



Bundesministerium für Gesundheit
und Frauen
Radetzkystraße 2
1031 Wien

BUNDESARBEITSKAMMER
PRINZ EUGEN STRASSE 20-22
1040 WIEN
wien.arbeiterkammer.at
DVR 0063673
ERREICHBAR MIT DER LINIE D

Ihr Zeichen	Unser Zeichen	Bearbeiter/in	Tel 501 65 Fax 501 65	Datum
BMGF- 96100/0006- II/A/6/2017	SV-GSt	Stephanie Prinzinger, Helmut Ivansits	DW 2407 DW 2695	17.05.2017

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)

Die Bundesarbeitskammer (BAK) bedankt sich für die Übermittlung des Entwurfes des Bundesgesetzes, 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) und nimmt dazu Stellung wie folgt:

Die BAK begrüßt grundsätzlich den gegenständlichen Gesetzesentwurf. Gegen einige Bestimmungen bestehen aber folgende grundlegende Bedenken:

- Die Anstellung von ÄrztInnen in Gruppenpraxen wird in Anbetracht des hohen Anteils an weiblichen Leistungsanbieterinnen und dem wachsenden Bedürfnis nach einer Work-Life-Balance befürwortet.
- Die BAK regt an, dass in Zukunft nicht nur ÄrztInnen GesellschafterInnen einer Gruppenpraxis sein können, sondern sich auch andere nichtärztliche Gesundheits- und Sozialberufe gesellschaftsrechtlich an Primärversorgungseinheiten beteiligen dürfen.

Die Gründung von selbstständigen Ambulatorien sollte auch VertreterInnen von Gesundheitsberufen offenstehen.

- Das vom Entwurf aufgestellte Erfordernis der Gemeinnützigkeit wird von der BAK kritisch beurteilt, weil es die rasche Umsetzung der Primärversorgung gefährden könnte.
- Die BAK lehnt Obergrenzen für standortbezogene Primärversorgungseinheiten ab, um nicht den Ausbau der Primärversorgung zu gefährden. In Primärversorgungseinheiten angestellte ÄrztInnen sind in vollem Umfang auf den Stellenplan anzurechnen.
- Zumindest dann, wenn keine Primärversorgungsgesamtverträge zustande kommen, sollen die Krankenkassen auch ohne Zustimmung der Ärztekammer Sondereinzelverträge schließen können.
- Die Krankenkassen sollen Ambulatorien zur Primärversorgung auch ohne Zustimmung der Ärztekammer errichten können. Das Errichtungsverfahren ist zu vereinfachen.
- Die im Entwurf vorgesehenen Gesamtverträge in der Primärversorgung müssen für alle Krankenversicherungsträger Geltung haben.
- Nach dem Entwurf müssen Primärversorgungseinheiten zwingend über einen Vertrag mit dem zuständigen Krankenversicherungsträger verfügen. Im Gesetz sollte ausdrücklich verankert werden, dass „Wahl-Primärversorgungseinheiten“ nicht gegründet werden dürfen.

I. Allgemeiner Teil

Zentrales Anliegen der Art 15a B-VG-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit und des darauf basierenden Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), BGBl I 2017/26, ist die strukturelle Verankerung der Primärversorgung nach internationalem Vorbild und deren sukzessive Stärkung. Die Primärversorgung soll als die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Fragestellungen und Problemen im Sinne einer umfassenden Erst- und Grundversorgung verstanden werden. PatientInnen können sich – so die Materialien – erwarten, dass der Versorgungsprozess koordiniert erfolgt und eine ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung gewährleistet wird. Primärversorgung soll gegenüber der jetzigen Versorgung eine verstärkte verbindliche Integration (Kommunikation und Kooperation) zwischen den Versorgungsbereichen bieten.

Die BAK unterstützt daher aus versorgungspolitischen Gründen den Aufbau und den raschen Ausbau der Primärversorgung in Österreich. Von der Sozialversicherung und von der Ärzteschaft wird diesbezüglich ein proaktives Vorgehen gefordert, zumal die Primärversorgung im öffentlichen Interesse (siehe § 3 des vorliegenden Entwurfs zum PVG 2017) liegt. Vor diesem

Hintergrund erscheint die Errichtung von 75 Primärversorgungseinheiten bis 2020 daher als nicht besonders ambitioniert.

Die BAK spricht sich für die rasche Errichtung von „heterogenen“ Versorgungszentren aus, in denen „unter einem Dach“ (fach-)ärztliche und nichtärztliche Gesundheitsberufe integrativ (multiprofessionell und interdisziplinär) Gesundheitsleistungen anbieten. In diesen Zentren soll die Primärversorgung künftig eine besondere Rolle in der Erst- und Grundversorgung spielen.

Durch das neue GRUG 2017 sollen die bereits im Konzept der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30.6.2014 „Das Team rund um den Hausarzt“ entwickelten neuen Primärversorgungsstrukturen in Österreich umgesetzt werden.

Die Primärversorgung ist nach folgenden Grundsätzen aufgebaut:

- Die Gesundheitsplanung auf Länderebene erfolgt auf der Grundlage des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) in den Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG), der zwischen Krankenkassen und den Ländern vereinbart wird und in dem auch die Primärversorgungseinheiten abgebildet sind. Die darin enthaltene Planung der Primärversorgung wird in zwischen den Krankenkassen und der regionalen Ärztekammer vereinbarten Stellenplänen umgesetzt.
- In bereits vor dem 1.1.2017 bestehende Vertragsverhältnisse der ÄrztInnen für Allgemeinmedizin mit der Sozialversicherung (SV) wird nicht eingegriffen. Für die beteiligten Berufsgruppen besteht aber die Möglichkeit zum freiwilligen Umstieg in das neue System. Hierfür ist ein spezifisches „abgestuftes“ Auswahlverfahren vorgesehen, wenn Ärztstellen neu- oder nachbesetzt werden.
- Die Primärversorgungseinheiten stehen in einem privatwirtschaftlichen Vertragsverhältnis zu den örtlich in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern. In Anlehnung an das bestehende Vertragspartnersystem ist für Gruppenpraxen ein bundesweit geltender Gesamtvertrag vorgesehen, der integrierender Bestandteil des Primärversorgungsvertrages ist. Für selbstständige Ambulatorien ist ein Primärversorgungseinzelvertrag abzuschließen. Kommt bis Ende 2018 kein Gesamtvertrag zustande, können die Krankenkassen Primärversorgungs-Sondereinzelverträge mit Primärversorgungseinheiten abschließen, die allerdings der Zustimmung der Ärztekammer bedürfen.
- Primärversorgungseinheiten können als Netzwerk oder standortbezogen als „Versorgungszentrum“ ausgestaltet sein und in jeder organisatorisch möglichen und rechtlich zulässigen Form betrieben werden, sofern sie Rechtspersönlichkeit aufweisen. Versorgungszentren können nur in der Organisationsform einer Gruppenpraxis (GmbH, OHG) oder als selbstständiges Ambulatorium geführt werden, Netzwerke auch als Vereine oder Genossenschaften. Netzwerke können nur von ÄrztInnen, Angehörigen

nichtärztlicher Gesundheits- und Sozialberufe oder deren Trägerorganisationen gebildet werden. In Primärversorgungseinheiten in Form von selbstständigen Ambulatorien dürfen GesellschafterInnen nur gemeinnützige AnbieterInnen gesundheitlicher oder sozialer Dienste, Krankenkassen oder Gebietskörperschaften sein.

- Jede Primärversorgungseinheit besteht aus einem Kernteam, das sich zwingend aus ÄrztInnen der Allgemeinmedizin und Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zusammensetzt. Diesem Team können bei Bedarf auch KinderärztInnen angehören. Unter dieser Voraussetzung können auch Angehörige von nichtärztlichen Gesundheitsberufen in die Primärversorgung eingebunden werden.
- Die Abgeltung der Leistungen durch die SV hängt davon ab, in welcher Betriebsform die Primärversorgungseinheit auftritt. In Frage kommen Grund- und Fallpauschale und die Vergütung von Einzelleistungen. Auf regionaler Ebene kann der Gesamtvertrag hinsichtlich der Honorare in einem Anhang begrenzt einer Modifikation unterzogen werden.
- Die freie Arztwahl bleibt erhalten. Die berufsrechtlichen Bestimmungen der Gesundheitsberufe bleiben ebenfalls von der Novelle unberührt.

Auf dieser Grundlage möchte die BAK auf einige vor allem in den politischen Verhandlungen aufgeworfene Fragen eingehen:

Die Primärversorgung soll mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet sein. Diese Regelung wird von der BAK ausdrücklich begrüßt. Das bedeutet, dass eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts als Träger einer Primärversorgungseinheit ausscheidet. Der Gesetzesentwurf steht auch der Gründung von Netzwerken an einem Standort entgegen; auch das hält die BAK für eine richtige Regelung.

Aus Sicht der BAK sollte das Kernteam einer Primärversorgungseinheit nicht nur aus ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie – bei Bedarf – aus FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde bestehen, sondern auch OrdinationsassistentInnen umfassen.

Da Kinder und Jugendliche (Altersgruppe 0 bis 18 Jahre) derzeit im niedergelassenem Bereich in einem gut funktionierenden dualen System von AllgemeinmedizinerInnen und PädiaterInnen versorgt werden, sollte diese Dualität nicht dadurch gefährdet werden, dass die Möglichkeit zur Errichtung von Primärversorgungszentren PädiaterInnen verwehrt wird und es dadurch möglicherweise weitere KinderärztInnen vorziehen, Wahlarztpraxen zu eröffnen und so die Sachleistungsversorgung ausgehöhlt wird. Orts- und bedarfsabhängig können spezialisierte Primärversorgungszentren für Kinder und Jugendliche gerade auch unter Einbeziehung funktionaler Therapien Sinn machen.

Orts- und bedarfsabhängig sollen auch Angehörige von anderen nichtärztlichen Gesundheits- und Sozialberufen als Pflegeberufe und Einrichtungen, in denen solche Personen beschäftigt werden, in die Primärversorgungseinheit eingebunden werden. Noch zu präzisieren ist aber, wo und nach welchen Kriterien dieser Bedarf zu ermitteln ist. Zu klären ist auch, von wem diese Leistungen letztlich im „Außenverhältnis“ abzugelten sind.

Bezüglich der Abgeltung von Leistungen durch die SV spricht sich die BAK für eine Dokumentation von Leistungen aus, die in Primärversorgungseinheiten erbracht werden, um Aufschlüsse zu erhalten, welche Leistungen von welchen Gesundheitsberufen erbracht wurden. Eine doppelte Abgeltung für ein und dieselbe Leistung, einerseits unter dem Titel „ärztliche Hilfe“ und andererseits im Rahmen der Grundpauschale für nichtärztliche Leistungen, muss verhindert werden.

Im Primärversorgungsvertrag sollen Leistungen, die derzeit in den Zuständigkeitsbereich des Landes fallen, auch künftig als Leistungen des Landes mit entsprechender Landesfinanzierung behandelt werden.

Es sind gesetzliche Regelungen dahingehend zu etablieren, dass die Finanzströme künftig den Grundsatz des „Best Point of Service“ berücksichtigen. Durch eine klare Zuordnung von Behandlungskompetenzen zu Primärversorgungseinheiten im Rahmen der Leistungsabgeltung soll eine Steuerung der PatientInnen zwischen intra- und extramuralem Bereich sowie im Rahmen des letzteren zwischen Primärversorgung und fachärztlicher Versorgung erfolgen. Ohne Mechanismen zur Steuerung der PatientInnen ist es unwahrscheinlich, dass es zu einer Veränderung der Inanspruchnahme von LeistungsanbieterInnen im Gesundheitsbereich kommen wird.

Die Frage, wer Vertragspartner des/der PatientIn ist, muss für alle Rechtsformen von Primärversorgungseinheiten beantwortet werden.

II. Zu den einzelnen Bestimmungen

Zu Art 1 (PVG)

Zu § 2 Abs 2:

Nach dieser Bestimmung hat die Primärversorgungseinheit jedenfalls aus einem Kernteam, das sich aus ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zusammensetzt, zu bestehen. Orts- und bedarfsabhängig können FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde Teil des Kernteams sein, darüber hinaus können auch Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe in die Versorgungseinheit eingebunden werden. Fraglich ist, ob ein Unterschied zwischen „Teil des Kernteams“ und „Eingebundenheit“ besteht.

Das österreichische Gesundheitsplanungssystem enthält zwei Planungsinstrumente, nämlich bundesweit den ÖSG und darauf beruhend den RSG der Bundesländer. Im RSG muss auch die Primärversorgung „abgebildet“ sein.

Während nach dem vorliegenden Entwurf (auch mehrere) Angehörige des gehobenen Dienstes der Pflege als Teil der Primärversorgungseinheit zwingend im Entwurf vorgesehen sind, können Angehörige von anderen Gesundheits- und Sozialberufen (zB MTD, SozialarbeiterInnen) orts- und bedarfsabhängig in die Primärversorgungseinheit eingebunden werden. Der Entwurf schreibt also Primärversorgungseinheiten nicht vor (arg „können“), im RSG geplante Leistungsangebote im Bereich der Pflege oder der MTD abzudecken. Er normiert keine Verpflichtung von Primärversorgungseinheiten, die im RSG getroffenen Bedarfsfeststellungen an nichtärztlichen Gesundheitsberufen abzudecken, wobei ohnehin zu beachten ist, dass der RSG nicht alle nichtärztlichen Gesundheits- und Sozialberufe von der Angebotsplanung erfasst, obwohl die integrative Versorgungsplanung nach § 18 des Vereinbarungsumsetzungsgesetzes 2017 (VUG 2017) sehr weitreichend ist und nahezu den gesamten ambulanten Planungsteil und Teile des Sozialbereiches umfasst. Da der RSG nach § 18 iVm § 21 des VUG 2017 nunmehr auch die Primärversorgung und insgesamt die integrative Versorgungsplanung (Pflegebereich, psychosoziale Versorgung) in quantitativer wie qualitativer Hinsicht umfasst, werden in Zukunft wohl entsprechende Datengrundlagen erstellt werden müssen, um eine objektive Beurteilung der „Orts- und Bedarfsabhängigkeit“ und damit eine umfassende integrative Planung des extramuralen Bereiches zu ermöglichen.

Grundsätzlich stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, was die Planungsinhalte vom RSG und jene der nach wie vor bestehenden Stellenpläne unterscheidet. Wiederholt findet sich nämlich im Entwurfstext die Anforderung, dass die Stellenpläne den RSG zu konkretisieren haben. Nach den Erläuterungen zu § 21 Abs 3 Z 2 dieses Gesetzes soll im RSG nur die Zahl der Primärversorgungseinheiten, nicht aber die konkreten Festlegungen zB von Ordinationsstandorten enthalten sein; das soll weiterhin Stellenplänen überlassen werden.

Da – wie dargelegt – Gesundheitsplanung über regionale Strukturpläne erfolgt und diese weite Teile der ambulanten Angebotsplanung enthalten sollen, ist davon auszugehen, dass der RSG auch darüber Auskunft geben soll, was „orts- und bedarfsabhängig“ ist. Danach sollte sich auch die Einbindung von Pflege und anderen nichtärztlichen Gesundheits- und Sozialberufen in die Versorgungseinheit richten. Dann ist aber auch zu klären, ob eine Primärversorgungseinheit öffentliche Versorgungsaufgaben übernehmen soll, also Teil der öffentlichen Gesundheitsversorgung sein soll. Die Kann-Bestimmung des § 2 Abs 3 des gegenständlichen PVG-Entwurfs kann nur unter der Bedingung gegen eine Ist-Bestimmung im Sinne einer Verpflichtung zur Bereitstellung einer bedarfsgerechten Versorgung mit ambulanten Leistungen durch die Primärversorgungseinheit ersetzt werden, wenn die hierfür an sich zuständige öffentliche Hand gegenüber der Versorgungseinheit auch für eine adäquate Abgeltung dieser Leistungen sorgt.

Aus den Materialien sollte klar hervorgehen, dass es die Aufgabe der Sozialversicherung ist, bei Bedarf die Primärversorgungseinheiten entsprechend auszuschreiben. Eine EU-weite

Ausschreibung ist nicht erforderlich. Für eine entsprechende Finanzierung der Leistungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe muss ebenfalls gesorgt werden.

Nach dem Primärversorgungskonzept „Das Team rund um den Hausarzt“ sollte das Kernteam aus den folgenden Berufsgruppen bestehen: ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und OrdinationsassistentInnen. Die OrdinationsassistentInnen sind im gegenständlichen Gesetzesentwurf bedauerlicherweise nicht mehr Teil des Kernteams.

§ 9 des Medizinischen Assistenzberufe-Gesetzes (MABG) regelt den Tätigkeitsbereich der Ordinationsassistentenz. Die Ordinationsassistentenz umfasst die Assistenz bei medizinischen Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung und Aufsicht. Nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung kann die Aufsicht durch einen Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgen, oder die Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege kann die angeordnete Tätigkeit im Einzelfall an Angehörige der Ordinationsassistentenz weiterdelegieren und die Aufsicht über deren Durchführung wahrnehmen. Der Tätigkeitsbereich umfasst die Durchführung einfacher Assistenz Tätigkeiten bei ärztlichen Maßnahmen, die Durchführung von standardisierten diagnostischen Programmen und standardisierte Blut-, Harn- und Stuhluntersuchungen mittels Schnelltestverfahren einschließlich der Blutabnahme aus den Kapillaren im Rahmen der patientennahen Labordiagnostik, die Blutabnahme aus der Vene, ausgenommen bei Kindern, die Betreuung der PatientInnen und die Praxishygiene, Reinigung, Desinfektion, Sterilisation und Wartung der Medizinprodukte und sonstiger Geräte und Behelfe sowie die Abfallentsorgung. Der Tätigkeitsbereich der Ordinationsassistentenz umfasst auch die Durchführung der für den Betrieb der Ordination erforderlichen organisatorischen und administrativen Tätigkeiten.

Wie bereits aus § 9 MABG ersichtlich wird, ist die Zusammenarbeit von ÄrztInnen mit Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und OrdinationsassistentInnen bereits jetzt gesetzlich vorgesehen. Aus Sicht der BAK würde es daher Sinn machen, dass diese drei Berufsgruppen Teil des Kernteams sind. In den Materialien wird festgehalten, dass nach dem Primärversorgungskonzept das Kernteam auch OrdinationsassistentInnen umfassen soll, weil diese nicht nur administrative, sondern als medizinische Assistenz auch entsprechende medizinische Tätigkeiten im Rahmen ihrer Berufsberechtigung an den PatientInnen verrichten dürfen. Eine entsprechende gesetzliche Verankerung wäre wünschenswert.

Der Entwurf sieht auch vor, dass FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde orts- und bedarfsabhängig Teil des Kernteams sein können. Die Beziehung von PädiaterInnen wird von der BAK begrüßt und sollte verstärkt erfolgen, damit die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in bedarfsgerechtem Umfang gewährleistet wird. Festgehalten wird, dass AllgemeinmedizinerInnen für die Altersgruppe 0 bis 18 Jahre derzeit keine vergleichbare Ausbildung haben. Aus diesem Grund wird die duale Betreuung von AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde, künftig im Rahmen eines Primärversorgungsteams, von der BAK begrüßt. Eine Aufschulung der AllgemeinmedizinerInnen im Fachgebiet Pädiatrie wird jedenfalls angeregt.

Darüber hinaus wird generell eine Aufschulung von praktischen ÄrztInnen in Primärversorgungseinheiten in den Disziplinen Geriatrie, Psychiatrie und für die Behandlung chronischer Erkrankungen notwendig. Es können aber auch nicht alle diplomierten Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege eine Spezialisierung im Bereich Kinder- und Jugendlichenpflege vorweisen. Darauf sollte verstärktes Augenmerk gelegt werden.

Darüber hinaus hält die BAK fest, dass PädiaterInnen die Möglichkeit zur Errichtung von Primärversorgungszentren nicht verwehrt werden sollte, da es ansonsten möglicherweise weitere KinderärztInnen vorziehen, Wahlarztpraxen zu eröffnen und so die Sachleistungsversorgung ausgehöhlt wird.

Zu § 2 Abs 3:

§ 2 Abs 3 sieht vor, dass orts- und bedarfsabhängig Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen und Einrichtungen, in denen solche Personen beschäftigt sind, von der Primärversorgungseinheit verbindlich und strukturiert eingebunden werden können. In den Materialien wird dazu ausgeführt, dass das Primärversorgungskernteam aus Gründen der Versorgungsqualität vorrangig um weitere primärversorgungsrelevante Berufsgruppen (deren Einsatz ohne fachärztliche Vor- und Begleitschreiben möglich ist) bzw um Einrichtungen erweitert werden, die durch verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit in das Primärversorgungsteam eingebunden werden. Aus Sicht der BAK wäre eine Aufzählung der in Betracht kommenden Berufsgruppen im Gesetzesentwurf selbst sinnvoll.

Die Mitarbeit der in den Materialien angeführten nichtärztlichen Gesundheitsberufe wird im Sinne der PatientInnenversorgung als sinnvoll erachtet. In Bezug auf die Honorierung wird jedoch angemerkt, dass künftig in Primärversorgungseinrichtungen nichtärztliche Leistungen erbracht werden, die im Leistungskatalog des ASVG derzeit nicht erhalten sind. Das ist auch im Hinblick auf § 81 ASVG, wonach Mittel der SV nur für gesetzlich vorgeschriebene Zwecke verwendet werden dürfen, zu beachten.

In den Materialien wird überdies ausgeführt, dass die Mitglieder des Primärversorgungsteams und die strukturiert eingebundenen Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe in engem und regelmäßigem Kontakt (Teambesprechungen) stehen und Austausch über die zu versorgenden Personen (Fallbesprechungen) pflegen. Diese Vorgehensweise wird im Sinne einer ganzheitlichen PatientInnenversorgung seitens der BAK sehr begrüßt.

Rechtlich ist hierbei jedoch zu beachten, dass es bei einer konkreten Fallbesprechung zu keiner Verletzung der Verschwiegenheitspflicht kommt. Bei der Zusammenarbeit zwischen Angehörigen von Gesundheitsberufen ist die in den Berufsgesetzen der meisten Gesundheitsberufe verankerte Verschwiegenheitspflicht jedenfalls zu beachten. Eine Entbindung durch den/die PatientIn wäre grundsätzlich ausdrücklich oder stillschweigend möglich. Nach der geltenden Rechtslage umstritten ist jedoch, ob ein/e PatientIn allein aufgrund des Umstandes,

dass er/sie eine Ordinationsgemeinschaft aufsucht, die dort tätigen Personen von der Verschwiegenheitspflicht untereinander entbindet (*Schneider in Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht Kap IV 2.2.2.2.*).

Da Zielsetzung der Primärversorgung aber gerade die Zusammenarbeit von Gesundheits- und Sozialberufen ist und daher Fallbesprechungen für eine bestmögliche Versorgung im PatientInneninteresse gelegen sind, wäre eine ausdrückliche gesetzliche Regelung, die sicherstellt, dass die Verschwiegenheitspflicht nicht verletzt wird, sinnvoll.

Zu § 2 Abs 4:

Eine Primärversorgungseinheit hat mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet zu sein. Sie muss im jeweiligen RSG abgebildet sein und über einen auf dem Sachleistungsprinzip beruhenden Primärversorgungsvertrag (§ 8) verfügen, wobei jedenfalls die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse Vertragspartner sein muss.

Aus Sicht der BAK ist das Erfordernis der Rechtspersönlichkeit eine zentrale Voraussetzung für die Gründung einer Primärversorgungseinheit. In den Materialien wird in diesem Zusammenhang zutreffend ausgeführt, dass bei der Zusammenarbeit mehrerer in Einzelordinationen tätiger ÄrztInnen es für Zwecke des Vertragsabschlusses und der Abrechnung mit der SV erforderlich ist, eine Rechtsform zu wählen, die selbst Rechtspersönlichkeit hat. Aus Gründen der Rechtssicherheit kann die BAK der Notwendigkeit dieser Anforderung nur zustimmen. Eine Primärversorgungseinheit in der Rechtsform einer Gesellschaft des bürgerlichen Rechts wird aus diesem Grund abgelehnt. Die Gründung von Netzwerken an einem Standort wird ebenfalls kritisch gesehen.

Zum Sachleistungsprinzip führen die Materialien noch ergänzend aus, dass Primärversorgungseinheiten ausschließlich Teil der in der Krankenversicherung vorrangigen Sachleistungsversorgung sind. Diese Regelung ist aus Sicht der BAK auch notwendig, um die Qualität der Primärversorgung kontrollieren und damit auch garantieren zu können. Privatleistungen sollen in Primärversorgungseinheiten nicht erbracht werden dürfen. Das ist im Gesetz ausdrücklich zu verankern.

Zu § 2 Abs 5:

Eine Primärversorgungseinheit kann entsprechend den örtlichen Verhältnissen an einem Standort oder als Netzwerk eingerichtet werden. Eine Primärversorgungseinheit an einem Standort kann nur in der Organisationsform einer Gruppenpraxis oder eines selbstständigen Ambulatoriums geführt werden. Wird eine Primärversorgungseinheit als Netzwerk (zB in Form eines Vereins) geführt, so kann diese nur aus freiberuflich tätigen ÄrztInnen, anderen nicht-ärztlichen Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen oder deren Trägerorganisationen gebildet werden.

Für die Gründung einer Gruppenpraxis sind die Bestimmungen des § 52a ÄrzteG maßgeblich. Diese Bestimmung sieht vor, dass als Rechtsform für eine Gruppenpraxis nur eine offene Gesellschaft oder eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Betracht kommt. Gemäß § 52a Abs 3 Z 1 ÄrzteG dürfen einer Gruppenpraxis als Gesellschafter nur zur selbstständigen Berufsausübung berechnigte ÄrztInnen angehören. Nach § 52a Abs 3 Z 2 ÄrzteG dürfen andere natürliche Personen und juristische Personen der Gruppenpraxis nicht als GesellschafterInnen angehören und daher nicht am Umsatz oder Gewinn beteiligt werden. Damit können sich andere nichtärztliche Gesundheitsberufe nicht an einer Gruppenpraxis als GesellschafterInnen beteiligen. Aus Sicht der BAK sollte die Beteiligung nichtärztlicher Berufsgruppen an Gruppenpraxen, die als Primärversorgungseinheiten geführt werden, rechtlich möglich sein. Auf diese Weise wäre eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe gewährleistet.

Im Rahmen von Netzwerken können sich nichtärztliche Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen allerdings gesellschaftsrechtlich beispielsweise zu einem Verein zusammenschließen. Festgehalten wird, dass ein Verein grundsätzlich einen ideellen Zweck verfolgen muss und nicht auf Gewinn gerichtet sein darf.

Die BAK spricht sich gegen Obergrenzen für den Ausbau der Primärversorgung in der Rechtsform von „Zentren“ aus. Der Ausbau von Versorgungszentren in Ballungsräumen ist grundsätzlich der Vorzug vor Netzwerken zu geben. Auf dem Land könnten relativ rasch Netzwerke nach zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer vereinbarten Grundmodellen errichtet werden.

Die BAK spricht sich überdies für die volle Anrechnung von in selbstständigen Ambulatorien angestellten ÄrztInnen auf den Stellenplan aus.

Zu § 6:

Nach § 6 ist im Innenverhältnis ein Versorgungskonzept zu vereinbaren. Hinsichtlich der zu erbringenden Leistungen sind in diesem Konzept die Versorgungsziele des Primärversorgungsteams, das verbindlich zu erbringende Leistungsspektrum sowie Regelungen zur Sicherstellung der Kontinuität der Betreuung von chronisch und multimorbid Erkrankten festzulegen. Betreffend die Organisation der Primärversorgungseinheit sind in diesem Konzept Regelungen zur Aufbau- und Ablauforganisation im Primärversorgungsteam, zur Arbeits- und Aufgabenverteilung und zur Zusammenarbeit im Primärversorgungsteam, zur aufeinander abgestimmten Verfügbarkeit (Anwesenheit, Rufbereitschaft, Vertretungsregeln) und örtliche Erreichbarkeit, insbesondere bei mehreren Standorten und zum gemeinsamen Auftritt nach außen zu treffen. Die BAK regt die Ergänzung um das Wort „interdisziplinär“ an, sodass die Bestimmung lauten würde: „... das verbindlich zu erbringende **interdisziplinäre** Leistungsspektrum ...“.

Abs 2 dieser Bestimmung normiert, dass wesentliche Änderungen den Krankenversicherungsträgern anzuzeigen sind. Aus Sicht der BAK wird eine Änderung dieser Bestimmung dahingehend angeregt, dass wesentliche Änderungen der Zustimmung der Krankenkasse bedürfen.

Das Versorgungskonzept ist ein Grundbaustein der Primärversorgung und wichtiger Qualitätsmaßstab. Durch Kontrolle kann die Einhaltung des Versorgungskonzepts gewährleistet werden. Das ist auch ein wesentlicher Unterschied zur hausärztlichen Versorgung.

Die Notwendigkeit einer Leistungsdokumentation innerhalb der Primärversorgungseinheit ergibt sich insbesondere in der Pflege, wo Pflegeleistungen von der Sozialversicherung (medizinische Hauskrankenpflege) und den Ländern (Grundpflege und von ÄrztInnen delegierte qualifizierte Pflegeleistungen) abgegolten werden. Das ist auch im Hinblick auf § 8 Abs 3 des PVG-Entwurfs notwendig, um als Krankenkasse finanziell nicht durch eine Doppelhonorierung derselben Leistung belastet zu werden. In diesem Zusammenhang ist mit Nachdruck festzuhalten, dass die von den nichtärztlichen Berufsverbänden im Rahmen ihrer Ausbildung erworbenen beruflichen Qualifikationen nicht von ÄrztInnen erbracht werden dürfen. So ist beispielsweise Ernährungsberatung nicht Aufgabe von ÄrztInnen, sondern von DiätologInnen, die diese Expertise im Rahmen der MTD-Ausbildung erworben haben.

An dieser Stelle stellt sich die Frage, wer Behandlungsverträge mit den PatientInnen schließt und wen die Haftung bei mangelhaft erbrachten Leistungen trifft. Ist die Primärversorgungseinheit eine Gruppenpraxis, schließt diese den Behandlungsvertrag ab (die ÄrztInnen trifft allenfalls die deliktische Haftung). Gleiches gilt bei einem selbstständigen Ambulatorium (hier wird die Dienstnehmerhaftpflicht wirksam). Liegt hingegen eine Primärversorgungseinheit in der Rechtsform zB eines Vereines vor, ist allerdings unklar, mit wem PatientInnen den Behandlungsvertrag abschließen.

Im Innenverhältnis ist eine Anstellung durch Primärversorgungseinheiten nicht nur zulässig, sondern wird sich wohl als arbeits- und sozialversicherungsrechtlich rechtskonforme Vertragsbeziehung zu Primärversorgungseinheiten erweisen, zumal davon auszugehen ist, dass in den meisten Fällen ohnehin eine durch das Weisungsrecht erfolgte Eingliederung in den Betrieb geboten ist und deshalb nach § 539a ASVG ein Dienstvertrag respektive Dienstnehmer-eigenschaft vorliegt (persönliche Abhängigkeit, persönliche Arbeitspflicht), auch wenn die Leistungen von selbstständig Erwerbstätigen erbracht werden. Das gilt insbesondere dann, wenn im Rahmen der Pflege von ÄrztInnen an Pflegekräfte delegierte Leistungen in der Primärversorgungspraxis vorgenommen werden oder ambulante Pflegeleistungen durch den gehobenen Dienst, der Teil des Kompetenzteams ist, als Folge von Weisungen hinsichtlich der Zeit, des Ortes und der Art der Tätigkeit ambulant erbracht werden. Nach diesen Grundsätzen ist selbstverständlich auch dann vorzugehen, wenn im Rahmen der Primärversorgungseinheit medizinisch-technische Leistungen oder beispielsweise Sozialarbeit erbracht wird.

Nur in seltenen Fällen werden die Voraussetzungen eines Werkvertrages vorliegen. Das könnte etwa dann der Fall sein, wenn zB freiberufliche Angehörige der MTD im Auftrag der Primärversorgungseinheit zur Leistungserstellung herangezogen werden, in aller Regel werden solche Leistungen aber von der Primärversorgungseinheit vermittelt und die Leistungen im Rahmen von mit PatientInnen oder Pflegebedürftigen abgeschlossenen Behandlungsverträgen zur Verfügung gestellt oder von Trägerorganisationen bereitgestellt werden.

Die Entgelthöhe hängt im „Innenverhältnis“ vom Dienstvertrag, vom Kollektivvertrag oder von der Werkvertragsvereinbarung ab. Das „Außenverhältnis“ bezieht sich auf die Abgeltung der Leistungen durch die Primärversorgungseinheit. Soweit es sich um Gruppenpraxen handelt, ist für die Honorierung ärztlicher Leistungen der Gesamtvertrag nach § 342b ASVG (samt Anhängen) maßgebend, hinsichtlich der nichtärztlichen Gesundheitsberufe sind die Leistungen zu „spezifizieren“, allerdings nur dann, wenn sie nicht in einer Grundpauschale (siehe § 342b Abs 3 und 4 ASVG) enthalten sind. Die SV hat bereits angedeutet, Leistungen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe pauschal abgelteten zu wollen (und praktiziert dies bereits in den wenigen bestehenden Primärversorgungseinheiten). Nichtärztliche Berufsgruppen, die bisher keine Vertragsbeziehungen mit der SV unterhalten, erhalten zwar durch die Primärversorgung künftig zusätzliche Erwerbsmöglichkeiten, auf – aus der Sicht der betroffenen Berufsgruppe – bestehende „schlechte“ Verträge hat die Primärversorgung keine unmittelbar verbessernde Wirkung.

Zu § 8 Abs 3 Z 3 und Abs 4:

Inhalt des Primärversorgungsvertrags für Primärversorgungseinheiten, die in der Betriebsform von Gruppenpraxen geführt werden, sind – hinsichtlich der durch nichtärztliche Gesundheitsberufe zu erbringenden Leistungen – die Spezifizierung dieser Leistungen samt deren Abgeltung, soweit diese nicht in einer Grundpauschale nach § 342b Abs 3 und 4 enthalten oder von § 8 Abs 3 Z 1 des PVG-Entwurfs umfasst ist. Aus Sicht der BAK ist darauf zu achten, dass es zu keiner finanziellen Doppelbelastung der Krankenkassen kommt.

Das könnte dann der Fall sein, wenn eine Leistung einerseits unter dem Titel „ärztliche Hilfe“ abgerechnet wird und andererseits eine Abgeltung für die nichtärztliche Leistung erfolgt. Nachdem auch Leistungen in Primärversorgungseinrichtungen erbracht werden sollen, die derzeit nicht in den Zuständigkeitsbereich der SV, sondern des Landes fallen, wie zB pflegerische Leistungen (mit Ausnahme der medizinischen Hauskrankenpflege) oder Sozialarbeit, wäre eine Festlegung der Finanzierung dieser Leistungen durch das Land im Primärversorgungsvertrag aus Sicht der BAK angebracht.

Generell wird in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen sein, dass die Primärversorgung dazu beitragen soll, dass Spitalsambulanzen entlastet werden. Sozialversicherungsträger leisten einen erheblichen Anteil der Finanzierung von Spitalsambulanzen. Die Finanzierung des intramuralen Bereiches sollte daher ebenfalls überdacht werden. Die Entlastung der Spitalsambulanzen darf zu keiner finanziellen Mehrbelastung der Sozialversicherung führen.

Eine Festlegung der nichtärztlichen Leistungen und deren Abgeltung sollte auch in Abs 4 für selbstständige Ambulatorien vorgesehen werden.

Zu § 9:

Aus § 9 Abs 1 des Gesetzesentwurfes folgt, dass abweichend von § 52a Abs 3 Z 4 ÄrzteG sich die Berufsbefugnis einer Primärversorgungseinheit in Form einer Gruppenpraxis auch aus der Berufsbefugnis der Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe ergibt.

Die BAK spricht sich ausdrücklich für die Formulierung des § 9 Abs 1 in der im Begleitschreiben angeführten Variante aus. Nach dieser Variante ergibt sich die Berufsbefugnis aus der Berufsberechtigung der an der Gruppenpraxis als GesellschafterInnen beteiligten ÄrztInnen, der angestellten ÄrztInnen sowie der angestellten Angehörigen anderer nichtärztlicher Gesundheitsberufe.

Die Anstellung von ÄrztInnen in Gruppenpraxen, die Primärversorgung erbringen, ist aus Sicht der BAK eine zentrale Regelung, um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, insbesondere von Frauen, zu fördern. Generell entspricht diese Regelung dem Konzept der Work-Life-Balance und ist daher als zeitgemäß zu bewerten. Viele junge ÄrztInnen präferieren auch eine ärztliche Tätigkeit abseits wirtschaftlicher Verantwortung und scheuen den Weg in die mit finanziellem Risiko behaftete Selbstständigkeit. Zu befürchten ist daher, dass ohne die Möglichkeit zur Anstellung von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin in Gruppenpraxen sich nicht ausreichend ÄrztInnen für Primärversorgungseinheiten finden könnten.

Nach Ansicht der BAK sollte die Frage der Anstellung von ÄrztInnen durch Gruppenpraxen nicht mit den Problemen der sog VertretungsärztInnen vermischt werden, die bei begründeter Abwesenheit eines Vertragspartners zum Einsatz kommen. Derzeit ist eine Vertretung in Gruppenpraxen nur bei begründeter Abwesenheit der GesellschafterInnen möglich. In Zukunft muss die Vertretung tunlichst zwischen den GesellschafterInnen organisiert werden.

Für den Fall der Änderung des § 9, dass ÄrztInnen in Gruppenpraxen für Primärversorgung angestellt werden dürfen, muss § 342 ASVG dahingehend angepasst werden, dass auch in Gruppenpraxen angestellte ÄrztInnen auf den Stellenplan angerechnet werden müssen.

Zu § 10 Z 4:

In einer Primärversorgungseinheit ist die ärztliche Leitung nach § 7 Abs 2 KAKuG maßgeblich zur persönlichen Berufsausübung verpflichtet. Der Begriff „maßgeblich“ ist ungenau. Es wird auch in den Materialien nicht näher erläutert, was darunter zu verstehen ist. Ein Mindestmaß an Ordinationsstunden wäre beispielsweise wünschenswert. Grundsätzlich sollten auch in Gruppenpraxen GesellschafterInnen ein Mindestmaß an Ordinationsstunden einer ärztlichen Tätigkeit erbringen.

Darüber hinaus wird festgelegt, dass GesellschafterInnen von Primärversorgungseinheiten in Form von selbstständigen Ambulatorien nur gemeinnützige AnbieterInnen gesundheitlicher oder sozialer Dienste, Krankenversicherungsträger oder Gebietskörperschaften sein dürfen. Diese Bestimmung könnte allerdings ihrem Wortlaut nach (arg „Gesellschafter“) so interpretiert werden, dass Alleineigentümer ein selbstständiges Ambulatorium als Primärversorgungseinheit betreiben dürfen.

Die Einschränkung auf gemeinnützige AnbieterInnen wird aus Sicht der BAK insofern kritisch gesehen, als dadurch der Aufbau der Primärversorgung gefährdet werden könnte. Insbesondere dann, wenn keine Gruppenpraxen zustande kommen, ist eine Primärversorgung über

Vertragsambulatorien ein sinnvoller Weg. Die BAK spricht sich daher für einen kontrollierten Zufluss privaten Kapitals in die Primärversorgung aus, um den Ausbau von Primärversorgungseinheiten zu beschleunigen.

Die Erreichung der offiziellen Ausbauziele bis 2020 wird aber maßgeblich davon abhängen, ob die Gebietskrankenkassen selbst für den raschen Ausbau mit eigenen Ambulatorien oder von Primärversorgungseinheiten in bereits bestehenden Ambulatorien sorgen. Hierfür müsste einerseits § 339 ASVG zumindest für den Fall der Primärversorgung geändert werden, andererseits wäre ein vereinfachtes Errichtungsverfahren noch vor der Vergabe nach § 14 des PVG-Entwurfs erforderlich.

Es wird daher angeregt, die privaten Gesellschaftsanteile in Primärversorgungseinheiten in der Organisationsform von selbstständigen Ambulatorien mit einem Drittel des Gesellschaftskapitals zu begrenzen. Allfälligen Befürchtungen, die mit der Errichtung gewinnmaximierender Unternehmen im Gesundheitsbereich verbunden sein könnten, ist entgegenzuhalten, dass die Sozialversicherung seit jeher in Verträgen mit freiberuflichen ÄrztInnen und anderen VertragspartnerInnen (einschließlich „Privatinstituten“) gezeigt hat, dass sie mit ihren Finanzressourcen durchaus effizient umzugehen imstande ist.

Unklar ist auch, ob Gesundheitsberufe GesellschafterInnen von selbstständigen Ambulatorien sein dürfen. Das wäre aus Sicht der BAK ein wichtiges Anliegen. Nach dem gegenständlichen Entwurf dürfen nichtärztliche Gesundheitsberufe nicht GesellschafterInnen einer Gruppenpraxis sein. Diese Regelung wird von der BAK ebenfalls kritisiert. Daher ist es aber zumindest ein wichtiges Anliegen, dass diese Berufsgruppen GesellschafterInnen eines selbstständigen Ambulatoriums sein dürfen. Eine gesetzliche Klarstellung wäre wünschenswert. In § 10 Z 4 sollte daher nach „dürfen nur [...]“ die Wortfolge: „Vertreter von Gesundheitsberufen“ eingefügt werden.

Es ergibt sich auch eine gravierende Ungleichbehandlung der Anbieterstrukturen, denn Primärversorgungseinrichtungen in der Form von Gruppenpraxen sind sehr wohl auf Gewinn orientiert. Durch die Formulierung des § 14 Abs 2 werden VertragspartnerInnen beim Auswahlverfahren ohnehin bereits bevorzugt, für eine doppelte Bevorzugung fehlt eine sachliche Begründung.

Falls die Anstellung von ÄrztInnen in Gruppenpraxen ermöglicht würde, müssen auch sie auf den Stellenplan angerechnet werden.

Zu § 14:

§ 14 Abs 2 legt fest, dass die Planungsvorgaben des RSG durch die Gesamtvertragsparteien im Verhandlungsweg im Stellenplan konkretisiert werden sollen. Durch die Übertragung der Planungsvorgaben des RSG in den Stellenplan im Verhandlungsweg mit der Ärztekammer wird die rasche Umsetzung von Primärversorgungseinheiten erschwert.

§ 14 Abs 5 sieht vor, dass durch den Vertragsabschluss die Vielfalt der AnbieterInnen gewahrt bleiben muss und in der Versorgungsregion keine die Versorgungsregion beherrschenden Eigentümerstrukturen entstehen. Unklar ist jedoch, was unter in einer Versorgungsregion beherrschenden Eigentümerstrukturen zu verstehen ist.

Zu Art 3 (88. Novelle zum ASVG)

Zu § 342 Z 2:

Regelt der Stellenplan die Umsetzung der Planungsvorgaben vor Durchführung eines Auswahlverfahrens nach § 14 Abs 3 nicht, so ist der Stellenplan im Falle des Vertragsabschlusses mit einem selbstständigen Ambulatorium um die Hälfte der im selbstständigen Ambulatorium gebundenen ärztlichen Vollzeitäquivalente und im Falle des Vertragsabschlusses mit einem Vertragspartner nach dem Sechsten Teil, erster Unterabschnitt, im vollen Ausmaß der in der Primärversorgungseinheit gebundenen ärztlichen Vollzeitäquivalente jeweils bei Freiwerden einer geeigneten Planstelle zu reduzieren. Aus Sicht der BAK sollte auch im Falle des Vertragsabschlusses mit einem selbstständigen Ambulatorium eine Anrechnung im vollen Ausmaß erfolgen.

Zu § 342b Abs 3:

Die Honorierung hat sich nach dieser Bestimmung aus Grund- und Fallpauschalen, Einzelleistungsvergütungen sowie gegebenenfalls aus Bonuszahlungen für die Erreichung definierter Ziele zusammensetzen und ist in Grundzügen im Gesamtvertrag zu vereinbaren. Art und Umfang der Tätigkeit sind auf Grundlage einer einheitlichen elektronischen Diagnosen- und Leistungsdokumentation zu vereinbaren. Die sich aus einzelnen Elementen zusammengesetzte Grundpauschale dient, unabhängig vom PatientInnenkontakt, zur Abgeltung der zur Verfügung gestellten Infrastruktur, der technischen und apparativen Ausstattung sowie der damit erbrachten Leistungen. Mit Fallpauschalen soll der Behandlungsaufwand pro PatientIn abgebildet werden, wobei nach Indikationsgruppen differenziert werden kann. Für Leistungen mit besonderem Betreuungs- und Behandlungsaufwand sind Einzelleistungsvergütungen zu vereinbaren.

Aus § 342b Abs 3 ASVG iVm § 8 Abs 3 Z 3 PVG kann der Rückschluss gezogen werden, dass unter der zur Verfügung gestellten Infrastruktur auch Leistungen nichtärztlicher Gesundheitsberufe zu verstehen sind. Aus Sicht der BAK wäre aber eine klare Regelung im § 342b Abs 3 ASVG wünschenswert, da der Wortlaut dieser Bestimmung das nicht explizit festlegt. Im Rahmen der Abgeltung sollte jedenfalls eine Dokumentationsverpflichtung gegenüber der Krankenkasse vorgesehen werden, welche Leistungen von ÄrztInnen und welche Leistungen von anderen Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen erbracht wurden. Das dient der Kontrolle der Abrechnungsmodalitäten. Darüber hinaus bietet es aber auch einen Rückschluss auf die Ausbildungsqualität einer Primärversorgungseinrichtung.

ÄrztInnen und nichtärztliche Gesundheitsberufe, die einen Teil ihrer Ausbildung in einer Primärversorgungseinheit absolvieren, müssen auch durch entsprechende praktische Tätigkeiten Erfahrungen sammeln können. Im derzeitigen Entwurf ist nur vorgesehen, dass „Art und Umfang der Abrechnung der Tätigkeit [...] auf Grundlage einer einheitlichen elektronischen Diagnosen- und Leistungsdokumentation zu vereinbaren sind“. Aus Sicht der BAK sollte der Satz wie folgt lauten: „Art und Umfang der Abrechnung der Tätigkeit sind auf Grundlage einer einheitlichen, **alle Berufsgruppen umfassenden**, elektronischen Diagnose- und Leistungsdokumentation zu vereinbaren“.

Der Entwurf sieht kein „Gate keeping“ im Sinne einer Einschreibung von PatientInnen bei Primärversorgungseinheiten vor. Daraus folgt, dass fachärztliche oder spitalsambulante Leistungen ohne Erstversorgung durch Primärversorgungseinheiten weiterhin ohne Einschränkungen in Anspruch genommen werden können. Daher wird die Primärversorgung zur Erreichung des Zieles „Best Point of Service“ eine klare Arbeitsteilung der Leistungsspektren zwischen diesen beiden Bereichen nach sich ziehen müssen, ansonsten wird auch in Zukunft die fachärztliche Versorgung allen Beteuerungen zum Trotz zuerst in Anspruch genommen werden. Folglich sind Vorkehrungen für eine nach dieser Arbeitsteilung ausgestalteten Honorarordnung zu treffen.

Zu § 342c Abs 13:

Der Entwurf sieht die Möglichkeit eines Primärversorgungs-Sondereinzelvertrages vor, wenn bis 31.12.2018 kein Gesamtvertrag nach § 342b ASVG zustande kommt. Solche Einzelverträge sollen nach Ansicht der BAK keiner Zustimmung der Ärztekammer bedürfen, um den Ausbau der Primärversorgung nicht unnötig zu behindern.

Die BAK ersucht um Berücksichtigung ihrer Stellungnahme.

Rudi Kaske
Präsident
F.d.R.d.A.

Alice Kundtner
iV des Direktors
F.d.R.d.A.