ☉

LOKAL AUGENSCHEN

Gesundheitsversorgung ist ein wesentliches THEMA

Die kleine steirische Gemeinde St. Peter im Sulmtal sucht schon seit Monaten händeringend nach einem neuen Hausarzt für die unbesetzte Kassenstelle im Ort. Bürgermeisterin Maria Skazel erzählt, wie sie persönlich mit dieser Situation umgeht, was die Gemeinde unternimmt und wie die Einwohner darauf reagieren.



Die Suche nach einer Nachfolge für den pensionierten Hausarzt bereitet Ortschaftefin Maria Skazel schlaflose Nächte.

» Wir können als Gemeinde keine Gesetze ändern oder gar einen Arzt herbeizubehalten.«

St. Peter im Sulmtal: Der kleine Ort in der Südweststeiermark ist Blumen- und Europadorf, regelmäßig gewinnt er Landespreise für den schönsten Blumenschmuck. Zudem werden im Europadorf Diskussionsveranstaltungen zum Thema Europa abgehalten. In der beschaulichen Gemeinde gibt es 1.285 Einwohner, 450 Arbeitsplätze, einen Nahversorger, Kirche, Volksschule und Kindergarten – aber aktuell keinen Arzt. Ende März 2023 hat sich der langjährige Gemeindefirstarzt in den Ruhestand zurückgezogen, eine erste Ausschreibung der Kassenstelle blieb erfolglos. Aktuell läuft die zweite Ausschreibung, doch die Interessenten bleiben immer noch aus.

Dieses Problem hat ihr schon einige schlaflose Nächte bereitet, gibt Maria Skazel unumwunden zu. Die engagierte Ortschaftefin hat 2000 als Vertragsbedienstete in der Gemeinde begonnen, seit 2010 ist sie Gemeinderatsmitglied und seit fast zehn Jahren Bürgermeisterin von St. Peter. Skazel legt ihr Amt besonders bürgernah an. Bei der Führung durch den Ort fällt der offene Kontakt mit den Einwohnern sofort auf. Entsprechend transparent ist auch ihre Kommunikation zur Arztsuche. Man habe diesbezüglich die Flucht nach vorne ergriffen und mit den Einwohnern viele Gespräche über das Thema geführt. „Es ist ja tatsächlich so, dass mich die Leute ansprechen, wenn ich nur über den Kirchplatz gehe. Die Gesundheitsversorgung ist wirklich ein großes und wesentliches Thema für die ganze Bevölkerung und mir macht daher die Nichtbesetzung entsprechende Sorgen“, schildert Skazel. Man habe die Bürger auch schon frühzeitig darauf eingestimmt, dass nun deutlicher Mehraufwand in Form von zusätzlichen Kilometern auf sie

zukommt. „Das trifft natürlich vor allem die chronisch Kranken und die ältere Bevölkerung, die wöchentlich einen Arztbesuch brauchen, die müssen sich nun länger auf den Weg machen“, bedauert die Bürgermeisterin.

Faktor (fehlende) Hausapotheke

Auf den sich abzeichnenden Ruhestand des Gemeindefirstarztes hat Skazel früh reagiert. „Wir haben gleich einmal mit einem Gemeinderatsbeschluss und in Verbindung mit der Österreichischen Gesundheitskasse sichergestellt, dass die Kassenarztstelle überhaupt in Sankt Peter bleibt“, erzählt sie: „Das war aus meiner Sicht ja das Wesentlichste, da wir ein kleiner Ort sind. Wenn die Ortsstelle weggenommen wird, dann helfen uns auch fünf Bewerber nichts.“ Seit zwei Jahren wisse man bereits fix, dass die Kassenstelle erhalten bleibt. „Wir haben auch schon



frühzeitig begonnen, in der Gemeindezeitung darauf hinzuweisen, dass die Gemeinde alles in ihrer Macht Stehende unternimmt. Aber wir können nur die Rahmenbedingungen im Ort beeinflussen. Wir können keine Gesetze ändern und wir können keinen Arzt herzaubern“, schildert Skazel ihren Einsatz. Man habe die Einwohner in der Folge immer auf dem Laufenden über die Entwicklungen gehalten und auch

offen kommuniziert, wie schwierig sich die Suche gestaltet. Erschwerend kam dazu, dass fast zeitgleich die Nachbargemeinden St. Martin und Bad Schwanberg ebenfalls einen neuen Gemeindefirstarzt suchten. St. Martin hatte dabei den Vorteil, dass die Kassenstelle mit einer Hausapotheke verbunden war und wird die Stelle auch bereits ab Herbst nachbesetzen können. Diese Situation



wurde natürlich auch in St. Peter genau verfolgt. „Die Hausapotheke ist wirklich ein wesentliches Plus, um in einen kleinen Ort zu gehen“, sagt Skazel. Das wurde auch in der Bevölkerung verstanden und die Bemühungen der Gemeinde werden honoriert. „Aber trotzdem bleibt uns die Sorge, wie es aussieht, wenn wir das nicht zusammenbringen“, gibt die Bürgermeisterin Einblick in ihre Gemütslage.

Ihr großer Wunsch an die Politik wäre eine Lockerung bei der Hausapotheken-Regelung. Skazel, die seit 2019 auch Mitglied des steirischen Landtags ist, weiß um die Bemühungen, die es immer wieder gab, aber auch um die Schwere der Aufgabe. Letztendlich müsse man aus ihrer Sicht vor allem auf das Wohl jener in der Bevölkerung achten, die ständig Medikamente bräuchten: „Am Wochenende sind auch die Apotheken nicht ständig besetzt, da kann es sein, dass man vielleicht 20 Kilometer fahren muss, um überhaupt Medikamente zu bekommen“, argumentiert sie. Die Vermeidung weiter Wege sei St. Peter auch als Klimabündnisgemeinde natürlich ein großes Anliegen. Auch aus dieser Perspektive wäre es eine deutliche Erleichterung, wenn der Arzt den Medikamentenvorrat, den er ja ständig braucht, über seine Hausapotheke abgeben könnte, sagt die Ortschefin: „Und vielleicht würde das den einen oder anderen Arzt oder die eine oder andere Ärztin bewegen, doch zu uns zu kommen.“ Die Hausapotheke könne den Unterschied machen, damit ein Arzt dann leichter das unternehmerische Risiko eingehe, in eine 1.300-Einwohner-Gemeinde zu kommen, ist Skazel überzeugt.

Das Landtagsmandat habe jedenfalls viel dazu beigetragen, Kontakte zu möglichen Unterstützern zu knüpfen, besonders zur Ärztekammer Steiermark und zur Österreichischen Gesundheitskasse. „Da konnten wir viele, viele Gespräche führen und haben hohe Unterstützungsbereitschaft erlebt“, erzählt Skazel, die auch über verschiedene Medien schon Aufrufe an potenzielle neue Gemeindeärzte

gestartet hat. „Ich habe da schon viele Unterstützung bekommen, aber die Entscheidung, ob ein Arzt kommt, kann die Gemeinde oder der Landtag natürlich nicht beeinflussen, weil es eben momentan zu wenige Ärzte gibt“, so die Bürgermeisterin.

Wichtig: Anreize schaffen

Die Ordinationsräumlichkeiten im Privathaus des bisherigen Gemeindefarztes stehen verständlicherweise nicht mehr zur Verfügung, das Hinweisschild „Arzt“, das im Ortszentrum immer noch dorthin weist, wurde bereits abmontiert, sagt die Bürgermeisterin. Doch auch hier hat sich die Gemeinde längst vorbereitet: Das alte Feuerwehrhaus, ebenfalls zentral im Ort und nur 250 Meter von der Bahnhaltestelle entfernt, sei ideal geeignet für eine Ordination, das habe auch das Land Steiermark bereits bestätigt, so Skazel. Der großzügige Bau könne in kürzester Zeit umgebaut werden, daher gebe es auch immer noch die Möglichkeit, dass die neue Ärztin oder der neue Arzt sich noch in den Umbau einbringen könne. „Auch das ist ein großer Vorteil“, unterstreicht die Bürgermeisterin. Für die kurze Umbauzeit stünden Räumlichkeiten im alten Kindergarten bereit.

Dass man sich auf einige Neuerungen einstellen muss und die jüngere Ärztegeneration stärker auf die Trennung von Beruf und Privatleben setzt, ist Skazel klar: „Wir waren mit unserem bisherigen Arzt sehr verwöhnt. Der war wirklich rund um die Uhr da. Die Nachbesetzung ist nicht nur aufgrund seiner hohen Einsatzbereitschaft und Fachkompetenz eine große Herausforderung.“ Für junge Ärzte habe die Gemeinde mit vorhandener Infrastruktur auch einiges zu bieten, wie etwa eine Kinderbetreuungsmöglichkeit, ein Nahversorgergeschäft, eine Bahnhaltestelle, Einbettung in das gemeinschaftliche Leben im Ort und nicht zuletzt ist die Kassenstelle mit einer Anschubfinanzierung von 70.000 Euro verbunden. „Wir freuen uns über jede Bewerbung, die reinkommt“, bleibt die Bürgermeisterin trotzdem optimistisch.

Die Hausarztpraxis im Blumendorf St. Peter im Sulmtal ist seit Ende März unbesetzt.



Sogar vor der Kirche wird die Bürgermeisterin immer wieder auf das Problem angesprochen.



Wer ein Medikament braucht, ist in St. Peter auf ein Auto angewiesen.

B

ÄRZTLICHE ZUSAMMENARBEITSFORMEN

„So kann jeder seine PRAXIS behalten“

Die öffentliche Gesundheit in Österreich muss gestärkt werden, um die Spitäler zu entlasten. Primärversorgungseinheiten sind ein wichtiger Baustein in der Versorgung – aber kein Allheilmittel. Im ländlichen Bereich sind Netzwerke für die Primärversorgung sinnvoller als Zentren. Aber das scheitert oft an vielen Hürden.

Text | Sophie Niedenzu

» Durch die jetzige Regelung hätte ich einen enormen Verlust gehabt.«



Klaus Schweitzer ist Arzt und ÖÄK-Referent für Hausapotheken.

Eine aktuelle OECD-Studie hat bestätigt, dass die wohnortnahe Versorgung gestärkt werden muss. Zu diesem Zweck möchte Gesundheitsminister Johannes Rauch die Zahl der Primärversorgungseinheiten (PVE) bis 2025 auf 121 verdreifachen. Die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) hat immer wieder betont, dass Primärversorgungseinheiten wichtig, aber kein Allheilmittel seien, um die öffentliche Versorgung zu stärken. Im städtischen Bereich seien zentrale Einheiten leichter umsetzbar – am Land sei es schwieriger. Hier fordert die ÖÄK die Stärkung von Primärversorgungsnetzwerken. Diese hätten gegenüber den Primärversorgungszentren den Vorteil, dass die Ordinationen vor Ort und damit der wohnortnahe Zugang in jeder Gemeinde erhalten bleiben. Die Implementierung von Zentren könne dazu führen, dass manche ländlichen Regionen ohne Allgemeinmediziner auskommen müssten, weil diese in Versorgungszentren in die Ballungsräume wechseln. Zudem plädiert die ÖÄK dafür, generell die Arbeitsbedingungen für Ärzte im ländlichen Raum zu verbessern, um mehr Ärzte für den Kassenbereich zu begeistern. Von seinen Erfahrungen und den Hindernissen, als Kassenarzt in eine PVE zu wechseln, erzählt der Tiroler Allgemeinmediziner und ÖÄK-Referent für Hausapotheken, Klaus Schweitzer, im Interview.

Sie wollten sich mit anderen Ärztinnen und Ärzten in der Region zusammenschließen. Woran ist es gescheitert?

Wir, drei Allgemeinmediziner und eine Allgemeinmedizinerin, hatten die Intention, kein Zentrum, aber ein Netzwerk zu gründen – beides sind Unterformen von Primärversorgungseinheiten. Mit an Bord gewesen wäre eine diplomierte Krankenschwester, eine Diätberatung, eine

Psychotherapie – medizinische Angebote, die wir teilweise jetzt schon, teils sogar schon im Haus, anbieten. Seit sechs Jahren verhandeln wir mit der ÖGK, wir haben immer klar kommuniziert, dass wir in unserer Region ein Primärversorgungsnetzwerk mit dislozierten Arztpraxen als zielführender erachten als eine große Umstellung durch die Errichtung eines Zentrums. Mit einem Netzwerk kann jeder seine Praxis behalten, die wohnortnahe Versorgung in den Tälern ist sichergestellt, bei gleichzeitig intensiver Zusammenarbeit mit anderen Ärzten. Wir hatten schon ausgemacht, wer wann zuständig ist, wie die Dienste unter der Woche und die Bereitschafts- und Wochenenddienste aussehen. Dann kamen aber die Hürden: Das beginnt bei der Honorierung. Ich hätte einen enormen Verlust gehabt.

Weswegen?

Im Vorschlag der ÖGK-Landesstelle Tirol gibt es beispielsweise eine Grundpauschale über 10.000 Euro pro Quartal. Gleichzeitig regelt der PVE-Vertrag die Aufgaben und das Service für die Patienten – letztlich steht in dem Vertrag alles drin, was in einer Arztpraxis machbar ist. Die zusätzlich geforderten Aufgaben werden meiner Meinung nach durch die Grundpauschale nicht gedeckt. Zusätzlich gibt es eine Fallpauschale pro Alterskohorte, für ältere Patienten erhält man mehr, für jüngere weniger. Und dann gibt es noch den Einzelleistungskatalog, der inkludiert allerdings nur Grundleistungen wie Bereitschaftsdienste, Visiten, Notfallleistungen. Es gibt die Intention, Leistungen wie Verbandswechsel vom Spital in die Niederlassung zu verschieben. Das ist nachvollziehbar und das machen wir grundsätzlich sehr gerne. Aber: Wenn ich einem Patienten wöchentlich den Verband wechsle, dann kommt er zehnmal im



Quartal. Die Bezahlung mittels Fallpauschalen benachteiligt jene Ärzte, die sich intensiv mit Patienten beschäftigen. Darunter fallen beispielsweise Behandlungen wie Infusionstherapien oder auch die Betreuung von psychisch kranken Patienten. Für die Berechnung wurden Durchschnittswerte herangezogen. Auf meine Arbeitsintensität gerechnet, hätte ich bei einem Wechsel in eine PVE acht Prozent Honorarverlust erlitten. Trotz Einschränkungen, wenn man in eine PVE wechselt, bleiben die bekannten Limits im Honorierungssystem erhalten.

Welche Einschränkungen gibt es noch?

Grundsätzlich sind viele Verpflichtungen mit einer PVE verbunden, etwa die Teilnahme an einer begleitenden Evaluierung inklusive Verpflichtung zur Offenlegung von einvernehmlich festgelegten Daten der Betriebs- und Finanzgebarung zum Nachweis der widmungsgemäßen Mittelverwendung, die Verpflichtung zur Teilnahme an verschiedenen Disease-Management-Programmen, die Verpflichtung zur Diabetesschulung einmal im Quartal und die Verpflichtung zur Abhaltung von jährlich zwei Veranstaltungen zur Gesundheitsförderung für Patienten. Regelmäßige Fortbildungen sind schon jetzt gesetzlich vorgeschrieben, was auch zu begrüßen ist. Aber ich lasse mir ungern vorschreiben, welche Fortbildung für mich sinnvoll und notwendig ist.

Inwiefern sind ärztliche Hausapotheken ein Knackpunkt?

Als ÖÄK-Referent für Hausapotheken war es mir wichtig, die Hausapotheke speziell in den Primärversorgungsnetzwerken zu erhalten. Das geht grundsätzlich auch. In anderen Bundesländern gibt es Primärversorgungsnetzwerke mit ärztlichen

Hausapotheken. Ist aber eine Ordinationsübergabe inklusive Hausapotheke geplant, müsste um einen neuen ärztlichen Hausapothekenvertrag angesucht werden. Für eine Genehmigung ist, laut Gesetz, ein sogenannter S2-Kassenvertrag notwendig. Will die ÖGK bei einer PVE als übergeordnete Organisation einen Verein oder eine Gesellschaft, so muss der Arzt mit dem Verein oder der Gesellschaft abrechnen und nicht mehr mit der ÖGK. Es kann daher sein, dass ein Neuantrag nicht angenommen wird. Um diese Unsicherheit im Gesetz zu beseitigen, habe ich gebeten, das Apothekengesetz zu ergänzen.

Welche Erfolge gab es durch die langen Verhandlungen mit der ÖGK-Landesstelle Tirol?

Der PVE-Vertrag, der nun für Tirol gilt, wurde etwas angepasst. Die Fallpauschale wurde geringfügig angehoben, die Verpflichtung zu Bereitschaftsdiensten auch an Wochentagen und eine ursprünglich geplante Zuverdienstgrenze für die Ärzte über 20 Prozent wurde gestrichen. Das ist auch gut so, denn Arzt ist ein freier Beruf und wie viel ich neben dem Kassenvertrag zusätzlich leisten will, sollte nicht von einer Krankenkasse vorgeschrieben oder eingeschränkt werden. Da jetzt keine weiteren Verhandlungen mehr Erfolg versprechen, wurde dem Vertrag von der Tiroler Ärztekammerseite zugestimmt. Ich bin schon davon überzeugt, dass man den ein oder anderen Arzt für eine PVE findet.

Wenn etwa die Räumlichkeiten schon stehen, mit einer Infrastruktur, dann wird das funktionieren. Schwieriger wird es für Ärzte, die vom jetzigen System in eine PVE wechseln. Es wird viel reglementiert. Interessierte Kolleginnen und Kollegen sollten daher genauestens informiert werden, welche Vor- und Nachteile es gibt.

Viele Ärztinnen und Ärzte wollen im Interesse der Grundversorgung kooperieren. Aber es wird ihnen nicht einfach gemacht.

» Arzt ist ein freier Beruf. Wie viel ich neben dem Vertrag leiste, sollte nicht die Krankenkasse vorschreiben.«

INTERVIEW

„Ärztliche Versorgung wird WAHLEN entscheiden“

Silvester Hutgrabner betreibt eine Praxis im oberösterreichischen Innviertel. Er ist Landarzt aus Leidenschaft. Gerade deshalb setzt er sich in der Österreichischen Ärztekammer stark für ärztliche Hausapotheken ein. Hier spricht er über seine Beweggründe und seine Vision für die Medikamentenversorgung der Zukunft.

Was sind aus Ihrer Sicht die größten Vorteile einer ärztlichen Hausapotheke?

Eine ländliche Gemeinde wie Eberschwang, wo ich ordiniere, ist natürlich prädestiniert für eine ärztliche Hausapotheke. Für die Gemeinde bedeutet das, dass die Patienten sofort vor Ort beim Arztbesuch die Medikamente bekommen und – das ist entscheidend – keine weiteren Wege zurücklegen müssen. Bei den Visiten werden die Medikamente direkt zum Patienten gebracht. Keiner muss sich Sorgen machen, ob der Postbus noch fährt oder ob er jemanden findet, der ihn zur

Apotheke fährt. Die zig Millionen von Kilometern, die mangels Hausapotheken sinnlos verfahren werden, sind zudem ein deutlicher Rückschlag für unsere Klimabilanz.

Wie sehen das Ihre Patienten?

Jeder, der eine Hausapotheke kennt, hat keine Vorstellung davon, wie kompliziert es ansonsten wäre, die Medikamente zu bekommen. Sie sind ja das Service gewohnt, alles bei ihrem Arzt zu bekommen. Unsere Patienten würden aus allen Wolken fallen, müssten sie für eine Schachtel Medikamente, die vielleicht 1,50 Euro kostet, in der Weltgeschichte herumfahren. Bei uns am Land kommen da ja für Hin- und Retourfahrt gleich einmal zehn bis zwanzig Kilometer für eine Strecke zusammen.

Der minimale Abstand zwischen ärztlichen Hausapotheken und öffentlichen Apotheken ist gesetzlich durch die sogenannte Kilometergrenze mit sechs bzw. bei Nachbesetzung vier Straßenkilometern festgesetzt. Was stört Sie daran am meisten?

Im ländlichen Bereich fährt man oft eine halbe Stunde bis zur nächsten Apotheke. Umso wichtiger ist es, dass auch Hausärzte Medikamente ausgeben können.



Dass es hier nicht mehr um die Bedürfnisse der Patienten geht. Es kann doch nicht sein, dass wir in einem Land wie Österreich ernsthaft Kilometer zählen müssen. Teilweise müssen wir diskutieren, ob der gesetzliche Mindestabstand zwischen öffentlicher Apotheke und ärztlicher Hausapotheke von Haustür zu Haustür zu messen ist, ob man Einbahnen umdrehen kann, damit die entsprechenden Straßenkilometer zusammenkommen oder ob man im Kreisverkehr innen oder außen messen muss – all das ist bereits in der Realität vorgekommen. Das hat doch mit Patientenversorgung nichts mehr zu tun. Diese völlig veraltete Regelung muss endlich weg – ersatzlos.

Wie stellen Sie sich die Versorgung mit Medikamenten in Österreich vor?

Genauso, wie es der Gesetzgeber Anfang des 20. Jahrhunderts im Sinn gehabt hat: In den Ballungszentren soll die Versorgung vor allem über die öffentlichen Apotheken erfolgen, in den ländlichen Bereichen garantieren ärztliche Hausapotheken die Versorgungssicherheit. Also ein klares duales System. Mir geht es nicht darum, öffentliche Apotheken zuzusperrn, aber es muss endlich Schluss damit sein, dass ständig ärztliche Hausapotheken zugesperrt werden.

Welche Folgen hat der stetige Rückgang bei der Zahl ärztlicher Hausapotheken?

Wir beobachten schon seit Langem zwei Trends, die die Gesundheitsversorgung auf dem Land bedrohen. Bekanntlich gibt es eine sehr ernst zu nehmende Ärztenknappheit, ganz besonders bei den Allgemeinmedizinerinnen mit Kassenvertrag und verschärft durch die aktuelle Pensionierungswelle. Zusätzlich bleibt der Zug zum Landarzt-Beruf weit hinter dem Bedarf zurück. Ärztliche Hausapotheken sind aber nicht nur versorgungsrelevant, sondern bedeuten außerdem für Landärzte einen unentbehrlichen und existenzsichernden Einkommensbestandteil. Gibt es also in einer Gegend keine Hausapotheke mehr, so verringert das die Attraktivität der Niederlassung als Landarzt. Aber das Problem endet ja nicht dort. Wenn es keinen Arzt mehr gibt, dann gibt es auch niemanden, der Arzneimittel verschreibt – das wäre dann auch



Silvester Hutgrabner ist Landarzt aus Leidenschaft. Er weiß aber auch, dass es vielen Ärztinnen und Ärzten außerhalb der Ballungszentren nicht leicht gemacht wird.

zum Nachteil der davon betroffenen Apotheken. Und man darf nie die Bedeutung der ärztlichen Versorgung für die Gemeinde vergessen. Ohne Arzt im Ort siedeln sich weniger Menschen an, manche Gemeinden wären so akut von starkem Einwohnerrückgang bedroht. Der Bürgermeister in unserem Ort hat es einmal so auf den Punkt gebracht: „Die Hausapotheke gehört zum Hausarzt und der Hausarzt gehört in jede Gemeinde, so wie die Kirche, das Gemeindeamt und der Kirchenwirt.“

Was können Gemeinden tun, um einen Arzt für ihren Ort zu finden?

In den vielen Gesprächen, die wir aktuell mit Bürgermeistern führen, wird klar, dass das Problembewusstsein groß ist. Die Gemeindevertreter wissen, dass die ärztliche Versorgung ein großes Thema ist, das künftige Wahlen entscheiden kann. Daher muss einer Gemeinde Gesundheit etwas wert sein. Ich kann nur raten: Überlegen Sie in der Gemeinde, was Sie einem Arzt anbieten können. Das kann Unterstützung bei der Ordinationsgründung sein, Unterstützung bei der Ansiedlung, Unterstützung für die Arztfamilie. Nehmen Sie Kontakt mit den Ansprechpartnern in Ihrer Ärztekammer auf. Und natürlich: Machen Sie sich politisch stark für Hausapotheken – die sind nicht nur das beste Service für die Patienten, sondern können auch bei der Nachbesetzung von Kassenstellen den entscheidenden Unterschied machen.

» Ich führe aktuell viele Gespräche mit Bürgermeistern und weiß, dass ihnen dieses Problem bewusst ist.«





ÄRZTLICHE HONORARE

Legende und WAHRHEIT

Ärzte gelten als Spitzenverdiener. Aber erstens macht Geld alleine einen Beruf nicht attraktiv. Zweitens sieht es in der Realität oft anders aus – gerade am Land.

Viele kennen die Situation: Die Heizkörper bleiben eines Tages plötzlich kalt und wie es der Zufall gerade will, handelt es sich um einen Sonntag. Da ist dann nicht nur guter Rat teuer – sondern auch die Hilfe eines Installateurs. Am Sonn- oder Feiertag fällt für den Hilfsdienst pro Stunde dann schnell ein Honorar im dreistelligen Eurobereich an. Das ist allgemein bekannt und mehr oder weniger akzeptiert. Doch was, wenn am Sonntag nicht die Heizung streikt, sondern ein gesundheitliches Problem auftritt? 61 Euro plus ein erhöhtes Kilometergeld darf ein Arzt für eine Visite am Sonn- und Feiertag abrechnen – damit ließe sich nur schwer ein Installateur finden. „Daher ärgert es mich zutiefst, wenn bei Kassenärzten oft nur das Argument gebracht wird, dass diese ohnehin so gut verdienen würden“, sagt Edgar Wutscher, Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer und Bundeskurienobmann der niedergelassenen Ärzte.

Selbstverständlich seien Ärzte keine Geringverdiener, Berechnungen der Ärztekammer zufolge verdient ein Kassenarzt für Allgemeinmedizin – nach Abzug aller Kosten für Ordinationsräumlichkeiten, Personal, Heizung, Strom, Infrastruktur etc. – rund 100.000 Euro brutto im Jahr. Man dürfe aber nicht vergessen, dass der Arztberuf ein akademischer Beruf sei, dem eine Ausbildungszeit von mindestens zehn Jahren vorangehe, in der ein komplexes und schweres Studium zu absolvieren sei, betont Wutscher. Dazu komme, dass der Arbeitsalltag tagtäglich ein extrem hohes Maß an Verantwortung für Menschenleben mit sich bringe: „Wir können also sicher nicht von einer Überbezahlung oder Geldscheffeln reden“, sagt der Allgemein-

mediziner. Er verwehre sich auch dagegen, dass die Attraktivität des kassenärztlichen Berufes oft direkt mit dem finanziellen Aspekt verknüpft werde: „Es gibt so viel mehr, was das Berufsbild des Arztes ausmacht.“ Mindestens so wichtig sei es, wie viel Zeit Ärzte für ihre Patienten aufbringen können. „Im Mittelpunkt jeder Entscheidung für den Arztberuf steht der Wunsch, den Menschen helfen zu können. Wenn man am Ende eines Arbeitstages, an dem man im Fünf-Minuten-Takt Patienten abarbeiten muss, das Gefühl hat, man konnte gar nicht wirklich auf die Bedürfnisse des Patienten eingehen oder dass ja noch viel mehr möglich gewesen wäre, dann kann das sehr demotivierend wirken“, sagt Wutscher. Gerade in der Gesprächsmedizin sei noch viel Luft nach oben.

Arztgespräche werden selten vergütet

Die Honorarordnung zeige das ganz deutlich, beispielsweise bei einem Diagnose- und Therapiegespräch: Dieses, einer der zentralen Punkte der Arzt-Patienten-Beziehung, wird mit 15 Euro vergütet. Aber: Aufgrund der Deckelungen durch die Krankenkasse werden nur 25 Prozent der

»
Im Mittelpunkt jeder Entscheidung für den Arztberuf steht der Wunsch, den Menschen helfen zu können.«



Edgar Wutscher vertritt die niedergelassenen Ärzte in der Österreichischen Ärztekammer.



tatsächlich geführten Diagnose- und Therapiegespräche von der Kasse honoriert. Und: Bezahlt wird nicht, wenn das Gespräch im Rahmen der Vertretung eines Kollegen stattfand oder wenn zeitgleich andere Beratungsgespräche geführt wurden. Das Gleiche gilt für den Leistungsposten der Heilmittelberatung: In diesem Rahmen klärt der Arzt seinen Patienten darüber auf, wie die Medikamente einzunehmen sind, welche Wechselwirkungen auftreten können und welche Hausmittel unterstützend in Frage kommen. Dieses Arztgespräch wird mit 13 Euro vergütet. Tatsächlich abrechenbar ist diese ärztliche Leistung jedoch nur in zwölf Prozent der Fälle.

Das heißt: Für jedes Gespräch, das nach Ausschöpfung dieser – von der Krankenkasse vorgegebenen – geringen Quote geführt wird, erhält der Arzt keinen Cent. Und auch wenn sich der Mythos hartnäckig hält: Für das Ausstellen eines Rezeptes erhält der Arzt grundsätzlich keine Vergütung.

Viel Verantwortung, wenig Geld

Die Geringschätzung der Arztgespräche aufgrund mangelnder Honorierung zeigt sich auch bei Kassenfachärzten: Ein frauenärztliches Beratungsgespräch, bei dem unter anderem mit den jungen Patientinnen Verhütungsmöglichkeiten besprochen werden, wird gerade einmal mit 15 Euro vergütet – und ist auf nur fünf Prozent der Fälle beschränkt. Im kinderärztlichen Bereich gibt es überhaupt nur sechs abrechenbare Sonderleistungen. Dass bei der Ernährung schon im Kindesalter anzusetzen ist, um möglichen Folgeschäden frühzeitig entgegenzuwirken, darüber herrscht aktuell Konsens – nur in der Honorarordnung spiegelt sich das kaum wider.

Die ärztliche Erstellung eines individuellen Ernährungsplans mit Beratung schlägt sich gerade einmal mit 18 Euro zu Buche und kann nur einmal im Quartal verrechnet werden. Ein Entwicklungstest inklusive Dokumentation wird mit 20 Euro vergütet, und das nur in acht Prozent der Fälle.

„Mich überrascht es nicht, dass es gerade in den Fächern Frauenheilkunde und Kinderheilkunde die meisten offenen Kassenstellen gibt“, kommentiert Wutscher. Gerade in diesen Fächern seien der persönliche Kontakt und die individuelle Beratung extrem wichtig – die Honorarordnung befeuert aber die „Fünf-Minuten-Medizin“ – und so würden viele gerade in diesem Bereich nicht arbeiten wollen: „Es ist ganz klar, dass hier reformiert werden muss – individuelle Beratung, Gesprächsmedizin und die Vorsorge müssen endlich aufgewertet werden.“

Spritzen verabreichen, Blut abnehmen oder Wunden reinigen: Für jede dieser Leistungen bleiben dem Arzt oder der Ärztin am Ende nur ein paar Euro.

Ausgesuchte Leistungen und ihre Vergütung

- ⊕ Blutabnahme aus der Vene: 4 Euro
- ⊕ Verabreichung einer Spritze: 2 Euro
- ⊕ Infusion subkutan: 10 Euro
- ⊕ Lokalanästhesie: 2 Euro
- ⊕ Wundreinigung: 8 Euro
- ⊕ Anlegen eines großen Verbandes: 12 Euro
- ⊕ Versorgung kleiner Brüche: 6 Euro



(Anm.: Alle Beispiele, auch im Text, beziehen sich auf den Honorarkatalog der BVAEB. Die ÖGK-Vergütung ist oft noch deutlich darunter und bundesländerabhängig.)

