

**Entwurf des
Gesundheitsreformumsetzungs-
gesetzes 2017 | GRUG 2017**
BMGF-96100/0006-II/A/6/2017

MTD-Austria
Grüngasse 9 / Top 20
A-1050 Wien
office@mtd-austria.at
www.mtd-austria.at

Wien, 17.05.2017

**Stellungnahme zum Entwurf über ein
Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 – GRUG 2017**

MTD-Austria, der Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD), bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme und erlaubt sich zum o. a. Entwurf als Vertreter der Interessen der im MTD-Gesetz, BGBl 1992/460 idF BGBl I 2017/54, geregelten Berufe Biomedizinische Analytik, Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Orthoptik, Physiotherapie und Radiologietechnologie Stellung zu nehmen.

Grundsätzliches zur Primärversorgung und zum vorliegenden Entwurf

Das Konzept für eine Neustrukturierung der Primärversorgung wurde am 30. Juni 2014 durch die Bundes-Zielsteuerungskommission als bundesweite Zielsetzung beschlossen.

Multiprofessionelle Zusammenarbeit ist nicht zuletzt gemäß dem PHC-Konzept aus dem Jahre 2014 ein unverzichtbares Kernelement der Primärversorgung durch welche die multiprofessionelle Zusammenarbeit die Erstversorgung und die Behandlung chronisch kranker Menschen und psychisch kranker wesentlich verbessert werden sollen.

Entgegen dem ursprünglichen Konzept ist der vorliegende Gesetzesentwurf von einer nahezu ausschließlichen Fokussierung auf ärztliche Leistungen und dem Verhandlungsmandat der Österreichischen Ärztekammer für selbige geprägt.

Um multiprofessionelle und interdisziplinäre Versorgung der PatientInnen zu verwirklichen, müssen die gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe – als solche die gehobenen medizinisch-technischen Dienste – entsprechend im Gesetz abgebildet werden.

Der vorliegende Entwurf lässt eine Berücksichtigung der für die genannten Ziele der multiprofessionellen und integrierten Primärversorgung unabdingbaren „nicht-ärztlichen“ gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe vermissen.

Den vorliegenden Entwurf kennzeichnet in diesem zentralen Element der multiprofessionellen Leistungserbringung, Planung und strukturellen Konzeption der PVE allerdings ganz augenscheinlich die fehlende Orientierung am Primärversorgungskonzept, das am 30. Juni 2014 von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen wurde: im vorliegenden Gesetzesentwurf werden die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe grob vernachlässigt und erfahren sogar eine Schlechterstellung im Hinblick auf die derzeit geltenden gesetzlichen Bestimmungen für diese Berufsgruppen.

MTD-Austria fordert daher die verpflichtende Berücksichtigung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste sowohl im Rahmen der Anforderungen an die Struktur der PVE (Kernteam), deren Leistungsumfang als auch die verpflichtende in die Vertragsverhandlungen für eine Primärversorgungseinheit. Anders kann die erforderliche Expertise für die Versorgung der Bevölkerung nicht sichergestellt werden. So kann bereits der beispielhaften Anführung von MTD-Berufen in den Erläuterungen, siehe Seite 4 von 13, nicht gefolgt werden und entspricht nicht dem Primärversorgungsteam gemäß dem eingangs erwähnten Konzept.

[Zum Artikel 1 des GRUG 2017 den zu erlassenden Regelungen über das Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinrichtungen \(Primärversorgungsgesetz 2017 – PVG 2017\)](#)

Zu §2(2) und §3 PVG 2017 | Primärversorgungseinheit i.V.m Öffentlichem Interesse

Die durchgehende, systematische Einbindung und adäquate Abbildung der „nicht-ärztlichen“ gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe als Teil des multiprofessionellen Teams einer PVE, insbesondere der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, ist von maßgeblicher Notwendigkeit für die Bereitstellung des die PVE charakterisierenden und gem. §3(2) Z.2 das öffentliche Interesse an ihr begründenden erweiterten Angebot der Primärversorgungseinheit an *diagnostischen und therapeutischen* Leistungen sowie an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention.

Dieser eklatante Mangel ist im vorliegenden Entwurf des PVG 2017 jedenfalls zu beheben und kann nur in einer lückenlosen, systematischen Abbildung und somit Einflechtung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste in die entsprechenden Regelungen zur Bereitstellung der gem. §3(2) Z.2 und §5(1) als wichtiges Kriterium genannten „diagnostischen und therapeutischen Leistungen“ erfolgen.

Der §3(2) Z.2 sieht das öffentliche Interesse an der Errichtung und am Betrieb einer PVE insbesondere im „erweitertes(n) Angebot der Primärversorgungseinheit an (...) therapeutischen (Leistungen) sowie an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention“ begründet. Gleichzeitig wird jedoch diesem im §3(2) Z.2 zentral dargestellten Kernkriterium für das Bestehen eines öffentlichen Interesses – welches für die PVE als „wichtig“ postuliert wird – nämlich dem erweiterten Angebot insbes. an diagnostisch-therapeutischen Leistungen, ein widersprüchlicher Stellenwert in den Regelungen sowohl der Definition des Kernteams der Primärversorgungseinheit lt. §2(2), als auch den vagen Bestimmungen zur mit keinerlei Verbindlichkeit oder Anreiz versehenen Erweiterung der PVE um weitere diagnostisch-therapeutischen Leistungen gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe durch die Einbindung von nicht weiter definierten „Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen“ §2(3) zugemessen.

Daher sieht MTD-Austria die dringliche Notwendigkeit, das Kernteam gem. §2(2) PVG 2017 um zwei weitere gesetzlich geregelte Gesundheitsberufe – namentlich mindestens eine-/n Berufsangehörigen der gehobenen-medizinisch-technischen Dienste – zu erweitern.

Das Kernteam nach §2(2) sollte jedenfalls nebst Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin und Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege jedenfalls auch aus zwei weiteren Angehörigen gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe bestehen.

Flexibilität und die Abbildung des regionalen Bedarfs ist natürlich möglich indem das Ausmaß der angebotenen multiprofessionellen Leistungen des genannten Kernteams und des erweiterten Teams kann in Abhängigkeit zu regionalen Gegebenheiten der (bestehenden) Sachleistungsversorgung und zum konkreten Versorgungsauftrag der einzelnen PVE (Primärversorgungsvertrag gem. §8(3) PVG 2017) variieren kann.

Die derzeit im Entwurf vorgesehene, verbindliche Zusammensetzung einer Primärversorgungseinheit gemäß §2(2) PVG 2017 kann aus Sicht von MTD-Austria keine inhaltliche Änderung der Versorgung bewirken und ist daher nicht (bereits) als „Primärversorgung“ im Sinne des PHC-Konzeptes 2014 zu qualifizieren. Es handelt sich vielmehr um ein arbeitsteiliges Zusammenwirken in der Erbringung von bisher von AllgemeinmedizinerInnen, allenfalls bereits ohnehin gemeinsam mit den bereits angeführten Berufen erbrachten Leistungen.

Zu §5 PVG 2017 | Leistungsumfang der Primärversorgungseinheit

Es ist anzuerkennen, dass §5(1) den verbindlichen Leistungsumfang der Primärversorgungseinheit u.a. im Wege der (verbindlich) abzudeckenden breiten diagnostischen und therapeutischen Kompetenz festlegt.

Der eine PVE kennzeichnende Leistungsumfang erfordert daher insbesondere die verbindliche und strukturierte Einbindung u.a. der gehobenen medizinisch-technischen Dienste zwecks Einbindung einer breiten therapeutischen Kompetenz als Sachleistung in den Leistungsumfang des PVE. Diese, die PVE charakterisierende „breite therapeutische Kompetenz“ stellt im Sinne des §5(1) ein Kernmerkmal der PVE dar, als Grundlage der weiteren in Z.1-6 genannten Zusatz-Kompetenzen.

Dementsprechend ist der vorliegende Entwurf des GRUG 2017 um die Grundlagen für die adäquate Erfüllung des definierten Leistungsumfangs der für PVE notwendigen gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe – grundlegend in der Zusammensetzung einer PVE gem. §2 Abs.2 und 3 PVG sowie insbesondere den Grundlagen für die Bereitstellung des Sachleistungsumfangs der Primärversorgung nach den Regelungen der Verträge mit der PVE (§8 PVG) i.V.m der 88. Novelle zum ASVG – zu ergänzen.

Zu §10 PVG 2017 | Primärversorgungseinheit in Form von selbständigen Ambulatorien

Der Entwurf sieht vor, dass unter den im Entwurf genannten Voraussetzungen eine Bedarfsprüfung entfällt. MTD-Austria weist darauf hin, dass die Vertragsverhandlungen gemäß §14 des Entwurfs ausschließlich mit Ärztinnen und Ärzten sowie ärztlichen Gruppenpraxen geführt werden.

Verhandlungen mit anderen Berufen wie z.B. den gehobenen medizinisch-technischen Diensten sieht der Entwurf nicht vor. Das ist eine grobe Benachteiligung dieser Berufsgruppen und sachlich nicht nachvollziehbar.

Zu §12 PVG 2017 | Bezeichnungsschutz und Informationspflicht

§12(2) des Entwurfs sieht eine Informationspflicht über das Leistungsangebot vor. Es ist unverständlich, weshalb die Erläuterungen dies jedoch einschränken, indem angeführt wird, dass auf der Website der jeweiligen Primärversorgungseinheit lediglich sichtbar zu machen sei, welche Ärztin bzw. welcher Arzt zu welcher Zeit anwesend ist/sind. Diese Einschränkung unterstreicht einmal mehr die fehlende Orientierung am Primärversorgungskonzept aus dem Jahr 2014.

Zu §14 PVG 2017 | Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten

Der Entwurf sieht vor, dass sich Vertragsärztinnen und –ärzte um eine Primärversorgungseinheit bewerben können. Der Entwurf übersieht, dass Träger von Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Berufsangehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste sein können. Die Bestimmungen des Entwurfs sind daher und aufgrund der Tatsache, dass MTD derzeit nicht in die Erstellung der RSG eingebunden sind, grob benachteiligend, siehe in diesem Sinn auch Art. 2 Änderung des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes. MTD-Austria fordert daher eine verbindliche Einbindung in die Erstellung der RSG.

Zu Art. 2 Änderung des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes

§21(9) des Entwurfs zum G-ZG sieht die Möglichkeit vor, dass die gesetzlichen Interessenvertretungen der Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbieter ihre Interessen bzw. ihr Anliegen im Zusammenhang mit der Primärversorgung mittels eines Vorschlages auf Planung beim jeweiligen Land oder einem Sozialversicherungsträger einbringen können. Auch hier ist aus Sicht von MTD-Austria unverständlich, weshalb dies auf die *gesetzlichen* Interessenvertretungen beschränkt ist, zumal dies mit Ausnahme der Hebammen wiederum *ausschließlich* auf die Interessenvertretung von Ärztinnen und Ärzten zutrifft.

Diese Einschränkung scheint uns mit Blick auf die Herausforderungen beispielsweise bei der Betreuung chronisch Kranker etc. bedenklich. Daher fordert MTD-Austria, das Wort „gesetzlichen“ in § 21(9) des Entwurfs ersatzlos zu streichen.

[Zum Artikel 3 des GRUG 2017 der Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes \(88. Novelle zum ASVG\)](#)

Zu Artikel 3 Z.12, §342b ASVG und 342c ASVG

Der vorliegende Gesetzesentwurf konzentriert sich geradezu ausschließlich auf Fragestellungen der Rahmenbedingungen für ärztliche Leistungen des niedergelassenen Bereichs, welche als ärztliche Primärversorgungsleistungen einer spezifische Verankerung im PVG 2017 i.V.m. dem ASVG zugeführt werden sollen.

Auf der Basis der Einbettung in die gesamtvertraglichen Regelungen des Sechsten Teils des ASVG werden namentlich „ärztliche Leistungen“ als solche der Primärversorgung einer gesamtvertraglichen Regelung zugeführt und als „ärztliche Leistungen“ ins Verhandlungsmandat der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) als Gesamtvertragspartei gegenüber dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger (HVB) gelegt. Gleichzeitig soll dieser neue Gesamtvertrag gem. § 342b (2) Z.1 als verpflichtenden Gegenstand jedoch das aus den §§4 bis 6 des PVG 2017 abgeleitete Mindestleistungsspektrum einer PVE regeln.

Dabei ist gem. § 342b (3) durch die genannten Gesamtvertragsparteien – HVB und ÖÄK - ein verbindliches Honorierungssystem zu gestalten, welches bezüglich der Leistungen der Primärversorgungseinheit auch dazu beitragen muss, dass die dem PVG 2017 zugrunde liegenden umfassenden und keineswegs ausschließlich auf die ärztliche Leistung reduzierbaren Ziele des PVG 2017 (§§ 4 bis 6) erreicht werden.

Diese durch die Regelungen des Gesamtvertrages über Primärversorgungsleistungen zu erreichenden in den §§ 4 bis 6 formulierten Ziele des PVG 2017 umfassen unter anderem:

- gemäß §5(1) die Abdeckung einer *breiten diagnostischen, therapeutischen* und pflegerischen *Kompetenz* sowie
- gemäß §6(1) die Vereinbarung eines Versorgungskonzepts welches sowohl die Eckpunkte sowohl des Umfangs der Leistungen der PVE als auch der Organisation der PVE zu regeln hat.

Daher ergibt sich das überaus irritierende Bild, dass ein Kernpunkt der multiprofessionellen Primärversorgung in PVE, welche unmittelbar die Leistungen und Rahmenbedingungen der Leistungserbringung des multiprofessionellen Teams *aller* gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe maßgeblich regeln, *ausschließlich* in das Verhandlungsmandat der Österreichischen Ärztekammer als

Gesamtvertragspartner des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger gelegt wurde.

Die Basis der multiprofessionellen Leistungen und der Zusammenarbeit für die PatientInnen im Kontext der PVE liegt in der strukturierten Verankerung der gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe, in der Verhandlung der Leistungen, als auch der Konzeption der PVE im Zusammenhang des RSG, als auch der Verhandlungen auf regionaler Ebene mit den zuständigen Kostenträgern. Die gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe müssen über die Beteiligung der entsprechenden Berufsvertretungen – namentlich MTD-Austria – an der Verhandlung eines einheitlichen Gesamtvertrages über die ärztlichen, als auch die Leistungen weiterer gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe im Entwurf der Primärversorgung als weiterer Versorgungssäule einbezogen und damit adäquat abgebildet werden.

Die Rolle der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, welche diese bereits im Rahmen der extramuralen Sachleistungserbringung auf der Grundlage von einzelvertraglichen Beziehungen aufgrund des ASVG bei der Versorgung breiter PatientInnengruppen mit physiotherapeutischen, logopädischen und ergotherapeutischen Leistungen einnehmen, müsste in einer adäquaten Umsetzung der Primärversorgung gem. dem Konzept aus dem Jahre 2014 als wesentliche Versorgungssäule umgesetzt werden. Dies sollte in der systematischen Umsetzung der im vorliegenden Entwurf gewählten Einbettung der Leistungen der Primärversorgung in die Systematik der kollektivvertraglichen Regelungen des Sechsten Teils des ASVG in einem entsprechenden Anteil an einem umfassenden Primärversorgungs-Gesamtvertrag erfolgen.

Der im Entwurf skizzierte Primärversorgungs-gesamtvertrag nennt jedoch - in eklatantem Widerspruch zur bereits durch den Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission aus 2014 und der im Gesundheitsreformgesetz gewählten Definition der Primärversorgung als multiprofessionelle und integrative Versorgung – schlichtweg nur die ärztlichen Leistungen. Vielmehr besteht die Primärversorgung aus einem Anteil ärztlicher Leistungen und notwendiger Weise einem Anteil an Leistungen der gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe, welche nicht der ärztlichen Leistung zuzuordnen sind.

Diese Leistungen, bilden dank der Bereitstellung auf der Basis der Regelungen des Sechsten Teils des ASVG insbesondere aufgrund der Einzelverträge mit den Vertragspartnern unter den Angehörigen der Gesundheitsberufe eine fundamentale Versorgungsbasis für PatientInnen mit Leistungen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste. Nicht zuletzt hat erst jüngst der Kindergesundheitsdialog die Versorgungsrolle der Vertragspartner, die wesentliche Rolle dieser Leistungen in der Versorgung und den Bedarf an Vertragsabschlüssen im Bereich der gehobenen medizinisch-technischen Dienste untersucht und belegt.

Im vorliegenden Entwurf ist keine gesamtvertragliche Regelung zwecks einer bundesweit einheitlichen Bereitstellung aller notwendigen Primärversorgungsleistungen durch „nicht-ärztliche“ gesetzlich geregelte Gesundheitsberufe vorgesehen.

Es sind auch keine gesetzlichen Grundlagen vorgesehen, um verbindliche, bundesweit einheitliche Grundsätze der Vergütung und Mindestentlohnung der „nicht-ärztlichen“ Gesundheitsberufe zu sichern.

Demzufolge würde die Entscheidung über die Einbindung bzw. Anstellung der gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe auf Landesebene im einzelnen Primärversierungsvertrag individuell und ohne objektivierte Grundlage erfolgen. Damit stellt der Gesetzgeber die „nicht-ärztlichen“ Gesundheitsberufe unter eine Art „Verhandlungskuratel“ der Ärztekammer und der Ärzteschaft bzw. wären diese Gesundheitsberufe den Interessen der Länder und der regionalen Sozialversicherungsträger und deren jeweiliger Bereitschaft zur Einbettung und Finanzierung von „nicht-ärztlichen“ Leistungen ausgeliefert. Die Ärztekammer bzw. eine Gruppe von ÄrztInnen, die ein PVE betreiben wollen, würden für die „nicht-ärztlichen“ Gesundheitsberufe verhandeln.

Das steht dem Geist der Primärversorgung diametral entgegen und würde einen massive Schlechterstellung der „nicht-ärztlichen“ Gesundheitsberufe im Vergleich zu ihrer derzeitigen Bereitstellung aufgrund des ASVG bedeuten. Daraus folgt, dass auch die PatientInnenversorgung – die ein Kernkriterium des Öffentlichen Interesses gem. §3 PVG darstellt – in der derzeitigen Konzeption unzufriedenstellend gewährleistet ist.

Es ist daher ein bundesgesetzlich verankerter, einheitlicher Primärversorgungsgesamtvertrag für Leistungen der ärztlichen Hilfe und die Leistungen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (und anderen Vertragspartnern) ist vorzusehen.

Auf Basis der Regelungen des Sechsten Teils des ASVG §§338 ff. ist im durch den Entwurf gewählten gesamtvertraglichen System ein einziger alle Leistungen der Primärversorgung umfassender Primärversorgungs-Gesamtvertrag abzuschließen, der als integrative Bestandteile sowohl die ärztlichen Leistungen als auch die Leistungen gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe der Primärversorgung – namentlich der gehobenen medizinisch-technischen Dienste – enthält.

Der Teil des Gesamtvertrages betreffend die Leistungen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste ist zwischen dem Dachverband der Berufsverbände der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, MTD-Austria und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger zu verhandeln und abzuschließen.

Aufgrund des wesentlichen Stellenwertes der Leistungen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste in einer durch den Gesetzgeber intendierten Primärversorgung als wesentliche Versorgungssäule für die österreichische Bevölkerung, der Komplexität und Diversität der Leistungen

und der etablierten Rolle als Berufsvertretung, ist MTD-Austria als Verhandlungspartner für den entsprechenden Anteil des einheitlichen Gesamtvertrages über Primärversorgungsleistungen vorzusehen. Eine Vertretung durch den Dachverband der Berufsvertretungen der sieben Sparten der gehobenen medizinisch-technischen Dienste – namentlich MTD-Austria – gewährleistet in diesem Sinne Sachkompetenz, die berufsständische Gesamtvertretung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste und ist daher im Hinblick auf die in der Primärversorgung benötigten Leistungen zielführend und adäquat.

Unabhängig davon, ob Verträge auf Bundes- oder Landesebene geschlossen werden, ist die Vertragspartnerschaft auf Seiten der Berufsvertretung grundsätzlich bei der Bundesorganisation (auch mit regionalen Sozialversicherungsträgern) und sohin beim Dachverband der Berufsverbände der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, MTD-Austria anzusiedeln.

Der Entwurf sieht vor, dass für die Leistungen der Primärversorgung, welche je nach Primärversorgungstypus des §2(5) Z.1 und Z.2 durch Primärversorgungseinheiten erbracht werden, gemäß §8(1) Z.1 und 2 sowohl im Falle der Betriebsform einer (ärztlichen) Gruppenpraxis als im Falle eines Netzwerkes (!) der Primärversorgungs-Gesamtvertrag, der zwischen ÖÄK und HVB abgeschlossen wird, jedenfalls Inhalt des Primärversorgungsvertrages wird.

Somit legt der vorliegende Entwurf fest, dass die Inhalte des Primärversorgungsgesamtvertrages – wie u.a. das Mindest-Leistungsspektrum von Primärversorgungseinheiten als auch die Honorierung der durch PVE erbrachte Primärversorgungs-Leistungen als Gegenstände des Gesamtvertrages - ausschließlich und unmittelbar durch den zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger abzuschließenden Gesamtvertrag bestimmt werden.

Hierbei handelt es sich jedoch um eigenständige Leistungen aufgrund ihrer Berufsrechte eigenverantwortlich tätiger, gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe, für welche kein Verhandlungsmandat der Österreichischen Ärztekammer besteht.

Umso mehr ist die Situation im jetzigen Entwurf zu beheben, dass die Primärversorgungsleistungen der „nicht-ärztlichen“ gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe im Sinne der Primärversorgung nach PVG 2017 keine unmittelbare Regelung durch einen einheitlichen Gesamtvertrag „uno actu“ über alle Primärversorgungsleistungen erfahren – sowohl die ärztlichen als auch jene der weiteren Gesundheitsberufe, welche Ihre eigenständigen Primärversorgungsleistungen unter Einbindung/Anstellung in der VPE erbringen.

Aus dem jetzigen Entwurf resultiert, dass auch das Leistungsangebot von PVE auf der Basis einer ärztlicher Gruppenpraxis an Leistungen, welche durch „nicht-ärztliche“ Gesundheitsberufe in Anstellung zur Gruppenpraxis als Primärversorgungsleistungen gegenüber der Bevölkerung erbracht werden, durch den genannten Gesamtvertrag zwischen ÖÄK und HVB bestimmt wird!

§8(1) Z.1 PVG legt fest, dass bei der Betriebsform der Gruppenpraxis sich der Inhalt des Primärversorgungsvertrages nach dem Gesamtvertrag nach §342b ASVG oder eines Primär-Sondereinzelvertrages nach § 342c (13) bestimmt.

Es sei darauf hingewiesen, dass „ärztliche Leistungen“ durchaus auch in der derzeitigen Abschlusspraxis von Gesamtverträgen über ärztliche Leistungen auch solche Leistungen (Honorarordnung und Leistungskatalog) umfassen, welche *aufgrund einer ärztlichen Verordnung* durch nicht-ärztliche gesetzlich geregelte Gesundheitsberufe im Rahmen ihrer *eigenverantwortlichen auf dem eigenen Berufsbild basierenden Berufsausübung* erbracht werden. (Zum Beispiel enthält der Gesamtvertrag für die NÖGKK über Allgemeinmedizinische Leistungen (Stand Dezember 2016) im Abschnitt C/e der Honorarordnung auch Leistungen der im §135(1) gleichgestellten, gehobenen-medizinisch-technischen Dienste („Physiotherapeutische Leistungen“); die Honorarordnung des Gesamtvertrages der KGKK über Allgemeinmedizinische und Fachärztliche Leistungen enthält im Abschnitt CIII Leistungen der Physiotherapie.) Die grundsätzliche Sinnhaftigkeit einer Einbindung solcher Leistungen in das Leistungsspektrum und die derzeitiger Gruppenpraxisverträge sei hier ausdrücklich nicht in Frage gestellt und ist auch nicht Gegenstand dieses Gesetzesentwurfes.

Hingegen handelt es sich beim Regelungsgegenstand des vorliegenden Gesetzesentwurfes wohlgerne um eine systematische *umfassende Neuregelung der spezifischen Primärversorgungsleistungen in Form von multiprofessionellen PVE*, welche zukünftig durch Primärversorgungseinrichtungen als organisatorische Einheiten in welche gesetzlich geregelte Gesundheitsberufe systematisch und strukturiert einzubinden sind, erbracht werden sollen! Der Entwurf verwundert und irritiert daher überaus in seiner Systematik die offensichtlich das Verhandlungsmandat für eigenständige Leistungen von eigenverantwortlich tätigen, „nicht-ärztlichen“ gesetzlich geregelten Gesundheitsberufen – sei es im Rahmen der geschilderten Problematik des neuen Gesamtvertragstypus im §342b, sei es über im Ansatz skizzierte jedoch nicht weiter ausgeführte Pauschalierte Leistungsentgelte für nicht-ärztliche Leistungen – ausschließlich der Österreichischen Ärztekammer überträgt.

Diesbezüglich stellt sich somit im vorliegenden Entwurf die Problematik, dass sowohl eigenständige Leistungen der gehobenen-medizinisch-technischen Dienste als auch Leistungen von Gesundheitsberufen, welche in eigener nicht-medizinischen Quellwissenschaft verankert sind und aufgrund ihres berufsrechtlich verankerten Berufsbildes keiner ärztlichen Verordnung im Sinne des §49(3) Ärztegesetz 1998 bedürfen, umfassend als Gegenstand des Primärversorgungs-Gesamtvertrages geregelt werden. Einem Primärversorgungs-Gesamtvertrag für welchen jedoch das Verhandlungsmandat *ausschließlich* bei der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger übertragen verankert wird.

§8(1) Z.3b) PVG legt darüber hinaus ohne jeglichen Kontext zu einer Form der ärztlichen Berufsausübung nach dem Ärztegesetz 1998 (Betriebsform der PVE) fest, dass im Falle eines PVE-Netzwerkes das gemäß §2(5) Z.2 ausdrücklich auch „in allen anderen Betriebsformen (z.B. als Verein)“ geführt wird und Leistungen nach außen erbringt, sich der Inhalt des Primärversorgungsvertrages durch den Gesamtvertrag nach §342b ASVG oder eines Primär-Sondereinzelvertrages nach § 342c (13) bestimmt.

Hier wird überaus deutlich, dass der Entwurf in einer sachlich nicht nachvollziehbaren und im Hinblick auf die Regelungsmaterie auch inadäquaten Weise vorsieht, dass auch Primärversorgungsleistungen der PVE die als Netzwerk *außerhalb* der Formen der ärztlichen Berufsausübung des Ärztegesetzes 1998 betrieben werden (!) und multiprofessionelle Leistungen unterschiedlicher, eigenverantwortlich tätiger gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe anbieten, durch den einzigen im Entwurf vorgesehenen Primärversorgungs-Gesamtvertrag über „ärztliche Leistungen“ bestimmt werden sollen. Gemäß dem §8(1) Z.3b) bestimmt sich der Inhalt des Primärversorgungsvertrages, der zwischen dem zuständigen Träger der Sozialversicherung und der Primärversorgungseinheit abgeschlossen wird, aus dem Gesamtvertrag nach §342b ASVG.

Dass im vorliegenden Entwurf offenbar intendiert ist, die Leistungen der „nicht-ärztlichen“ gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe unter das Leistungsspektrum des Gesamtvertrages nach §343b ASVG samt der Honorarvereinbarung für selbige gem. §343b Abs. 4 ASVG zu subsumieren, folgt in unmittelbarer Weise auch aus der Regelung des §8(3) Z.3.

Dieser sieht als primäre Variante die Subsumierung der Leistungen „nichtärztlicher Gesundheitsberufe“ unter das Leistungsspektrum der ärztlichen Hilfe vor, die auf Kosten der Sozialversicherung nach dem Gesamtvertrag nach §343b zu erbringen ist.

Als weitere Variante nennt selbiger §8(3) Z.3 dass diese Leistungen von der Grundpauschale nach §342b (3) und (4) ASVG umfasst sind.

Es handelt sich bei den Leistungen der gehobenen-medizinisch-technischen Dienste wohlgerneht um eigenständige Leistungen über welche als Pflichtleistungen gem. §135(1) ASVG auch wie an dieser Stelle nochmalig ausdrücklich hingewiesen sei, auf der Grundlage des Sechsten Teiles der ASVG §§ 338 i.V.m §349 ASVG Einzelvertragliche Regelungen aufgrund von Rahmenverträgen zwischen den Berufsverbänden und den örtlich zuständigen Gebietskrankenkassen bestehen. Sodass diese Pflichtleistungen den PatientInnen bereits heute als Sachleistungen durch Vertragspartner als auch Wahlbehandler bundesweit als wesentlicher Teil der extramuralen Versorgung mit physiotherapeutischen, logopädischen und ergotherapeutischen Leistungen zur Verfügung stehen.

Daher sieht MTD-Austria in den genannten Regelungen einen wesentlichen zu behebenden Mangel des vorliegenden Entwurfes, der einmal mehr den Bedarf an einem einheitlichen Gesamtvertrag vor

Augen führt, welcher sowohl einen Anteil an ärztlichen Primärversorgungsleistungen (Verhandlungsmandat Ärztekammer) als auch einen Anteil an Leistungen „nicht-ärztlicher“ Gesundheitsberufe, namentlich der gehobenen-medizinisch-technischen Dienste (Verhandlungsmandat MTD-Austria) enthalten müsste.

Auch eine adäquate und nicht diskriminierende und attraktive Einbindung der bestehenden Einzelverträge – welche selbstverständlich Leistungen der Primärversorgung enthalten – in das Leistungsspektrum von PVE welche als organisatorische Einheit nach außen Primärversorgungsleistungen auf der Basis des Primärversorgungsvertrages gem. §8 an die Bevölkerung erbringen kann alternativ zu einem einheitlichen „uno actu“ Gesamtvertrag als Lösungsansatz betrachtet werden. Dies bedarf aber jedenfalls einer entsprechenden Verankerung im vorliegenden Gesetzesentwurf!

Nachvollziehbarer Weise verfolgt der Entwurf das Ziel, die Primärversorgung in PVE (in allen drei unterschiedlichen Primärversorgungstypen des §2(5)) auf der Basis eines vertraglich festgelegten Versorgungskonzepts (§6 Versorgungskonzept) in strukturierter Organisation und festgelegtem Leistungsumfang (§5 Leistungsumfang i.V.m. §6 Versorgungskonzept) erbracht werden sollen.

Umso mehr als PVG 2017 die Primärversorgung in PVE gem. §2(1) als „verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit gemäß dem Versorgungskonzept (§6) *nach außen*“ definiert, ist es in der Folge unzureichend, in Bezug auf die Leistungen der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe auf eine vage Einbindung oder Beziehung der VertragspartnerInnen unter den gehobenen medizinisch-technischen Dienste und weiteren Gesundheitsberufe aufgrund der derzeit bereits außerhalb der PVE bestehenden Einzelverträge bzw. teilweise auch Gesamtverträge zu verweisen.

Selbstverständlich erfolgt bereits heute – nicht zuletzt im Rahmen aktuell bestehender Pilotprojekte – eine Einbindung von VertragspartnerInnen unter den gehobenen medizinisch-technischen Diensten durch die PVE. Dies wäre jedoch im Sinne der obig genannten Ausrichtung des Entwurfes auf eine einheitliche Tätigkeit der PVE nach außen im vorliegenden Entwurf jedenfalls zu nennen und in die Systematik der Erstellung der Leistungs- und Honorierungsgrundlagen als auch der genannten Primärversorgungsverträge gem. §8 klar und adäquat abzubilden.

MTD-Austria ersucht aus den genannten Gründen um Berücksichtigung der Stellungnahme und steht selbstverständlich für Rückfragen und die Umsetzung der dargestellten Lösungen gerne zur Verfügung.

Hochachtungsvoll

Mag. Gabriele Jaksch
Präsidentin MTD-Austria