

Dr. Rudolf Püspök  
Reitschulgasse 7  
7131 Halbtorn

An die Begutachtungsstellen des  
Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen  
und des Parlaments  
Per E-Mail an  
[vera.pribitzer@bmgf.gv.at](mailto:vera.pribitzer@bmgf.gv.at) und  
[begutachtungsverfahren@parlament.gv.at](mailto:begutachtungsverfahren@parlament.gv.at)

Halbtorn, 18.5.2017

Betrifft: **Stellungnahme** zum Entwurf des Primärversorgungsgesetzes 2017 – **PVG 2017**

Ich nehme zum Entwurf des PVG 2017 als pensionierter Kinder- und Jugendarzt mit langjähriger Erfahrung in einer Kassenpraxis in Bruck an der Leitha wie folgt Stellung:

Das zur Begutachtung aufliegende Primärversorgungsgesetz (PVG) zielt explizit darauf ab, die Rahmenbedingungen für die Primärversorgung (PV) in Österreich grundsätzlich zu verändern. Dieses Ziel ist nachvollziehbar, weil es in den letzten Jahren zu zunehmenden Schwierigkeiten in der Nachbesetzung von Kassenstellen in der Grundversorgung und damit zu einer Gefährdung und Ausdünnung derselben gekommen ist. Darüber hinaus verlangen neue Herausforderungen in der Medizin auch andere Angebote, die über den bisher üblichen Standard hinausgehen.

Der Entwurf zum PVG enthält plausible und potenziell geeignete Instrumente, die zu einer Versorgungsverbesserung und –sicherung für Erwachsene führen können. **Der Entwurf berücksichtigt aber nicht die speziellen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen, wodurch für diese Altersgruppe eine Verschlechterung zu erwarten ist. Auch andere formulierte Ziele werden damit klar verfehlt werden.**

Als zentralen Punkt meiner Stellungnahme möchte ich den **§ 3 (2) 4.** des Entwurfes zum PVG herausgreifen, nämlich „*die Unterstützung der sachgerechten Versorgung von Patientinnen und Patienten im Hinblick auf den richtigen Zeitpunkt, den richtigen Ort, die optimale medizinische und pflegerische Qualität und die gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstige Erbringung der Leistungen*“ und auf die zu erwartende dahingehende Wirksamkeit bei Umsetzung des Gesetzesentwurfes eingehen.

In Österreich besteht derzeit in der Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen ein duales Versorgungssystem durch Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und für Pädiatrie. Dieses historisch gewachsene duale Versorgungssystem würde bei Umsetzung des Entwurfs zum PVG abrupt geändert, da Verbesserungen (z.B. Bildung von interdisziplinären, multiprofessionellen Teams, neue Modelle der Zusammenarbeit und Honorierung) für Pädiaterinnen und Pädiater nicht in geeigneter Form vorgesehen sind. Die vorgesehene Möglichkeit der Mitwirkung von Pädiaterinnen und/oder Pädiatern im Kernteam einer PV-Einheit nur in Verbindung mit Ärztinnen und/oder Ärzten für Allgemeinmedizin bei unverändertem Versorgungsauftrag für alle Altersstufen ist keine geeignete Lösung.

Es wird daher zu einem weiter sinkenden Interesse an Kassenverträgen kommen, was die Situation für die noch vorhandenen KollegInnen mit Verträgen verschärfen und die Abwärtsentwicklung beschleunigen wird. Die PV von Kindern und Jugendlichen würde daher zunehmend von Allgemeinmediziner\*innen übernommen werden müssen.

**Es muss mit größter Sorge und Nachdruck darauf hingewiesen werden, was die Folgen dieser durch das PVG mitverursachten Entwicklung sein können bzw. werden:**

- **die Gefahr eines Anstiegs der Mortalität bei Kindern und Jugendlichen:** in Ländern mit kombinierten Versorgungssystemen besteht bei Kindern und Jugendlichen durchschnittlich eine niedrigere Mortalitätsrate als in Systemen, in denen die Primärversorgung nur von Allgemeinmediziner\*innen getragen wird<sup>1</sup>. Allein diese Zahlen aus der internationalen Literatur sollten den Gesetzgeber zu größter Behutsamkeit bei einer so grundlegenden Änderung des Systems veranlassen. In Großbritannien wurde die hohe Mortalitätsrate u.a. mit einer geringen Ausbildung der Allgemeinmediziner\*innen in Pädiatrie erklärt<sup>2</sup>, in Österreich beträgt diese 3 Monate gegenüber 63 Monaten bei Kinder- und Jugendärzt\*innen.
- **Keine „optimale medizinische und pflegerische Qualität“:** der im Vorfeld oft zitierte „Best point of service“ kann für diese Altersgruppe nur bei Ärzt\*innen und Ärztinnen für Pädiatrie sowie Angehörigen von nichtärztlichen Gesundheitsberufen liegen, die für dieses Alter ausreichend ausgebildet sind. Auch bei den letzteren ist das keineswegs selbstverständlich. Neben dem Beitrag zu einer geringeren Mortalitätsrate bringt eine Versorgung durch Pädiater
  - ein besseres Management bei akuten Erkrankungen
  - ein besseres Management bei chronischen Erkrankungen
  - bessere Durchimpfungsraten und bessere Raten bei anderen Präventionsmaßnahmen<sup>3</sup>
- **Keine „gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstige Erbringung der Leistungen“:** eine Versorgung durch Pädiater bringt im Vergleich zu Allgemeinmediziner\*innen
  - weniger Spitalseinweisungen
  - weniger Medikamentenverschreibungen, besonders von Antibiotika
  - weniger Therapieanordnungen<sup>3</sup>

**Es ist abzusehen, dass das PVG bei Umsetzung laut Entwurf im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin einen möglicherweise fatalen Qualitätsverlust und Kostensteigerungen bewirken würde und ist daher nicht vertretbar. Es sollten auf dieses Alter spezialisierte Gesundheitsberufe ausreichend berücksichtigt werden.**

Ich schlage vor, im PVG die Möglichkeit zu schaffen, dass Kinder- und Jugendärzt\*innen und -ärztinnen unter Einschränkung des Versorgungsauftrages auf die Altersgruppe von 0-18 Jahren die gleichen Organisationsformen und Rahmenbedingungen wie den Ärzt\*innen und Ärztinnen für Allgemeinmedizin offen stehen. Damit könnte eine für diese Altersgruppe kompetente PV gefördert und gesichert werden.

Dr. Rudolf Püspök

<sup>1</sup> siehe Anhang 1 in

<http://www.polkm.org/archive/Modell%20PV%20KJ%20Letztfassung%2021.6.2015.pdf>

<sup>2</sup> Ingrid Wolfe u.a., How can we improve child health services? BMJ: British Medical Journal Vol. 342, No. 7803 (23 April 2011), pp. 901-904

<sup>3</sup> siehe Anhang 2 in

<http://www.polkm.org/archive/Modell%20PV%20KJ%20Letztfassung%2021.6.2015.pdf>