

Stellungnahme zum PVG / GRUG 2017

zum Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz 2017 – PVG 2017) und Änderungen der Begleitgesetze (GRUG 2017)

Das Primärversorgungsgesetz 2017 (PVG 2017) regelt die Voraussetzungen und den rechtlichen Rahmen, in dem in Umsetzung des Primärversorgungskonzepts „Das Team rund um den Hausarzt“ (PV-Konzept) unter der geschützten Bezeichnung „Primärversorgungseinheit“ eingerichtet und geführt werden können. Die Gesundheit Österreich GmbH begrüßt den vorliegenden Entwurf als wichtigen Meilenstein in der Umsetzung des bereits 2014 beschlossenen o.a. Primärversorgungskonzepts.

A. Stellungnahme zur Frage der Anstellungsmöglichkeit

Bezugnehmend auf das explizite **Ersuchen des BMGF**, ergänzend zur vorliegenden Fassung des GRUG 2017 die vorgeschlagene **Anstellungsmöglichkeit von Ärztinnen/Ärzten auch in PV-Einheiten, die als Gruppenpraxen** geführt werden auf ein Umsetzungserfordernis zu prüfen, erlauben wir uns nachfolgende Stellungnahme:

Im Gegensatz zu selbstständigen Ambulatorien ist eine Anstellung von Ärztinnen und Ärzten in gesetzlichen Grundlagen für Gruppenpraxen nicht vorgesehen. Das Primärversorgungsgesetz trifft zu dieser bestehenden Regelung (noch) keine Aussage.

Die Entwicklung des Anteils von Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin bleibt seit Jahren hinter jener der Fachärztinnen und Fachärzte zurück. Gleichzeitig kann in den kommenden 5 Jahren mit einem Wegfall von rund einem Drittel der derzeit aktiven Vertragsärztinnen und –ärzte für Allgemeinmedizin aufgrund der Erreichung des 65. Lebensjahres und einer damit verbundenen potenziellen Pensionierung gerechnet werden. Es sind daher Anstrengungen zu unternehmen, den Beruf Allgemeinmedizin insbesondere für Studentinnen und Studenten sowie für Berufs(wieder)einsteiger/-innen in die ärztliche Tätigkeit möglichst attraktiv zu gestalten, um die Primärversorgung als ausreichend belastbares Fundament der Gesundheitsversorgung in Österreich auch langfristig zu erhalten. Die Attraktivierung des Berufs Allgemeinmedizin ist neben der Verbesserung der ambulanten wohnortnahmen Versorgung der Bevölkerung als zweites Ziel des PVG 2017 explizit angeführt (siehe AWF Vorblatt/Ziel(e)).

In einer Recherche zu Motivationsfaktoren für den Beruf Allgemeinmedizin hat sich gezeigt, dass die Möglichkeit einer Teilzeitbeschäftigung und die Arbeit als angestellte/r Ärztin/Arzt deutlich in den Vordergrund rückt und zunehmend eingefordert wird. Eine der Ursachen ist ein neues Berufsrollenbild mit besserer Vereinbarkeit von Arbeit und Familie und – zumindest am Beginn – geringerem unternehmerischen Risiko, das vor allem von Frauen bevorzugt wird. Der Frauenanteil in der Ärzteschaft nimmt deutlich zu und ist in der Allgemeinmedizin besonders hoch.

Mit der Anstellungsmöglichkeit in Gruppenpraxen können diese Anforderungen an eine familienkompatible ärztliche Tätigkeit sowohl am Anfang der beruflichen Karriere als Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin sowie auch in späteren Lebensphasen mit Wunsch nach geringerer Belastung (Wiedereinstieg in Berufstätigkeit nach z. B. Kindererziehung, Ausstieg aus Berufsfeldern mit Nachtdiensten, Verbesserung der Work-Life-Balance insbesondere nach schon längerer intensiver Berufstätigkeit, u.v.m.) erfüllt werden. Die damit einhergehende Möglichkeit der Wahl einer je Lebensphase unterschiedlich intensiven ärztlichen Tätigkeit in den neuen Primärversorgungseinheiten in der Betriebsform von Gruppenpraxen bildet gegenüber anderen ärztlichen Berufen (fachärztliche Tätigkeit) einen deutlichen Vorteil und kann dazu beitragen, die Berufswahl zur Allgemeinmedizin positiv zu beeinflussen sowie bereits berufstätige Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin auch im Beruf zu halten und ihre Erfahrungen zu nutzen bzw. weiterzugeben.

Die Nachbesetzung von Einzelordinationen für Allgemeinmedizin mit allen Kassenverträgen wird zunehmend schwieriger; dies gilt umso mehr für ländlichen Regionen, wodurch die Aufrechterhaltung der wohnortnahen Primärversorgung der Bevölkerung gefährdet wird. Eine Möglichkeit dieser Entwicklung entgegenzuwirken kann die Versorgung durch eine Primärversorgungseinheit in der Betriebsform einer dislozierten Gruppenpraxis sein, wie sie für PV-Netzwerke explizit genannt werden (vgl. § 8 (1) Z 3), um die wohnortnahe Versorgung durch unterschiedliche Standorte auch in kleineren Gemeinden aufrecht zu erhalten. Das wird auch explizit durch § 9 Abs. 2 unterstützt, der vorsieht, dass „die Anzahl der Standorte die Anzahl der an der Gruppenpraxis beteiligten Gesellschafterinnen und Gesellschaftern überschreiten darf, sofern eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsbereich erreicht werden kann“. Bei dieser Konstellation ermöglicht der Einsatz von auch angestellten Ärztinnen/Ärzten eine medizinische Versorgung (ggf. auch zeitgleich) an allen diesen Standorten und kann die Anforderung an eine PV-Einheit die wohnortnahe ambulante Versorgung der Bürgerinnen und Bürger zu gewährleisten umso besser erfüllt werden.

Die Anstellungsmöglichkeit von Ärztinnen/Ärzten in PV-Einheiten in Form von Gruppenpraxen in der im Anschreiben des übermittelten Entwurfs zu GRUG 2017 darstellten Form (§ 9 Abs. 2) wird aus Sicht der Gesundheit Österreich GmbH aus o. a. Gründen als wichtiger Motivationsfaktor für die ärztliche Tätigkeit als Allgemeinmediziner/-in und notwendige Maßnahme

- zur Attraktivierung der ärztlichen Tätigkeit in der Primärversorgung und damit
- zur Sicherstellung der wohnortnahen Primärversorgung, insbesondere auch im ländlichen Raum

positiv beurteilt und unterstützt.

Zur Unterstreichung des Erfordernisses der Attraktivierung der ärztlichen Tätigkeit in der Primärversorgung in der Form, die Berufsausübung auch im Wege eines Angestelltenverhältnisses insbesondere in den neuen teambasierten Primärversorgungseinheiten zu ermöglichen, werden im Folgenden einige Zitate aus einer Recherche zu Motivationsfaktoren für den Beruf Allgemeinmedizin angeführt, wobei die Recherche nicht nur Ergebnisse von Befragungen von angehenden Medizinerinnen und Medizinern, sondern auch Ergebnisse von Expertenrunden und Konsenskonferenzen von praktizierenden Medizinerinnen und Medizinern und Interessensvertretungen in Österreich und im deutschsprachigen Raum berücksichtigt.

B. Allgemeine Stellungnahme

Zudem wären – in Hinblick auf die Absicherung der intendierten umfassenden Primärversorgungsfunktion – folgende Anpassungen in den weiteren Beratungen zu erwägen:

1. Aus Sicht der GÖG ist besonders begrüßenswert, dass in § 2 (1) Angebote zur **Förderung von Gesundheit als Aufgabe der Primärversorgungseinheit** genannt werden. Damit ist ein wichtiges Bekenntnis, eine wichtige Neuorientierung in Richtung Stärkung von Ressourcen gesetzt. Die dargestellten Anforderungen an die Primärversorgungseinheiten in Bezug auf niederschwellige Erreichbarkeit und erleichterten Zugang sind aus Sicht der Gesundheit Österreich sehr zu begrüßen, da diese eine zentrale Anlaufstelle für alle Personen aus dem Einzugsbereich sein soll, insbesondere auch für jene, die wenig räumlich und zeitlich mobil sind und – aus verschiedensten Gründen – schwerer Zugang zu komplexeren Gesundheitseinrichtungen haben.

§4 definiert die Anforderungen an die Primärversorgungseinheit, beschränkt sich dabei aber auf optimierte Diagnose- und Behandlungsprozesse, womit die in §2 (1) genannten **Angebote zur Förderung von Gesundheit** ausgeklammert bleiben. Um die dort genannte Intention zu konkretisieren, könnten hier zusätzlich Angebote zur Förderung von Gesundheit im allgemeinen Text explizit angeführt werden. Die Liste mit konkreten Anforderungen könnte daher um folgenden Aspekt ergänzt werden:

Z „10. Vernetzung und Zusammenarbeit mit Einrichtungen der psychosozialen Versorgung und der Gesundheitsförderung“, um ergänzend zu medizinischen Diagnosen und Behandlungen ressourcenstärkende Maßnahmen zu ermöglichen und einzuleiten, die über die Beeinflussung der körperlichen Determinanten der Gesundheit hinausgehen.

2. Zur operativen Umsetzung des PV-Konzepts wären zu den Anforderungen an die Primärversorgung gemäß **§ 4** noch folgender Punkt zu prüfen:

Ergänzungsvorschläge zu Z 6 Sicherstellung der Kontinuität

lit a) Ergänzung um den Aspekt der Multimorbidität mit den Herausforderungen auf mehreren Ebenen (z.B. zeitliches Management der unterschiedlichen Erkrankungen und Behandlungen, komplexes Arzneimittelmanagement, Bürokratie bei unterschiedlichen Anlaufstellen): „in der Behandlung und Betreuung insbesondere von chronisch **und/oder multimorbid** kranken Patientinnen und Patienten sowie Palliativpatientinnen und -patienten“ (siehe auch Inklusion der multimorbid Erkrankten in § 6 Abs. 1 Z 1 lit. c); in Analogie dazu wäre auch die Wortfolge in **§ 5 Abs. 1 Z 3** zu ergänzen: „die Versorgung von chronisch **und/oder multimorbid** Kranken“

3. Darüber hinaus werden zwar in § 4 Z 6 lit a) neben der Behandlung und Betreuung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten auch die **Palliativpatientinnen** und -patienten als Anforderung an die Primärversorgungseinheit genannt. Auch wenn die Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten nicht um Rahmen der durch die PV-Einheit

erbrachten Leistungen sondern auch durch Zusammenarbeit mit Palliativ- und Hospizteams sicherstellen ist und nicht zwingend als Kompetenz in der PV-Einheit selbst vorzuhalten ist, wird in Umsetzung der Anforderungen gemäß § 4 Z 6 lit a ersucht, § 6 Abs. 1 Z1 lit c um die Wortfolge „und Palliativpatientinnen und –patienten“ zu ergänzen.

4. Arbeitskräfte im Gesundheitswesen leisten einen wichtigen Beitrag für die Gesundheit der Österreich lebenden Menschen. Gute Arbeitsbedingungen sind nicht nur für gute Leistungen zentral sondern auch für das langfristige Halten gut qualifizierter Arbeitskräfte. Gute Arbeitsbedingungen sind daher ein wesentlicher Faktor für die Gesundheit der Arbeitskräfte und für die Qualität der erbrachten Leistungen. **§6 Abs. 2 lit b** sollte daher aus Sicht des FGÖ um folgenden Aspekt ergänzt werden: „**und zur Sicherstellung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**“
5. Präzisierungen in den Erläuterungen bzw. im zugehörigen Gesetzestext:
 - a. Bei der nicht abschließenden Aufzählung der weiteren möglichen eingebundenen Gesundheits- und Sozialberufen in **den Erläuterungen zu § 2 wird empfohlen auch Sozialarbeiter/-innen und Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten** zu nennen, da diese bereits derzeit in Kooperation mit bisher vernetzten bzw. kooperativ arbeitenden Anbietern eine Relevanz aufweisen.
 - b. Generell wird angeregt, die Begrifflichkeit „**Gesundheits- und Sozialberufe**“ wäre daher durchgängig im Gesetzestext als auch in den Materialien zu verwenden (ausgenommen Sonderregelungen für einzelne Arten von Gesundheits- oder Sozialberufen).

C. Anlage Zitate zu gewünschten Arbeitsformen in der Primärversorgung:

„Eine Patientenversorgung im Team bietet Hausärztinnen und Hausärzten die Chance, die steigenden Anforderungen der Versorgung chronisch Kranker zu bewältigen und dabei gleichzeitig eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf (**Teilzeittätigkeit/angestellte Tätigkeit**) zu erreichen“. [1]

„Bereits bei der ersten Befragung hat sich aber gezeigt, dass viele der künftigen Ärzte später befristet oder auch dauerhaft in **Teilzeit** arbeiten wollen“ [2]

„Ich wünsche mir für die Zukunft: Vereinbarkeit von Berufsleben und Familienplanung (Möglichkeiten der passageren Halbtagsstelle, **Angestelltenverhältnisse in Praxen**, unbefristete Verträge, Kinderbetreuung).“ [2]

„Eine **angestellte Tätigkeit ist deutlich attraktiver** als eine freiberuflische Tätigkeit, aber nur soweit diese – siehe Punkt 1 [Anm: Arbeit in der Versorgung von kranken Menschen] – in der Versorgung erfolgt. Fasst man die Optionen „Angestellter Arzt im Krankenhaus“, Angestellter Arzt im MVZ“ und „Angestellter Arzt in der Praxis“ zusammen, dann ist eine Tätigkeit als angestellter Arzt bei mindestens einer dieser Institutionen für 89 % eine attraktive Option.“ [2]

„Generell ist eine **angestellte Tätigkeit – in der ambulanten oder stationären Versorgung – für fast alle Befragten eine attraktive Option**, eine angestellte Tätigkeit in der **ambulanten Versorgung favorisieren vor allem die Frauen**. Dabei spielen **Wünsche nach Teilzeittätigkeit und geregelter Arbeitszeit** eine zentrale Rolle, die einem sich gewandelten Berufsrollenbild, der größeren Bedeutung von Freizeit, dem ausgeprägten Kinderwunsch und der Vereinbarkeit von Arbeit und Familie geschuldet sind.“ [2]

„Dies bedeutet, dass es ein deutlicheres weibliches Beschäftigungsprofil mit gewissermaßen typisch weiblichen Präferenzen gibt, die man auch klar benennen kann, nämlich eine **angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung** (MVZ und/oder Praxis).“ [2]

“A survey conducted in Germany found that more than 50 % of medical students, male and female, would prefer to have the **option of part-time postgraduate training** to spend more time with their families [51; Hartmannbund Verband der Ärzte Deutschlands. *Der Arztberuf von morgen – Erwartungen und Perspektiven einer Generation. 7 May 2012.*]“ [3]

“Younger doctors tend to prefer alternative forms of out-patient care provision: working in a multidisciplinary team is, for example, highly valued. Some graduates would even prefer to work as **salaried GPs in a group practice** instead of running their own practice [54; Isak V. *Ordination 2020: Wie der Ärztenachwuchs die Zukunft sieht. Österr Ärzteztg. 2014;23 Available at: <http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2014/oeaez-2324-15122014/worldcafe-ordination-2020-aerztenachwuchs-medizinstudium-absolventen-oeaek.html>*“.[3]

“New practice models, such as group-practices, that allow future GPs to **be employed** and

work part-time might help to recruit future (female) GPs, thus counteracting the impending shortage of GPs." [4]

„Mehr als jeder vierte Teilnehmer konnte sich auch eine **Tätigkeit als Angestellter** vorstellen. Dies könnte neben dem sich wandelnden Rollenverständnis des ärztlichen Nachwuchses ein Symptom der in Bezug auf eine selbstständige Tätigkeit erlebten **finanziellen Planungsunsicherheit** sein. [5]

Literatur

- [1] Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) – Ergebnisse der Klausurtagung (2012): Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen. DEGAM-Zukunftspositionen.
- [2] Jacob, R.; Kopp, J. (2015): Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014 – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Durchgeführt durch die Universität Trier im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.
- [3] Scharer, S.; Freitag, A. (2015): Physicians' exodus: why medical graduates leave Austria or do not work in clinical practice. In: Wien Klin Wochenschr 127/9–10:323–329
- [4] Tandjung, R.; Senn, O.; Marty, F.; Krauss, L.; Rosemann, T.; Badertscher, N. (2013): Career after successful medical board examination in general practice – a cross-sectional survey. In: Swiss Medical Weekly 143/w13839.
- [5] Steinhauser, J.; Annan, N.; Roos, M.; Szecsenyi, J.; Joos, S. (2011): Approaches to reduce shortage of general practitioners in rural areas – results of an online survey of trainee doctors. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 136/34–35:1715–1719