



Foto: Bernhard Noll

Dr.ⁱⁿ Martina Hasenhündl

PHC-Gesetz bis Jahresende geplant

Mögliche Risiken für die NÖ Ärzteschaft

Auf den folgenden Seiten lesen Sie die Punktation des Gesundheitsministeriums rund um das geplante PHC-Gesetz, welches zum Jahresende umgesetzt sein soll. Aus diesem Grund möchte Ich Ihnen als Zusammenfassung einige Elemente dieses Papiers sowie meine Meinung dazu näherbringen:

Dabei schicke ich voraus: Dieses neue PHC-Gesetz wird die bestehenden Gesamtverträge zwischen Kassen und Kammern NICHT ersetzen, sondern als zusätzliche Ebene eingezogen. Herzstück dieses Gesetzes ist jedenfalls ein neuer, bundesweit einheitlicher, eigenständiger PHC-Gesamtvertrag, der die Grundzüge der ärztlichen Hilfe in PHCs regeln soll. Auf Basis dieses Gesamtvertrags sollen Einzelverträge zwischen der zuständigen Sozialversicherung (bei uns NÖGKK) sowie den Primärversorgungszentren geschlossen werden, und zwar ohne Beteiligung der zuständigen Landesärztekammer oder der ÖÄK. In diesen Einzelverträgen werden dann die wirklich wichtigen Bedingungen, wie etwa die Leistungen sowie die Vergütungen geregelt, die Honorierung soll sich aus Grund- und Fallpauschalen sowie Einzelleistungsvergütungen und Bonuszahlungen zusammensetzen.

Bei Nichterreichen eines Gesamtvertrages ist zwar vorgesehen, dass Sonder-Einzelverträge mit Zustimmung der Ärztekammer abgeschlossen werden können. Sollte es jedoch zu keiner Einigung kommen, dann ist die Sozialversicherung aufgrund des „bestehenden öffentlichen Interesses“ ermächtigt, alleine einen Abschluss mit den einzelnen PHCs zu tätigen. Dies ist quasi der Freifahrtschein für die Sozialversicherung, die Ärztekammer in jedem Fall auszuhebeln, selbst wenn die vorgeschlagenen Verträge beispielsweise keine Kostendeckung für das PHC aufweisen würden.

Das Gesetz sieht auch ein „Kündigungsregime“ vor, welches unter anderem bei Bedarfsänderung die Kündigung der Verträge ermöglicht. Weiters soll es für PHCs keine klassische Bedarfsprüfung geben. Die Planung erfolgt im RSG statt über die Planstellensystematik. Dies lässt Spielraum für willkürliche

Entscheidungen zu. Abseits der bewährten Stellenplanung, die bisher sehr gut im Einvernehmen zwischen den Verhandlungspartnern Krankenkassen und Ärztekammern auf Landesebene funktioniert hat.

Als besonders problematisch sehe ich persönlich die Regelung an, dass wenn PHCs entstehen, diese auf den Stellenplan, insbesondere auf die frei werdenden Stellen anzurechnen sind. Das lässt auf eine massive Ausdünnung der Planstellen im niedergelassenen Bereich schließen, für ein PHC werden wohl drei bis fünf Planstellen von Allgemeinmedizinerinnen nicht mehr nachbesetzt werden können.

Die Sozialversicherung soll das Auswahlverfahren durchführen, wobei die Bewerber im ersten Schritt auf bestehende Vertragspartner beschränkt sind. Dies wird niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte möglicherweise stark unter Druck setzen. Die Wahlmöglichkeit könnte lauten: Teilnahme am PHC oder ein zusätzliches PHC als Mitbewerber in der Region.

Stellen wir uns einmal folgendes Szenario vor: Es gibt in einer Region eine gut eingespielte Struktur mit mehreren allgemeinmedizinischen Kassenordinationen, die unter Vorgabe der beschränkten Mittel der Kassenhonorare das Optimum aus medizinischer Sicht leisten. Und so eine Region soll nun laut politischer Vorgabe mit einem PHC versorgt werden, weil Gesundheitsökonominnen glauben, das wäre besser so. Nach bisherigem Verhandlungsstand zwischen Krankenkasse und Ärztekammer sollte dieses PHC ausgeschrieben werden, und zwar ausschließlich unter bestehenden Vertragspartnern. Sollten die Modalitäten passen, wird man wohl Bewerber finden, die ihre Einzelordinationen zugunsten eines PHC aufgeben. Wenn die Modalitäten nicht passen, dann gibt es eben kein PHC und die Versorgung bleibt wie gehabt bestehen.

Das neue PHC-Gesetz sieht nun vor, dass sich auch Nicht-Vertragspartner bewerben können, wenn sich keine bestehenden Vertragspartner finden. Gelockt durch Subventionen ist das

Berufsbegleitende universitäre Studienprogramme

Medizinrecht – www.donau-uni.ac.at/medrecht

Pharmarecht – www.donau-uni.ac.at/pharmarecht

Donau-Universität Krems. Department für Wirtschaftsrecht und Europäische Integration. +43 (0)2732 893-2402, elvira.kaiblinger@donau-uni.ac.at





Foto: bilderbox.com

gar nicht einmal so unrealistisch, schließlich wissen wir mittlerweile, dass PHCs bei vergleichbarer medizinischer Leistung deutlich mehr kosten als die Versorgung durch niedergelassene Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag. So entstünden dann möglicherweise in gut funktionierenden Regionen PHCs, die eine große subventionierte Konkurrenz zu den Planstellen darstellen würden. Mit der Folge, dass diese früher oder später durch Dumping ausgehungert und ersetzt werden könnten.

Somit sind PHCs als politischer Spielball tauglich, den Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern das Leben noch schwerer zu machen und in letzter Konsequenz bestehende, aber trotz des Diktats der Kosten sehr gut funktionierende Strukturen zu zerstören. Dieser neue PHC-Gesamtvertrag wird dazu dienlich sein können, über die Aushöhlung des Stellenplans

den bisherigen Gesamtvertrag zu unterwandern, obwohl dieser unverändert bestehen bleibt. Das kommt der Auflösung eines Kollektivvertrags im Bereich der Angestellten gleich. Und das ist aus Sicht einer Standesvertretung UNBEGINGT abzulehnen. Aus meiner Sicht ist dieses PHC-Gesetz NICHT dazu geeignet, die Struktur der medizinischen Versorgung abseits der Krankenhäuser gesundheitsökonomisch UND medizinisch sinnvoll zu verbessern. Es ist aber sehr gut dazu geeignet, so wie beim letzten Versuch 2008 die niedergelassene Ärzteschaft auszuhebeln und die Vertragspartnerschaft zwischen Krankenkassen und Ärztekammern nachhaltig zu verschlechtern beziehungsweise zu zerstören.

DR.^{IN} MARTINA HASENHÜNDL

1. Kurienobmann-Stellvertreterin
der niedergelassenen Ärzte

Stärkung der multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung

Politische Eckpunkte für geänderte rechtliche Rahmenbedingungen zur Umsetzung des Konzepts „Das Team rund um den Hausarzt“

Regelungen zur Organisation der Primärversorgungseinheit

1. Neue Primärversorgungseinheiten arbeiten als Team zusammen. Sie treten nach außen- gegenüber der Bevölkerung und der Sozialversicherung- als Einheit auf.
2. Die Arbeit im Team braucht klare Strukturen und Rechtssicherheit.

Primärversorgungseinheiten müssen daher über eine eigene Rechtspersönlichkeit verfügen, gern. den geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

3. Entsprechend den örtlichen Verhältnissen können Primärversorgungseinheiten an einem Standort oder als Netzwerk an mehreren Standorten organisiert sein und zwar in jeder zulässigen Betriebsform in der jeweils zulässigen Rechtsform.
4. Eine neue Primärversorgungseinheit muss über ein Organisationskonzept verfügen, in dem die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen explizit und verbindlich festgelegt ist. Das Organisationskonzept ist Voraussetzung für die Invertragnahme durch die Sozialversicherung.

Vertragsrecht

5. Als neue Primärversorgungseinheiten mit umfassendem Versorgungsauftrag können nur Vertragseinrichtungen fungieren („Sachleistungsprinzip für Primärversorgungseinheiten“).
6. Es gibt einen neuen, bundesweit einheitlichen, eigenständigen Gesamtvertrag über die ärztlichen Leistungen der neuen Primärversorgung. Für neue Primärversorgungseinrichtungen sind ausschließlich die Bestimmungen dieses neuen Gesamtvertrages maßgeblich.
7. Dieser neue Gesamtvertrag regelt die Grundzüge der ärztlichen Hilfe in neuen Primärversorgungseinrichtungen.
8. Einzelverträge mit den neuen Primärversorgungseinheiten werden hinsichtlich der ärztlichen Leistungen auf Grundlage dieses neuen Gesamtvertrags zwischen Krankenversicherung und Primärversorgungseinheit geschlossen und konkretisieren diesen.
9. Der konkrete Primärversorgungsvertrag zwischen Sozialversicherung und Primärversorgungseinheit regelt die aus dem Gesamtvertrag abgeleiteten ärztlichen Leistungen und alle anderen Gesundheitsdienstleistungen sowie alle weiteren notwendigen Vertragsinhalte. Der Einzelvertrag wird wesentlich wichtiger und enthält detaillierte Regelungen, wie z.B. die gesamte Vergütung der mit der Primärversorgung vereinbarten Leistungen.
10. Die Honorierung der Leistungen der Primärversorgungseinheit hat sich aus Grund und Fallpauschalen, Einzelleistungsvergütungen sowie aus Bonuszahlungen für die Erreichung definierter Ziele zusammensetzen.

11. Das von der Primärversorgungseinheit anzubietende Leistungsspektrum wird verbindlich zwischen Einheit und Sozialversicherung vereinbart.
12. Bei Nichterreichen eines Gesamtvertrags bzw. Eintreten eines vertragslosen Zustands kann die Sozialversicherung Sander-Einzelverträge mit Zustimmung der zuständigen Ärztekammer abschließen. Kommt es zu keiner Einigung, so ist aufgrund des öffentlichen Interesses nach Ablauf einer angemessenen Frist ein Abschluss durch die Sozialversicherung möglich.
13. Es braucht ein Kündigungsregime, das bei Bedarfsänderungen, Nicht-Erfüllung vereinbarter Leistungen oder Änderungen im Organisationskonzept die Kündigung der Verträge ermöglicht.
14. Bei der Auflösung einer Primärversorgungseinrichtung sind Übergangsregelungen für das Wiederaufleben von in die Primärversorgungseinrichtung eingebrachten Einzelverträgen vorzusehen.

Planung von Primärversorgungseinheiten

15. Die konkreten Planungs- und Qualitätskriterien der neuen Primärversorgungseinheiten- soweit nicht schon gesetzlich festgelegt- erfolgen im Rahmen der integrierten Planung im ÖSG und im RSG durch die Landeszielsteuerungskommission:
 - Der ÖSG gibt die bundesweiten Parameter vor
 - Der RSG stellt die regionale Planung auf Basis der Vorgaben des ÖSG dar
16. Da neue Primärversorgungseinheiten nur als Sachleister bestehen können, ist der Bedarf an Primärversorgung im RSG abschließend zu regeln (insbesondere im Hinblick auf Anzahl, Region, Umfang/Größe und Leistungsinhalte).
17. Ein im RSG festgestellter Bedarf bzw. ein entsprechender Beschluss der Landeszielsteuerungskommission ersetzen ein behördliches Bedarfsprüfungsverfahren für Gruppenpraxen und Ambulatorien.
18. Die Planung der Stellen in PVE erfolgt im RSG und nicht im Stellenplan. Die an einer Primärversorgungseinheit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sind auf den Stellenplan, insbesondere im Hinblick auf frei werdende Stellen, anzurechnen.

Auswahl einer Primärversorgungseinheit

19. Ist ein Bedarf im RSG oder per Einzelbeschluss durch die Landeszielsteuerungskommission festgestellt, hat die Sozialversicherung ein objektives Auswahlverfahren zur Invertragnahme der Primärversorgungseinheit durchzuführen. In einem ersten Schritt ist das Auswahlverfahren innerhalb einer angemessenen Frist auf bestehende Vertragspartner beschränkt.