

**Entwurf des  
Gesundheitsreformgesetzes 2013  
GZ BMG-71100/0003-I/B/12/2013  
09.03.2013**

**Stellungnahme zum Entwurf des Gesundheitsreformgesetzes 2013**

MTD-Austria, der Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs (MTD) erlaubt sich höflich, als Vertreter der Interessen der im MTD-Gesetz, BGBl 1992/460/ idF BGBl I 2012/89 geregelten Berufe Biomedizinische Analytik, Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Orthoptik, Physiotherapie und Radiologietechnologie, zum o. a. Entwurf Stellung zu nehmen.

**Allgemeines**

MTD-Austria unterstützt die Zielsetzungen des geplanten Gesundheitsreformgesetzes. Das geplante Gesetz ist getragen von der Erkenntnis, dass neben ökonomischen Zielsetzungen, die gesundheitspolitischen Herausforderungen eine Reform der Versorgungsformen und der Leistungserbringung durch die Gesundheitsberufe erfordern. Die vorgeschlagenen Maßnahmen bleiben jedoch im Ansatz stecken, indem sie zu sehr auf *bestehende* Versorgungsstrukturen und Finanzierungsformen fokussieren und damit eine Reform möglicherweise im Keim erstickt wird. In diesem Sinne erlaubt sich MTD-Austria die folgenden kritischen Anmerkungen zum Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (GZ-G) zu machen und Anregungen für eine Reform der Versorgung durch Gesundheitsberufe in bedarfsgerechten innovativen Versorgungsformen zu geben.

**(Keine) Beschränkung des ambulanten Bereichs auf ärztliche Hilfe und derzeit dazu gleichgestellte Leistungen (siehe § 3 Z 1 GZ-G)**

Die geplante Einschränkung des niedergelassenen Bereichs auf die ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen im Sinne des Sozialversicherungsrechts ist aus Sicht der finanzierenden Sozialversicherung zwar verständlich, steht jedoch einer echten Reform im Weg. Vielmehr sollten die Potenziale innovativer Versorgungsmöglichkeiten durch dazu kompetente Gesundheitsberufe wie jene der MTD abseits der bestehenden Angebote im Rahmen einer Versorgungsforschung geprüft und im Rahmen von wissenschaftlichen Untersuchungen einschließlich einer ökonomischen Bewertung pilotiert werden. Die geänderten Bedarfe sind dabei zu berücksichtigen.

**Gesundheitsförderung versus Gesundheitsversorgung!?**

(siehe § 3 Z 3 G-ZG „Health in all Policies (Gesundheit in allen Politikfeldern)“ und § 19 G-ZG)

Die Begriffsbestimmung proklamiert die Bedeutung von Gesundheitsförderung in allen Politikfeldern, lässt aber die Gesundheitsförderung und die Prävention im Rahmen der Gesundheitsversorgung gänzlich unberücksichtigt! Wirksame Gesundheitsförderung und Prävention muss das gesamte Gesundheitssystem erfassen und daher zu einer Abkehr vom pathogenetischen Ansatz in der Versorgung hin zu einem salutogenetischen Ansatz führen.

Im Hinblick auf die Umsetzung können dafür auch Erkenntnisse aus Best-Practice-Beispielen herangezogen werden, wie z. B. aus den WHO-Projekten gesundheitsfördernder Krankenhäuser. Der Schlüssel für diesen Paradigmenwechsel sind dazu qualifizierte Gesundheitsberufe. Insbesondere die Ausbildungen zu Ärztinnen und Ärzten als derzeit zentral die Leistungen beeinflussenden Gesundheitsberufe benötigen eine salutogenetisch ausgerichtete Ausbildung. Für andere Gesundheitsberufe, wie für MTD, ist Gesundheitsförderung bereits integraler Ausbildungsbestandteil. Zusätzlich sollte Gesundheitsförderung wie Hygiene oder Qualitätsmanagement ein verpflichtender Aufgabenbereich von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung innerhalb des jeweiligen Versorgungsauftrags sein.

Die im vorliegenden Entwurf gänzliche Trennung von Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung, mit der ausschließlichen Koppelung der Finanzierung von Gesundheitsförderung an gesonderte Fonds, greift dabei zu kurz. Der bestehende personelle und damit finanzielle Ressourceneinsatz in der Gesundheitsversorgung sollte auch dazu genutzt werden, Gesundheitsförderung und Prävention in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung umzusetzen.

### **Förderung interdisziplinärer und multiprofessioneller Zusammenarbeitsformen durch Einbindung der Gesundheitsberufe wie MTD**

(siehe § 3 Z 6 G-ZG „Interdisziplinäre Versorgungsmodelle“, § 5 Abs. 2 Z 8 G-ZG Multiprofessionelle und integrative Versorgungsformen, § 5 Abs. 3 Z 5 G-ZG Disease Management Programme)

MTD-Austria begrüßt ausdrücklich die Absicht, interdisziplinäre Versorgungsmodelle zu fördern. MTD-Austria ersucht jedoch zu berücksichtigen, dass die Gegenüberstellung von „ärztlichen“ und „nicht-ärztlichen“ Gesundheitsberufen überholt ist. Die Herausforderungen der Gesundheitsversorgung bedürfen sowohl einer interdisziplinären als auch einer interprofessionellen Zusammenarbeit. Interdisziplinarität bezieht sich dabei auf Fachbereiche, die berufsunabhängig und nicht auf Ärztinnen und Ärzte beschränkt sind. So verfügen auch andere Gesundheitsberufe über spezifische Expertise in den angeführten Bereichen wie beispielweise in den Bereichen Innere Medizin, Gynäkologie, Labor, Radiologie. Auf die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen trifft der internationalen Literatur folgend hingegen der Begriff interprofessionell zu. In diesem Sinne sollte es sich hier um interdisziplinäre und interprofessionelle Versorgungsmodelle handeln. Dem gegenüber werden im Entwurf derzeit gesetzlich definierte Organisationsformen angeführt, die den bestehenden und künftigen Herausforderungen nicht gerecht werden. Zum einen ist das Primat der ärztlichen Versorgung, wie sich dieses z. B. aufgrund der gesetzlichen Regelung der Gruppenpraxis darstellt, überholt. MTD-Austria regt daher an, beispielsweise im Rahmen der Versorgungsforschung die *tatsächlichen* Versorgungsmodelle und -formen zu untersuchen, einschließlich einer Evaluierung der bestehenden Versorgungsformen wie jener der Gruppenpraxen und der selbstständigen Ambulatorien

und sich damit einen Überblick über die tatsächlichen interdisziplinären und interprofessionellen Strukturen zu verschaffen. Dabei sind insbesondere die Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen und den Berufen einschließlich der Entscheidungsstrukturen und Leistungen der einzelnen Berufe zu untersuchen. Dies sollte der Ausgangspunkt sein für allfällig erforderliche, gesetzliche Änderungen zu bestehenden, sowie sich aufgrund des Bedarfs ergebenden weiteren Organisationsformen.

In diesem Sinn ist die Anführung in § 5 Abs. 3 Z 5 G-ZG zu unterstreichen, wonach multiprofessionelle und integrative Versorgungsformen zu bevorzugen sind. Diese Aussage wird jedoch dadurch konterkariert, dass zu deren Bearbeitung gemäß § 5 letzter Satz G-ZG von Seiten der Gesundheitsberufe offenkundig vorrangig die betroffenen gesetzlichen Interessenvertretungen einzubeziehen sind. Dies widerspricht der Forderung nach Multiprofessionalität. Multiprofessionalität bedeutet das Einbringen von fachlicher Expertise zur Lösung gesundheitspezifischer Phänomene und Fragestellungen aus Sicht jedes Gesundheitsberufes, ohne dass dies, wie im Fall der interprofessionellen Zusammenarbeit, die *gemeinsame* Bearbeitung *eines* gesundheitlichen Problems, bzw. einer gesundheitlichen Fragestellung umfasst. Die im vorliegenden Entwurf fehlende Definition von multiprofessionellen Versorgungsformen sollte ergänzt werden. Die für eine inter- und multiprofessionelle Zusammenarbeit erforderliche fachliche Expertise bringen dabei jedenfalls alle Gesundheitsberufe ein, deren Ausbildung im tertiären Bildungsbereich verankert ist und wo daher Forschung und Entwicklung immanenter Bestandteil beruflichen Handelns ist. Das trifft insbesondere auch auf die MTD zu, deren Ausbildung seit dem Studienjahr 2010/2011 nahezu ausschließlich im tertiären Bereich erfolgt. Die jüngsten Kooperationsvereinbarungen zwischen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Fachhochschulen wie z. B. dem Wiener Krankenanstaltenverbund und der Fachhochschule Campus Wien, der niederösterreichischen Landkliniken-Holding und der Fachhochschule St. Pölten, der Tiroler Landeskrankenanstaltengesellschaft und der Fachhochschule Gesundheit Tirol zeugen von der Notwendigkeit, die Expertise dieser Gesundheitsberufe zur Lösung gesundheitlicher Fragestellungen einzubeziehen. MTD-Austria ersucht dringend, die Vertreter/innen der nicht in gesetzlichen Interessenvertretungen organisierten Gesundheitsberufe einzubinden, da die Zielsetzungen der geplanten Reform andernfalls mangels spezifischer Expertise der fehlenden Gesundheitsberufe nicht erreichbar sein werden.

Daher ist der letzte Satz in § 5 GZ-G zu erweitern auf „Bei der Bearbeitung der Handlungsfelder gemäß Z 4 und 5 werden unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Evidenz unter anderem die betroffenen gesetzlichen und sonstigen anerkannten Interessenvertretungen und Patientenorganisationen und –anwaltschaften sowie die allenfalls betroffenen medizinischen und sonstigen gesundheitswissenschaftlichen Fachgesellschaften einbezogen.“

## **„Primärversorgung“ (nicht) nur durch Ärztinnen und Ärzten!?**

(siehe § 3 Z 7 G-ZG)

In § 3 Z 7 G-ZG wird Primärversorgung definiert als allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung, die auch den Versorgungsprozess koordinieren und eine ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung gewährleisten soll. In weiterer Folge beschränkt sich die Primärversorgung mit Verweis auf internationale Vorbilder ausschließlich auf niedergelassene Ärztinnen und Ärzten, ohne die internationalen Vorbilder zu nennen. Dem ursprünglichen Konzept der WHO zufolge ist die primäre Gesundheitsversorgung – wie Primary Health Care zu übersetzen ist – eine umfassende gesellschaftliche Aufgabe, bei der Gesundheit Voraussetzung und Ergebnis einer gerechten Gesellschaft ist. Selbst die Beschränkung des Begriffs im westeuropäischen Kontext auf die Gesundheitsversorgung bedeutet aber nicht zwingend die ausschließliche Fokussierung des niedergelassenen Bereichs auf Ärztinnen und Ärzte. Das heißt, dass im Rahmen des Entwurfs mit Verweis auf internationale Vorbilder etwas präjudiziert wird, was international so nicht vorgegeben ist. Richtig ist vielmehr der interdisziplinäre und multiprofessionelle Ansatz, wie er nur teilweise und im vorliegenden Entwurf nicht durchgängig umgesetzt ist. Betrachtet man die heutigen gesundheitlichen Frage- und Problemstellungen, so ist zu hinterfragen, ob niedergelassene Ärztinnen und Ärzte immer die erforderliche Kompetenz zur Lösung jeder gesundheitlichen Frage- und Problemstellung aufweisen und in diesem Sinne in jedem Fall der „best point of service“ sind.

## **Zusammensetzung und Aufgaben der Bundesgesundheitskommission**

(siehe § 21 GZ-G)

Die Zusammensetzung der Bundesgesundheitskommission steht im Widerspruch zu ihren Aufgaben im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform. Wenn das Ziel interdisziplinärer, multiprofessioneller und integrativer Gesundheitsversorgung erreicht werden soll, dann bedarf es einer Zusammensetzung von Entscheidungsträgern, die dieses Ziel widerspiegeln. Das Gegenteil ist der Fall, die Bundesgesundheitskommission bleibt wie bisher zusammengesetzt. Es ist daher zu fordern, dass in der Bundesgesundheitskommission künftig jene Berufe vertreten sind, die wesentlich zur Lösung gesundheitlicher Fragestellungen beitragen können. Dazu zählen wieder die tertiär ausgebildeten Gesundheitsberufe wie die gehobenen medizinisch-technischen Dienste.

## **Zusammensetzung und Aufgaben der Bundes-Zielsteuerungskommission**

(siehe § 22 GZ-G)

Die Zielsteuerungskommission ist ausschließlich aus den Kostenträgern der Gesundheitsversorgung zusammengesetzt und kann Vorgaben für die Bundesgesundheitskommission machen. Unter dem Eindruck der angestrebten Kostendämpfung ist die Einrichtung dieser Kommission nachvollziehbar.



Dachverband der  
gehobenen medizinisch-  
technischen Dienste  
Österreichs

MTD-Austria  
Grüngasse 9 / Top 20  
A-1050 Wien  
office@mtd-austria.at  
[www.mtd-austria.at](http://www.mtd-austria.at)  
ZVR-Zahl 975642225

Es ist aber sicherzustellen, dass Entscheidungen zugunsten oder gegen bestimmte Versorgungsformen oder Dienstleistungen, wie im Entwurf beschrieben, auf wissenschaftlich fundierter Grundlage getroffen werden. Der Entwurf lässt offen, wie diese Grundlagen erarbeitet werden sollen. Aus Sicht von MTD-Austria ist der erfolgreich eingeleitete Prozess zur Implementierung der Rahmen-Gesundheitsziele das geeignete Forum, um die erforderlichen Maßnahmen zu planen und diese der Bundesgesundheitskommission sowie der Bundes-Zielsteuerungskommission mit Empfehlung zur Entscheidung vorzulegen.

### **Zusammenfassung**

Die Zielsetzungen des Entwurfes bedürfen über die vorgeschlagenen Maßnahmen hinaus Anstrengungen, um eine bedarfsgerechte Versorgung mit zunehmend chronischen Erkrankungen zu erreichen und aktuell notwendige Versorgungsformen zu etablieren. Insbesondere ersucht MTD-Austria dringend die hier vorgeschlagenen Maßnahmen für die Chance auf Realisierung einer längst erforderlichen interdisziplinären, inter- und multiprofessionellen Zusammenarbeit aufzugreifen.

Hochachtungsvoll

Mag. Gabriele Jaksch  
Präsidentin MTD-Austria

