

Tätigkeitsbericht 2017

des Referats für Primärversorgungseinheiten der Wiener Ärztekammer

Referatsleiter:

Dr. Wolfgang Mückstein, Partner MedizinMariahilf, GP f. Allgemeinmedizin

Email: mueckstein@medizinmariahilf.at oder mueckstein@aekwien.at

Funktionsgebühr: 2.200€/Monat

Referatsbudget 2017: keines

Sekretariat: Frau Mag.a Milinski, Tel.: 51501/1222

Weitere Mitglieder: Dr. Kambiz Modarressy, Dr. Reinhard Dörflinger,
Dr. Franz Mayrhofer, Dr. Kamaleyan-Schmied

Schwerpunkte 2017

1. Gesundheitsreformumsetzungsgesetz (GRUG)
2. PVE Planung in Wien mit SV und Stadt

Ad 1)

Am 21.06.2017 wurde nach monatelangen Verhandlungen die bundesgesetzliche Basis für die Errichtung von PVE (Primärversorgungseinheiten) im Nationalrat beschlossen. Es wurde aus meiner Sicht als gravierendster Fehler in letzter Sekunde die Anstellung von Ärzten bei Ärzten wieder gestrichen obwohl sich hierzu eine stabile 2/3 Mehrheit abgezeichnet hat. Hier meine Stellungnahme zum GRUG 2017:

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 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 Hausarztschnitt 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 um 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 GRUG 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>

Ad 2)

Derzeit gibt es in Wien 5 3er-Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin die sich für die Umwandlung in eine PVE interessieren. Weiters ist bei 2 Vernetzungsmodellen die Planungsphase fast abgeschlossen. Bei gutem Wind werden also 2018 weitere PVE's in Wien an der Start gehen können.

Die Niedergelassene Kurie der Wiener Ärztekammer ist einstimmig übereingekommen, dass im Zuge der im Jänner 2018 gerade begonnenen §2 Kassen Honorarverhandlungen die zukünftigen Bedingungen für PVE (sowie das fertige Kindermodell, die AMA's (Allgemeinmedizinische Akutambulanz, etc. gemeinsam verhandelt und abgeschlossen werden sollen).

Als Bedingung für die Invertragnahme von PVE's auf Landesebene schreibt das GRUG 2017 einen Bundesweiten Gesamtvertrag zwischen dem Hauptverband der österr. SV Träger und der ÖAK vor. Dieser liegt im ersten Entwurf vor und wird ebenfalls gerade endverhandelt. Es ist hier zu erwarten das bundesweit nur ein sehr grobes Korsett vereinbart wird und eher grundsätzliche Rahmenbedingungen vereinbart werden. Die Planung und Honorierung bzw. in welcher Form andere Gesundheits- und Sozialberufe an PVE teilnehmen allerdings dann auf Landeseben entschieden wird. Niederösterreich und Oberösterreich haben bereits Verträge zwischen Land, SV und ÄK. Die so entstehenden erweiterten Gruppenpraxen od. Netzwerkmodelle sind aber bis zum Abschluss des bundesweiten Gesamtvertrags per definitionem keine PVE's.

Es wird abzuwarten sein welche Prioritäten die neue Bundesregierung bezüglich PVE setzt. Die SV in derzeitiger Form wird in Frage gestellt wird, die Zusammenlegung der Kassen bzw. die Errichtung einer ÖKK kolportiert. Welche Richtung hier eingeschlagen wird ist derzeit noch unklar und es wird 2018 hoffentlich eine Richtungsentscheidung hin zu einer Stärkung der Hausarzt(kassen-)medizin auch im Rahmen größeren Organisationseinheiten geben.

Dr. Wolfgang Mückstein

25.01.2018