



Foto: P. Schmitt

VP Dr. Max Wudy

# In NÖ mögliche Praxisformen im Kassensystem

## Ein Vergleich

### Mittlerweile wurden die PVEs evaluiert:

Der Endbericht der von der BDO Health Care Consultancy GmbH durchgeführten Evaluierung der PVEs in NÖ liegt nun intern auf. Eine Veröffentlichung ist demnächst geplant. Nachfolgend einige interessante Ergebnisse der Evaluierung:

- Es herrscht hohe Arbeitszufriedenheit. Geschätzt werden u.a. berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit sowie gute Work-Life-Balance.
- Bezüglich Patientenzufriedenheit fehlen Vergleichswerte (keine Erhebung in Kontrollgruppe).
- Der Anteil der Stammpatient:innen liegt in PVEs zwischen 29 % und 58 %, in Kontrollgruppen bei ca. 85 %.
- Kontakte pro Patient:in und Jahr – durchschnittlich 5,6 in PVEs und 12,8 in Kontrollgruppen.
- PVE-Patient:innen sind durchschnittlich jünger als in der Kontrollgruppe.
- Wenig Visiten in PVEs – nur 523 Visiten im Jahr 2021 (alle PVEs zusammen).
- Zunehmend überregionale Versorgung: Bereits 54 % Nicht-Stammpatient:innen aus anderen Bezirken od. Bundesländern.
- Kaum Unterschiede bei Inanspruchnahme nachfolgender Behandlungsbereiche, z.B. Anzahl der FA-Kontakte & Spitalsaufenthalte (altersstandardisiert).
- Folgekosten: Keine signifikanten Unterschiede feststellbar (Indikatoren u.a. Anzahl stationärer Pflegetage, Transporte).
- Medikamentenkosten: Deutlich geringer bei Stammpatient:innen der PVEs, auch nach Altersstandardisierung (EUR 615,- vs. EUR 873,- in Kontrollgruppe).

### Limitationen der Studie:

Die Evaluierung wurde nur in den drei ersten PVEs in NÖ durchgeführt. Das PVNetzwerk wurde noch nicht evaluiert. Der Beobachtungszeitraum der Evaluierung (2019-2021) war stark durch die COVID-Pandemie geprägt.

Eine patientenbezogene Verknüpfung der Ambulanzdaten mit den Daten der Sozialversicherung war nicht möglich, sodass kaum Aussagen zur Ambulanzentlastung getroffen werden können. Unterschiedliche Anforderungen hinsichtlich Leistungs- und Diagnosecodierung bei Einzelordinationen bzw. Gruppenpraxen und PVEs erschweren die Vergleichbarkeit

### Conclusio:

Anfang Oktober eröffnete in Niederösterreich die zweihundertster Gruppenpraxis. Damit wird die Geschichte des niederösterreichischen Modells fortgeschrieben, eine Erfolgsgeschichte, die uns an die Spitze aller Bundesländer bringt. Ich kann mich noch sehr gut an die massive Kritik erinnern, der mein leider viel zu früh verstorbene Freund, Otto Pjeta, Altpräsident der ÖÄK, anfangs dieses Jahrtausends ausgesetzt war, als der erste Gruppenpraxisvertrag in Oberösterreich unterschrieben wurde. In seinem Nachruf wurde er dafür gelobt. Danke Otto!

Wenn ich die gesamte Aufstellung (siehe auch Consilium 10/23) kurz überfliege, muss ich sagen, dass das Angebot an Praxisformen mehr als ausreichend scheint. Und trotzdem fehlt noch einiges, zum Beispiel die echte Teilung einer Kassenstelle, nicht im Sinne der Jobsharinggruppenpraxis, sondern die echte Teilung, also 2 x 10 Stunden am gleichen, durch den Stellenplan definierten Standort, mit zwei Abrechnungen und zwei Rechtsformen! Auch weitere Flexibilität im Stellenplan ist dringend nötig, um dem partiellen, von der Politik hausgemachten Ärztemangel halbwegs Herr zu werden. Wirkliche Entlastung der Spitalsambulanzen wird man weder durch aufgeblasene PVEs, die am Sinne der Primärversorgung vorbeigehen, noch durch schöne Worte der Politik schaffen. Nur eine Steuerung der Patientenströme durch ein starkes Hausarztssystem und eine dichte Vernetzung mit den fachärztlichen Kolleg:innen wird schaffen, was in anderen Ländern seit Jahrzehnten funktioniert, nämlich dort die Patient:innen zu behandeln, wo es nötig und sinnvoll ist. Leider wurde diese Chance, so die Informationen stimmen, bei den kurz vor Abschluss stehenden Finanzausgleichsverhandlungen vertan, im Gegenteil, der Spitalssektor wird weit höher dotiert als der niedergelassene Bereich.

Die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem verschlechtert sich von Tag zu Tag, von Umfrage zu Umfrage. Viele Bereiche intra- oder extramural können nur noch durch die aufopfernde Arbeit der Pflege und der Ärzteschaft aufrechterhalten werden. Es schmerzt, zusehen zu müssen, wie unser einst vorbildliches System im Sumpf des Kompetenzwirrwars versinkt. Wir, also die Funktionäre der niederösterreichische Ärztekammer, stehen mit unserer Expertise, dem Willen und dem Mut zu Veränderungen jedenfalls zur Verfügung, um die drohende Dystopie zu verhindern.

**VP DR. MAX WUDY**

Kurienobmann der niedergelassenen Ärzte  
max.wudy@arztnoe.at

PVE	als Gruppenpraxis	als Netzwerk
<b>Beschreibung</b>	Verbindlicher und strukturierter Zusammenschluss von Ärzt:innen mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe als einheitlich auftretende Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem.	
<b>Fächer</b>	Unicolor und multicolor; derzeit Ärzt:in für Allgemeinmedizin & Fachärzt:in für Kinder- u. Jugendheilkunde, (Honorierung hat Projektstatus).	
<b>Max. Gesellschafter</b>	Kernteam: Mindestens 3 (2,5 VZÄ) Ärzt:innen zzgl. DGKP, zzgl. erweitertes Team	
<b>Zweitordination</b>	Möglich, wenn Bedarf, VÜ nach Genehmigung	
<b>Mindestöffnungszeiten</b>	50 Stunden an 5 Tagen/Woche, inkl. Tagesrand- u. Kernzeiten	50 Stunden an 5 Tagen/Woche, inkl. Tagesrand- u. Kernzeiten als Netzwerk, es darf zu keiner Reduzierung der Mindestöffnungszeiten kommen
<b>Vertragspartner:in</b>	PVE	
<b>Gesetzliche Grundlagen</b>	§§ 342bf ASVG, PrimVG, Gesamtvertrag PVE NÖ, PVE- Einzelvertrag	
<b>Voraussetzungen</b>	Antrag, Genehmigung (Bedarfsprüfung), Ruhen des EV, Bereitschaftserklärung zur GP-Gründung	Antrag, Genehmigung (Bedarfsprüfung), Ruhen des EV, Bereitschaftserklärung zur Netzwerk- und GP-Gründung
<b>Gesellschaftsform</b>	Gruppenpraxis (OG, GmbH), Ambulatorium	Gruppenpraxis (OG, GmbH, Netzwerk (Verein), Ambulatorium
<b>Vertretung/Anstellung</b>	§ 47a ÄrzteG, grundsätzlich gegenseitige Vertretung, externe:r Vertreter:in möglich, PP „Erweiterte Stellvertretung“: 50 % Gesellschafter:in, maximal 4 Ärzt:innen, maximal 80 h	
<b>Behandlungsvertrag</b>	PVE - Patient	
<b>Steuer</b>	OG - Offene Gesellschaft: Einkommensteuer auf Ebene der Gesellschafter:in, Tritt nach außen auf, hat eigene, Umsätze, Feststellungserklärung, Einnahmen- Ausgabenrechnung § 4 Abs 3 EStG, § 10 EStG Gewinnfreibetrag auf Ebene der Gesellschaft - Aufteilung, § 6 Abs 1 Z 19 UStG unecht steuerbefreit	oder GmbH - Gesellschaft mit beschränkter Haftung: Jahresabschluss nach dem UGB, Körperschaftsteuer auf Ebene der Gesellschaft, Kapitalertragsteuer auf Ebene der Gesellschafter:in, kein Gewinnfreibetrag, § 6 Abs 1 Z 19 UStG unecht steuerbefreit
		oder Netzwerk, meist Verein, Mitglieder sind am Netzwerk teilnehmende Ordinationen, Abrechnung des erweiterten Teams über Verein, Gewinn und Steuerpflicht auf Ebene der Einzelordinationen
<b>Kommentar</b>	PVEs in jeder Form sind nicht als Ersatz zu den Einzel- oder Gruppenpraxen, die derzeit die Primärversorgung in Niederösterreich garantieren, zu sehen, sondern als wertvolle Ergänzung. Die von der öffentlichen Hand bezahlte multidisziplinäre Zusammenarbeit sollte zum Wohle der Patient:innen auf alle Praxen ausgerollt werden. Die Arbeit, vor allem in einem Zentrum, nähert sich einem Angestelltenverhältnis an, etwas, was ja manchmal durchaus gewünscht ist, aber bei schlechter Planung die Kontinuität der Patientenbetreuung nicht immer garantieren kann. Es wird immer wieder Kritik an den PVEs laut, da sie als hochsubventioniert gesehen werden. Hier möchte ich noch einmal die Gelegenheit nutzen, mit dieser Falschinformation aufzuräumen. Die kontakunabhängige Grundpauschale ist keine Subvention, sondern der Ausgleich für die erweiterten Öffnungszeiten und für den Verzicht auf Schließtage wegen Urlaubs, Fortbildung und auch Krankheit. Gerade hier zeigt sich aber auch, dass PVEs mit drei Ärzt:innen schwer, mit zwei, wie es die neue Novelle vorsieht, allerdings gar nicht mehr handelbar sind.	Bei den Netzwerken gilt das über die Zentren Gesagte. Nicht allerdings gilt die Kontinuität der Betreuung, die ist naturgemäß durch die organisatorische Nähe zur bestehenden Hausarztpraxis besser. Leider gibt es noch keine Evaluierung des Netzwerkes. Obwohl Niederösterreich ein rurales Land ist, mehr als zwei Drittel aller Allgemeinmediziner:innen mit Kassenvertrag arbeiten in Ein- oder Zweiarztgemeinden, scheint der politische Wille auf Zentren, und nur auf diese, zu zielen. Eine abschließende Bemerkung sei mir hier erlaubt: Damit wird eine große Chance vertan, nicht nur für die Ärzteschaft, sondern vor allem für die Versorgung und Betreuung der Bevölkerung. Man hätte, zwar mit ungleich höherem Mitteleinsatz, die alten Strukturen (die Gemeindeärzt:innen und die Sprengel von vor über 30 Jahren) wieder herstellen können. Zeitgemäß angepasst, in einem Modell, das der heutigen Zeit hinsichtlich der Erfordernisse der Arbeitsbelastung und der Vereinbarkeit mit dem Familienleben entspricht. Schade eigentlich.