

Kommentare zur Gesetzesvorlage:

01.05.2017

S.13

Die Versorgungswirksamkeit von WahlärztInnen, WahltherapeutInnen, Sanatorien und sonstigen **Wahleinrichtungen**, sofern von diesen sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbracht werden.

Die Miteinbeziehung der Wahlärzte ist problematisch, auch wenn sie sv-erstattungsfähige Leistungen erbringen

S.14

Die integrative Versorgungsplanung hat **patientenorientiert** zu erfolgen.

Warum nicht auch ärzteorientiert? - schließlich wirken sich die Arbeitsbedingungen von Ärzten sehr wohl auf die Patientenversorgung aus.

S.19/20

²¹ § 84a Abs. 1 ASVG

²² § 52b Abs. 2 Ärztegesetz 1998 bzw. § 26a Abs. 2 Zahnärztegesetz

²³ § 52c Abs. 2 Ärztegesetz 1998 bzw. § 26b Abs. 2 Zahnärztegesetz

Private, nicht-gemeinnützige Akut-Krankenanstalten (Sanatorien, SAN) übernehmen keine Versorgungsverpflichtung (kein Kontrahierungszwang) und sind daher der Planung der öffentlichen Gesundheitsversorgung eines Bundeslandes grundsätzlich nicht unterworfen. Werden nicht-gemeinnützige Krankenanstalten von Landesseite mit der Übernahme eines **öffentlichen Versorgungsauftrags** betraut, so sind die davon betroffenen Teile ebenfalls Gegenstand der Landeskrankenanstaltenplanung und unterliegen denselben Regelungen des ÖSG wie eine gemeinnützige Krankenanstalt.

Dies soll auch für Privat-/Wahlarztordinationen gelten

S.20

Die Qualitätskriterien des ÖSG sind grundsätzlich von **allen** GesundheitsdiensteanbieterInnen (GDA) einzuhalten. Ausnahme Wahlarztordinationen nach untenstehendem Text

In privaten, nicht-gemeinnützigen Akut-KA (SAN) ohne Kontrahierungszwang – und damit ohne Erfordernis von Vorhalteleistungen – sind v.a. die Strukturqualitätskriterien nicht immer unmittelbar anwendbar.

Dies hat auch für Wahlarztordinationen zu gelten

S.58

...um die **Lotsenfunktion** für von ihnen betreute PatientInnen zur Optimierung des patientenbezogenen Versorgungsprozesses wahrzunehmen.

Lotsensysteme bevormunden Patienten und belasten Ärzte

S.63

Die Behandlung und Betreuung der stationär und tagesklinisch versorgten PatientInnen wird in Betten (inkl. jener zur Nutzung als Tagesklinikplätze) auf Pflegestationen geleistet. Die Belegung kann dabei unterschiedlichen Kriterien folgen, wobei das Zusammenführen von **Patientengruppen mit ähnlichem Pflege-, Behandlungs- und Betreuungsbedarf** in räumlich-organisatorisch abgegrenzten Funktionsbereichen.....

Es war aus hygienischen Gründen ein epochaler Schritt, die Kranken nach Gruppen zu trennen – dies jetzt wieder zu verwerfen erscheint mir als Rückschritt. Das Pflegepersonal wird nicht mehr fachspezifisch sein und damit wird die Pflege an Qualität reduziert.

S.71

enormer bürokratischer Aufwand

S.73-89

Zentralistische Beschreibungen aller Tätigkeiten, die Individuellen Zugängen keinen Platz lässt.

S.93

Die Mindestfallzahl (MFS) für die Verrechenbarkeit von Leistungen ist sehr bürokratisch und sagt gar nichts über die Leistungen einer Abteilung aus. Ob jemand 1000 oder 10000 Eingriffe der gleichen Art durchführt, macht keinen Unterschied, außer, dass er vielleicht bei größerer Zahl nachlässiger wird.

S.158:

Ein funktionierendes Nahtstellenmanagement umfasst soziale, ärztliche, pflegerische, therapeutische und pharmazeutische Versorgung in ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen bzw. Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens. Gesundheitsförderung und Prävention sind ebenfalls als Teil eines funktionierenden Nahtstellenmanagements zu betrachten. Die Verbesserung des Managements an den Nahtstellen soll den Betreuungsverlauf patientenorientiert, rasch, reibungs- und lückenlos, effektiv, effizient und sinnvoll sicherstellen. **Umfassende Reglementierung, ein individuelles Abweichen gibt es nicht mehr.**

Analyse:

Die Zentralisierung ist weiterhin unübersehbar, es wird ein in 100 Jahren gewachsenes System umgestürzt und durch neue Strukturen ersetzt, deren Funktionieren unabsehbar ist. Sogar die Diktion wird umgestürzt und durch Termini ersetzt, die sich jeglichem Verständnis entziehen: zB Leistungs-**Matrix**. Was soll der Ausdruck Matrix, damit kann man überhaupt nichts anfangen. Die Vorgänge lassen an ein Verwirrspiel zum Ausschluss erfahrener Sachverständiger denken.

Meiner Ansicht nach wäre es besser, funktionierende Strukturen bestehen zu lassen und Fehlentwicklungen zu korrigieren.

Besonders wichtig erscheint mir, dass die privaten ärztlichen Einrichtungen nicht angetastet werden!

Prinzipiell ist festzustellen, dass das bestehende System funktioniert, aber nicht problemlos ist:

Probleme sind:

1. hohe Kosten
2. Mangelnde Kostentransparenz
3. Teilweise ineffiziente Strukturen
4. Mangelnde Kommunikation
5. Lange Wartezeiten
6. Aussparung der Eigenverantwortlichkeit der Patienten

Eine Korrektur der oben genannten Probleme könnte mit überschaubaren Aufwendungen erreicht werden. Leider ist ein völliges Abgehen von jeglicher Subsidiarität zu beobachten. Erst die Subsidiarität macht bedarfsgerechte Zugänge möglich. Der Zentralismus ist träge, ineffizient und nie bedarfsgerecht, weil nicht anpassungsfähig. Nachdem sich die staatlichen Planer von ihrem Vorhaben nicht abbringen lassen werden, sollten von Ärztekammerseite Initiativen zur Schaffung einer parallelen privaten Gesundheitswesen-Struktur unternommen werden!

Dr. WERNER Wolfgang
Arzt für Allgemeinmedizin
Obmann der Sektion AM
der AEKW
werner@aekwien.at