

office@freiewohlfahrt.at

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Radetzkystraße 2
1030 Wien

p. Adr. Österreichisches Rotes Kreuz
Mag. Michael Opriesnig
Wiedner Hauptstraße 32
1040 Wien
Tel.: +43 1 589 00-122

GZ: BMGF-96100/0006-II/A/6/2017

per E-Mail an

vera.pribitzer@bmgf.gv.at; begutachtungsverfahren@parlament.gv.at

Stellungnahme zum Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz 2017 – PVG 2017) erlassen und das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz und das Unterbringungsgesetz geändert werden (Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 – GRUG 2017)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt (BAG) möchte anlässlich des oben genannten Entwurfes des PVG 2017 binnen offener Frist Stellung nehmen.

Der vorliegende Gesetzesentwurf zur Einführung von Primärversorgungseinheiten wird von der BAG grundsätzlich begrüßt. Durch die geplante multiprofessionelle Zusammensetzung, bessere zeitliche Verfügbarkeit und Ausweitung des Leistungsangebots können sie einen wichtigen Beitrag zur umfassenden und niederschwellig erreichbaren Gesundheitsversorgung leisten.

Caritas

Diakonie



volkshilfe.

In den Erläuterungen wird erwähnt, dass durch die Primärversorgungseinheiten auch eine „Brücke zur Pflege“ geschlagen werden soll. Damit das wirklich gelingen kann, braucht es mehrere stabile Pfeiler und akkordierte, „von beiden Ufern“ ausgehende Planungen und Konstruktionen.

Um in diesem Bild zu bleiben, sehen wir in diesem Entwurf eine Brücke, die in der Mitte des Flusses plötzlich aufhört. Für die Weiterführung dieser Brücke zum anderen Ufer, nämlich zum Pflege- und Betreuungssystem in Österreich fehlen uns noch wesentliche Konstruktionen und Pfeiler, die auch bei Hochwasser standfest bleiben. In besonderer Weise wird dies daran sichtbar, dass die Primärversorgungseinheiten Betreuungsaufgaben übernehmen sollen:

Hierbei wird im vorliegenden Entwurf der Begriff „Betreuung“ sehr umfassend für diagnostische, therapeutische, pflegerische und andere Leistungen verwendet. Darüber hinaus sind weder im Gesetzestext noch in den Erläuterungen nähere Definitionen zu finden. Der Begriff der Betreuung wurde aber insbesondere in den letzten 10 Jahren im Bereich der Langzeitpflege zur Abgrenzung von Fachpflege und medizinischen Tätigkeiten gegenüber sozialen an der Lebenswelt orientierten Aufgaben verwendet. Dies betrifft die Altenarbeit (insb. mobile Dienste, teil-stationäre Angebote), die Behinderten- oder etwa auch die Familienarbeit. Ohne einer klaren Beschreibung dessen, was im Primärversorgungsgesetz unter Betreuung zu verstehen sein wird (möglicherweise ist auch eine andere Begrifflichkeit sinnvoll) müssen Unklarheiten, die sich auf den gesamten Versorgungsbereich der Langzeitpflege negativ auswirken könnten, zu befürchten.

Hierbei darf auch darauf hingewiesen werden, dass die diesbezüglichen Formulierungen im Entwurf die Interpretation zulassen, dass mit den Primärversorgungszentren auch in die Gestaltung der Langzeitpflege eingegriffen werden soll, was im Hinblick auf die Länder gemäß Art. 15 Abs. 1 B-VG kompetenzrechtliche Zuständigkeit der Länder darüber hinaus gehende Fragen aufwirft.

Zu den einzelnen Punkten:

§ 2 Abs. 5 Primärversorgungsgesetz 2017 (PVG): Primärversorgungseinheit

Nach § 2 Abs. 5 PVG kann eine Primärversorgung entsprechend den örtlichen Verhältnissen entweder an einem Standort oder als Netzwerk an mehreren Standorten eingerichtet sein. Weiters wird geregelt, dass als Organisationsformen für an einem Standort eingerichtete Primärversorgungseinheiten nur die Form der Gruppenpraxis oder die eines selbständigen Ambulatoriums in Frage kommt.

Es wird in den Erläuterungen nicht dargelegt, aus welchem Grund es nicht möglich sein soll die Organisationsform eines Vereins auch für eine Primärversorgungseinheit an nur einem Standort einzurichten.






Es wird die Ergänzung vorgeschlagen, dass auch Vereine in diesem Zusammenhang in § 2 Abs. 5 Z 1 als lit. c angeführt werden.

Wir treten dafür ein, dass bei allen Organisationsformen ausdrücklich die Gemeinnützigkeit gegeben sein sollte. Die Primärversorgungseinheiten sind ein wesentlicher Teil der öffentlichen Gesundheitsversorgung und ein sorgfältiger und im Sinne der des Gemeinwohls nachhaltiger Umgang mit Beiträgen der Pflichtversicherung und Steuergeldern ist geboten.

§ 3 Abs. 2 Z 2 PVG Öffentliches Interesse

Das erweiterte Angebot insbesondere hinsichtlich pflegerischer und sozialer Leistungen könnte dem vorliegenden Entwurf folgend ggf. zu einer Verschiebung von bisher im Bereich der Langzeitpflege, im Bereich der Behindertenbetreuung und anderer sozialer Dienstleistungen (Ländersache) in den Kompetenzbereich des Bundes (Gesundheitswesen) führen. Dies hätte auch eine Entkoppelung von Auftraggeber und Finanzier hinsichtlich z.B. der Leistungen der Pflege und Betreuung im mobilen Bereich zur Folge.

Daraus könnte sich eine Änderung der bisherigen Versorgungslandschaft in Richtung Doppelstrukturen und Doppelgleisigkeiten ergeben.

Wir ersuchen in diesem Zusammenhang um Klarstellung, ob und in welcher Form diese erweiterten Aufgaben von Primärversorgungseinheiten wahrgenommen werden sollen.

§ 3 Abs. 2 Z 5 PVG Öffentliches Interesse

Werden in der Primärversorgungseinheit Leistungen erbracht (sh. §3 Abs.2 Z2 PVG), die bisher der Langzeitpflege, dem Behindertenbereich etc. zugeordnet waren, ist trotz Finanzierungsbeteiligung der Länder mit deutlichen Mehrkosten zu rechnen. Dies ist darin begründet, dass in den oben genannten Versorgungsbereichen immer auch Eigenbeteiligungen der Bewohner, Klienten, Leistungsempfänger im Ausmaß von durchschnittlich rd. 40 - 50%, bundesländerweise sehr verschieden, vorgesehen sind. Diese hohen Eigenleistungen sowie die geforderte individuelle Vermögensverwertung sind im Gesundheitswesen aus sehr guten Gründen nicht vorgesehen. Ebenso darf nicht außer Acht gelassen werden, dass durch die Eigenleistung der Leistungsempfänger auch ein gewisser Lenkungseffekt auf die Inanspruchnahme erfolgt.

§ 4 Z 6 PVG Anforderung an die Primärversorgung – Sicherstellung der Kontinuität

In § 4 Z 6 PVG wird die Sicherstellung der Kontinuität der Versorgung thematisiert.

In § 4 Z 6 lit c. wird weiters die Sicherstellung der Betreuung in anderen Versorgungsbereichen aufgezählt. Aus unserer Sicht, kann es sich hier nur um diagnostische und therapeutische Maßnahmen im eigenen Wirkungsbereich handeln, da die pflegerischen und sozialen Aufgaben in den anderen Versorgungsbereichen selbstverantwortlich übernommen werden.

Eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen der primären Gesundheitsversorgung und den Einrichtungen der Langzeitpflege ist uns ein großes Anliegen, allerdings kann eine Primärversorgungseinheit nicht in die Leistungserbringung in anderen Versorgungsbereichen eingreifen.

§ 5 Abs. 1 PVG Leistungsumfang der Primärversorgungseinheit

§ 5 Abs. 1 führt den Leistungsumfang der Primärversorgungseinheiten an. Es werden Zielgruppen und Tätigkeitsfelder genannt, für die die entsprechenden Kompetenzen gegeben sein sollen. Da sehr unspezifisch von z.B. Versorgung älterer Personen gesprochen wird ist für uns nicht ersichtlich, ob hier intendiert ist, zukünftig Aufgaben die bisher z.B. von der mobilen Pflege und Betreuung erbracht wurden zu übernehmen.

Um zukünftige Konflikte zu vermeiden und eine gute Zusammenarbeit zu ermöglichen, sollte der Leistungsumfang einer Primärversorgungseinheit klarer definiert werden.

§ 6 Abs. 1 Z 1 lit c. PVG Versorgungskonzept

Hier werden Regelungen zur Sicherstellung der Kontinuität der Betreuung von chronisch und multimorbid Erkrankten genannt. Abgesehen von der bereits thematisierten Notwendigkeit der Begriffsklärung punkto Betreuung, möchten wir darauf hinweisen, dass die Regelungen zur Sicherstellung der Kontinuität nur innerhalb der Primärversorgungseinheit Gültigkeit haben können. Um eine bestmögliche Kontinuität der Gesamtversorgung herzustellen, braucht es von allen notwendigen Partnern gemeinsam getroffene Vereinbarungen, welche nicht von der Primärversorgungseinheit vorgegeben werden können.

§ 8 Abs. 2 PVG Verträge mit der Primärversorgungseinheit

Die beschriebenen Leistungen, die angeführt werden, sind derzeit nicht alle vom Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) umfasst.

Es stellt sich daher die Frage, wer für diese Leistungen letztverantwortlich sein wird und bei welchem Kostenträger die Leistungen dann abzurechnen sein werden.

§ 9 Abs. 2 PVG Gruppenpraxen

Gesellschafter von Gruppenpraxen können nach §52a Abs. 3 Z 1 ÄrzteG derzeit nur zur selbständigen Berufsausübung berechtigte Ärzte sein.

Durch die Aufwertung der multiprofessionellen Zusammenarbeit erscheint es uns unerlässlich, dass zukünftig auch andere Gesundheitsberufe in der Organisationsform der Gruppenpraxis als Primärversorgungseinheit als Gesellschafter fungieren können.

§ 14 Abs. 2 Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten

Im Abs. 2 Zif. 2 wird von geeigneten Bewerbungen gesprochen. Weder im Gesetzestext noch in den Erläuterungen werden Kriterien für die Eignung genannt. Der im zweistufigen Auswahlverfahren genannte erweiterte Personenkreis für eine Bewerbung wird nicht näher spezifiziert.

Für uns stellt sich auch die Frage, ob das genannte Auswahlverfahren mit dem EU-Recht im Einklang steht.

Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den Angehörigen der Gesundheitsberufe und andern Vertragspartnerinnen und Vertragspartner

ASVG § 338 Abs. 1

In diesem Zusammenhang wird die medizinische Hauskrankenpflege erwähnt, für die es österreichweit sehr unterschiedliche Modelle der Beauftragung und Finanzierung gibt. Abgesehen von den unterschiedlichen Regelungen wird die medizinische Hauskrankenpflege von bei Trägerorganisationen angestellten diplomierten Pflegepersonen im Rahmen der mobilen Pflege (Hauskrankenpflege) erbracht.

Dieses System der Leistungserbringung hat sich bewährt und sollte beibehalten werden.

§ 342b Abs. 3 Gesamtvertrag

Hier werden im Honorierungssystem Bonuszahlungen für die Erreichung vereinbarter Versorgungsziele genannt. Diese Bestimmung ist sehr unklar. Zudem muss darauf hingewiesen werden, dass eine Berücksichtigung von Boni in der Honorierung im Pflege- und Betreuungssystem nicht vorgesehen ist und geradezu im Widerspruch zu den Vorgaben der Bundesländer stehen. Auch hier überschreitet der Entwurf eine Systemschnittstelle. Eine unterschiedliche Honorierungslogik für ein und dieselbe Leistung, je nachdem ob sie der Bund oder das Land bereitstellt, hat Potential, dem bestehenden Pflege- und Betreuungsangebot großen Schaden zu zuführen.

Wir ersuchen höflich um Berücksichtigung unserer Anliegen und verbleiben mit freundlichen Grüßen!



Mag. Michael Opriesnig
Vorsitzender der BAG

Mag. (FH) Erich Fenninger eh
stv. Vorsitzender der BAG

Caritas **Diakonie**

