

An das  
Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen  
per Mail

[vera.pribitzer@bmgf.gv.at](mailto:vera.pribitzer@bmgf.gv.at)

[begutachtungsverfahren@parlament.gv.at](mailto:begutachtungsverfahren@parlament.gv.at)

Von:

Dr. Wolfgang Mückstein

Partner im ersten Primärversorgungszentrum MedizinMariahilf seit 4/2015  
Referent für Gruppenpraxen und neue Niederlassungsformen der Wiener Ärztekammer  
Kammerrat der Wiener Ärztekammer

### **Stellungnahme zum Entwurf des Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 – GRUG 2017**

Die Primärversorgungsebene der Österreichischen Gesundheitsversorgung ist im OSZE Vergleich schwach ausgebaut. Vielfach wissenschaftlich nachgewiesen z.B.:

<http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.602001&version=1410347801> oder [https://www.online-zfa.de/media/article/2013/01/6700BA42-004E-4891-9134-CB13A4E69ACC/6700BA42004E48919134CB13A4E69ACC\\_haidinger\\_selbstzuweiser\\_1\\_original.pdf](https://www.online-zfa.de/media/article/2013/01/6700BA42-004E-4891-9134-CB13A4E69ACC/6700BA42004E48919134CB13A4E69ACC_haidinger_selbstzuweiser_1_original.pdf) führt eine Stärkung der integrativen Versorgung auf der ersten Ebene zu einer kontinuierlicheren Patientenbetreuung und ist in der Lage die Inanspruchnahme der zweiten und dritten Ebene zu reduzieren. Dieses Konzept einer multiprofessionellen Versorgung in Kombination mit langen Öffnungszeiten ist in Österreich dringlich als Ergänzung zum derzeitigen Versorgungssystem in Einzelordinationen zu implementieren.

Nach 2 Jahren Pilotprojekt MedizinMariahilf zeigen die Evaluierungsergebnisse der Gesundheit Österreich GMBH das das breitere Angebot auch nichtärztlicher Leistungen in Kombination mit den längeren Öffnungszeiten zu einer signifikanten Reduktion der Inanspruchnahme Fachärztlicher Leistungen im Vergleich zum Wiener Hausarztchnitt geführt hat. Der Anteil von Stammpatienten ist gleich hoch wie in Einzelordinationen.

Es ist also im Interesse der Patienten, der Gesundheitsberufe und der Gesundheitspolitik optimale Bedingungen für die Etablierung neuer Versorgungsmodelle zu schaffen:

Veränderungsbedarf des Entwurfs besteht hier aus Anbietersicht bei:

1. Der Möglichkeit Ärzte bei Ärzten anstelle zu dürfen und **zwar im Ausmaß von 1 Vollzeitäquivalent pro Partner.** Der derzeitige Vorschlag „Die Zahl der angestellten Ärzte dürfen die Anzahl der Partner nicht überschreiten“ also 1:1, schränkt die Möglichkeiten auch Teilzeit zu beschäftigen stark ein da so zukünftig nur Angestellte Ärzte die zumindest eine 30h Anstellung anstreben in Betracht gezogen werden. Gerade die Möglichkeit nur z.B.: 10-15h zu arbeiten ist aber gerade für Frauen oft der Grund das Krankenhaus zu verlassen und in Ordinationen jetzt zu vertreten – und dann angestellt zu werden. Wir werden unter diesen eingeschränkten Anstellungsmöglichkeiten das Pilotprojekt MedizinMariahilf real nicht fortsetzen können.

Das Argument der Notwendigkeit der Abgrenzung zu Ambulatorien/Krankenanstalten kann bei diesem minimalen Unterschied wohl kaum ins Treffen geführt werden.

2. §342b (3) Die verbindliche Integration der nichtärztlichen Gesundheitsberufe im Kernteam entsprechend dem PHC Konzept. Es verwundert, dass es nach dem derzeitigen Entwurf möglich ist das eine PVE ausschließlich von einem/r ÄrztIn und einer DGKP entstehen kann. Die Verbindliche Aufnahme zumindest eines anderen Gesundheitsberufs in das Kernteam fehlt. Auch sind im Vergleich zum Entwurf vom 9.2.2017 die verbindlichen Pauschalzahlungen für ärztliche und nichtärztliche Gesundheitsleitungen auf jetzt nur ärztliche Leistungen reduziert worden. Damit werden die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe nicht mehr pauschaliert im Rahmens dieses Bundesgesetzes erfasst und daher erst auf Landesebene integriert. Die verpflichtende pauschale Abgeltung auch nichtärztlicher Leistungen macht es allerdings erst der SV möglich über das „Sachleistungsprinzip“ diese Leistungen auch honorieren zu dürfen.

*Ich möchte anregen auch Nichtärztliche Gesundheitsberufe verbindlich im Primärversorgungsgesamtvertrag zu umfassen. Auch ist es notwendig verbindliche, bundesweit einheitliche Grundsätze der Vergütung und Mindestentlohnung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe fest zu legen.*

Im Unterschied zum Entwurf vom 9.2.2017 sind Zahlungen für das Erreichen von Zielen jetzt nicht mehr verbindlich zu vereinbaren, sondern nur mehr „Gegebenenfalls Bonuszahlungen für die Erreichung definierter Ziele“ also Pay for Performance. Warum wurde das abgeschwächt?

3. Investoren dürfen nicht mehr Teilhaber eine PVE sein. Die ursprüngliche Regelung das PVE in Form von Gruppenpraxen mehrheitlich in ärztlichen Eigentum stehen müssen wäre m.E. wesentlich besser. Es würde klarstellen, dass zumindest 51% in Ärztlichem Eigentum stehen muss und auf der anderen Seite Möglichkeiten der Finanzierung eröffnen.

Abschließend möchte ich darauf hinweisen das die Förderung der derzeit geplanten 75 PVE bis 2021 das Problem der schwachen Primärversorgungsebene im Österreich nicht alleine lösen kann. Die Strukturierte Förderung auch von Einzelordinationen sind vor dem Hintergrund der zunehmenden Abwanderung österreichischer ÄrztInnen und der Pensionierungswelle der nächsten Jahre unabdingbar.

s.a. Vorschlag zur strukturierten Förderung aller Versorgungsmodelle:

<https://www.facebook.com/photo.php?fbid=1045021305599136&set=a.630273540407250.1073741826.100002738289697&type=3&theater>

Wien 16.05.2017

Wolfgang Mückstein