



Österreichisches Forum Primärversorgung (OEFOP)

Walter-Flex-Weg 10

A-8010 Graz

office@primaerversorgung.org

ZVR-Zahl: 151974122

Ergeht an:

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (vera.pribitzer@bmgf.gv.at)

Präsidium des Nationalrates (begutachtungsverfahren@parlament.gv.at)

Graz, am 16. Mai 2017

Stellungnahme des Österreichischen Forums Primärversorgung (OEFOP) zum Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 – GRUG 2017

Sehr geehrte Damen und Herren,

Der Verein Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen (OEFOP) nimmt zum Gesetzesentwurf des Gesundheitsreformumsetzungsgesetzes (GRUG) wie folgt Stellung:

1) Allgemeine Stellungnahme des OEFOP:

1.1) Momentum:

Dem OEFOP ist es sehr wichtig, dass das Bundesgesetz betreffend der Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz 2017 – PVG 2017) zu einer Beschleunigung der notwendigen Reformen in der österreichischen Primärversorgung führt und Sicherheiten schafft. Die demografischen, epidemiologischen und gesellschaftlichen Veränderungen in Österreich, aber auch die Altersstruktur in der Allgemeinmedizin (Stichwort: Pensionierungswelle) und Probleme in der Nachbesetzung (Stichwort: Nachwuchslücke) lassen keine Verzögerungen zu. In der derzeitigen Fassung des PVG 2017 sind aus Sicht des OEFOP einige potentiell hemmende Bestimmungen und Unsicherheiten enthalten. So könnte es z.B. in der Zeit bis zur Erarbeitung eines Gesamtvertrags nach ASVG §342c. (13) bis Ende 2018 zu einem Stillstand bei der Entwicklung von Primärversorgungseinheiten (kurz: PVE's) kommen. Sollte es bis dahin keine Einigung für einen Gesamtvertrag geben, könnte es durch die Regelung des vertragslosen Zustands und der darin vorgesehenen Vetorechte zu einer beliebigen Verlängerung dieses Stillstandes kommen. Ebenfalls hemmend könnte sich die derzeit fehlende Möglichkeit einer Anstellung von Ärztinnen und Ärzten durch Ärzte und Ärztinnen im PVG 2017 erweisen. Damit würde ein wesentlicher Wunsch der jungen Generation von Ärztinnen und Ärzten nicht erfüllt und das im Vorblatt formulierte Ziel „*einer Attraktivierung der Tätigkeitsfelder für Ärztinnen und Ärzte*“ wäre kaum zu erreichen. Zusätzlich würde die Entstehung von PVE's, die Nachbesetzung von Einzelordinationen und damit die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung, unnötig gefährdet.



1.2) Vielfalt:

Die in §4 des PVG 2017 formulierten Anforderungen an PVE's lassen sich nur auf Basis vielfältiger Lösungen verwirklichen, die auf den regionalen Bedarf (Epidemiologie, Demografie, Infrastruktur, etc.), die regionalen Kapazitäten (Personal, Einrichtungen, etc.) und evtl. auch andere regional bedingte Unterschiede Rücksicht nehmen. Das PVG 2017 sollte somit Rahmenbedingungen formulieren, die eine große Vielfalt von regionalen Lösungen möglich machen und auf die Wünsche und Möglichkeiten der Akteure vor Ort eingeht, d.h. Partizipation ermöglicht.

1.3) Multi- und Interprofessionalität:

Ausgangspunkt des GRUG 2017 war die zukünftige Primärversorgung gemäß den Prinzipien von „Primary Health Care (PHC)“ mit multiprofessionellen Teams. In der vorliegenden Fassung ist diese Ausrichtung verloren gegangen und durch eine medizinische Versorgung im Sinne von „Primary Medical Care“ ersetzt worden. In allen Paragraphen dominiert das Bemühen, die Arbeit von Ärztinnen und Ärzten in PVE's im Konsens mit der ärztlichen Standesvertretung zu regulieren (speziell §8 bis §11). Alle anderen Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, das multiprofessionelle Team und die interprofessionelle Zusammenarbeit sind im PVG 2017 nur eine Randnotiz. Symptomatisch dafür ist, dass das Wort „Arzt“ 101x im PVG 2017 vorkommt, das Wort „Pflege“ 7x und das Wort „Sozialarbeit“ überhaupt nicht. Wie auf dieser Basis die in der Primärversorgung dominierenden psychosozialen Leistungen sowie Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention (§3 (2)) erbracht werden sollen, bleibt im PVG 2017 vollkommen offen und wird damit wohl auch in der realen Versorgung nur schwierig umzusetzen sein. Auch das im Vorblatt formulierte Ziel *„einer Attraktivierung der Tätigkeitsfelder für Angehörige der weiteren Gesundheitsberufe sowie Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen“* sollte sich im PVG 2017 widerspiegeln. Die jüngere Generation in den Gesundheits- und Sozialberufen wünscht sich eine interprofessionelle Zusammenarbeit auf gleicher Augenhöhe. Diese ist auch in Ländern mit starker Primärversorgung eine „Conditio sine qua non“. Das OEFOP sieht diesbezüglich dringenden Nachbesserungsbedarf und empfiehlt eine Überarbeitung des Gesetzesentwurfs unter Einbeziehung aller Gesundheits- und Sozialberufe.

1.4) Qualität:

Der Begriff „Qualität“ kommt im PVG 2017 nur an einer einzigen Stelle vor: §3 (2) *„die Unterstützung der sachgerechten Versorgung von Patientinnen und Patienten im Hinblick auf den richtigen Zeitpunkt, den richtigen Ort, **die optimale medizinische und pflegerische Qualität** und die gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstige Erbringung der Leistungen“* Es wird an keiner Stelle des PVG 2017 erläutert, wie diese Qualität von welcher Stelle auf welche Weise kontrolliert wird.

Entscheidend für die Erreichung der Ziele:

- *„nachhaltige Stärkung der Primärversorgung zur Verbesserung der ambulanten wohnortnahen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger“*
- *„optimale medizinische und pflegerische Qualität“*

wären vielfältige Maßnahmen notwendig.



Aus Sicht des OEFOP fundamental ist jedoch:

1) die nachhaltige Verbesserung der allgemeinmedizinischen Ausbildung, aber auch eine den spezifischen Aufgaben angepasste Ausbildung aller anderen in der Primärversorgung tätigen Gesundheits- und Sozialberufe. Auch eine „Attraktivierung der Tätigkeitsfelder für Ärztinnen und Ärzte und für Angehörige der weiteren Gesundheitsberufe sowie Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen“ lässt sich aus Sicht des OEFOP nur durch Verbesserungen im Bereich der Ausbildung erreichen. Insbesondere sollten in das PVG 2017 die Finanzierung der Lehrpraxis aufgenommen und die Bedeutung der PVE's in der Ausbildung aller Gesundheits- und Sozialberufe sichtbar gemacht werden.

2) eine einheitliche Diagnosen- und Leistungserfassung nach höchsten internationalen Standards, die allen beteiligten Akteuren zugänglich ist und für eine neue Kultur der Qualitätssicherung und –verbesserung in der österreichischen Primärversorgung sorgt. Neben einer bedarfsgerechten Planung ist die transparente Leistungserbringung eine Grundvoraussetzung für „**die optimale medizinische und pflegerische Qualität und die gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstige Erbringung der Leistungen.**“

2) Konkrete Stellungnahme des OEFOP zu den einzelnen Paragraphen des PVG 2017 (Artikel 1 des GRUG 2017)

§ 2 Primärversorgungseinheit:

Die in §2 beschriebene PVE weicht in einigen Punkten sowohl von den Erläuterungen als auch von den bisher erstellten Konzepten ab. So wird zum Beispiel die Bedeutung der Berufsgruppe der OrdinationsassistentInnen für das Kernteam in den Erläuterungen noch ausdrücklich betont, im PVG 2017 scheinen sie jedoch nicht mehr als Teil des Kernteams auf. Im Gegensatz dazu wird die Berufsgruppe der FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde in den Erläuterungen im erweiterten Primärversorgungsteam angesiedelt um dann im PVG 2017, bei Bedarf, ein Teil des Kernteams zu werden. Aus Sicht des OEFOP sind diese Diskrepanzen verwirrend.

§ 3 Öffentliches Interesse:

Aus Sicht des OEFOP sollen PVE's soziale Leistungen sowie Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Fall anbieten, wobei das Ausmaß durchaus auf Basis der vorhandenen Ressourcen variieren kann. §3 Abs 2 Z 2 sollte in jedem Fall wie folgt geändert werden: „*ein erweitertes Angebot der Primärversorgungseinheit an diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen und sozialen Leistungen sowie an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention,*“



§ 4 Anforderungen an die Primärversorgungseinheit:

Angesichts der im Vorblatt zum PVG 2017 formulierten Ziele und der im GRUG 2017 beschlossenen Ausrichtung im Sinne von „Primary Health Care“ erscheinen die in §4 angeführten Anforderungen an PVE's aus Sicht des OEFOP unvollständig. Der Aufzählung hinzugefügt werden sollte in jedem Fall:

- Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung
- Sicherstellung einer Familien- und Bevölkerungsorientierung
- Sicherstellung einer multiprofessionellen Zusammensetzung und interprofessionellen Zusammenarbeit im Primärversorgungsteam
- Sicherstellung einer Ausrichtung der PVE an den wesentlichen Prinzipien von „Primary Health Care (PHC)“
- Sicherstellung der Gesundheitsorientierung durch Einbindung gesundheitsförderlicher Expertise und gezielter interner Fort- und Weiterbildungen
- Sicherstellung der Qualitäts-, Prozess- und Ergebnisorientierung durch verpflichtende Qualitätszirkel, primärversorgungsspezifische Fort- und Weiterbildung, die Verwendung von primärversorgungsspezifischen Leitlinien und darauf basierendem evidenzbasiertem Handeln, einer einheitlichen Dokumentation des Versorgungsprozesses und Erhebung von Qualitätsindikatoren
- Sicherstellung einer einheitlichen Diagnosen- und Leistungserfassung durch eine gemeinsame und für alle Gesundheits- und Sozialberufe zugängliche PatientInnendokumentation
- Aktive Beteiligung an Forschung u. Lehre nach personellen/zeitlichen Möglichkeiten
- Sicherstellung einer umfassenden Versorgung; von der Gesundheitsförderung und Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege bis zur palliativen Versorgung
- Einführung eines freiwilligen Listen(Einschreibe)systems als Grundvoraussetzung für das proaktive Management chronischer Erkrankungen

§ 5 Leistungsumfang der Primärversorgungseinheit:

Angesichts der im Vorblatt zum PVG 2017 formulierten Ziele und der im GRUG 2017 beschlossenen Ausrichtung im Sinne von „Primary Health Care“ erscheint der in §5 angeführte Leistungsumfang von PVE's aus Sicht des OEFOP unvollständig. Der Aufzählung hinzugefügt werden sollte in jedem Fall:

- Versorgungskoordination
- Palliative Versorgung
- proaktive Versorgung (Hausbesuche)
- Forschung und Lehre, insbesondere Mitwirkung in der Versorgungsforschung und allgemeinmedizinischen Lehrpraxis
- Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz
- Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung
- einheitliche und gemeinsame Diagnosen- und Leistungserfassung
- Verwendung von evidenzbasierten allgemeinmedizinischen Leitlinien
- Mitwirkung bei Bedarfsanalysen z.B. des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG)



In den Leistungsumfang einer PVE fällt auch der Bereich Administration und Management. Auch dazu sollte im Versorgungskonzept einer PVE (siehe §6) explizit Stellung bezogen werden.

§ 6 Versorgungskonzept:

Aus Sicht des OEFOP sollte das Inhaltsverzeichnis für das Versorgungskonzept konkret und vollständig sein. In der derzeitigen Formulierung fehlen wesentliche Aspekte, siehe Anmerkungen des OEFOP zu §4 und §5. Das im PVG 2017 formulierte Inhaltsverzeichnis sollte als Grundlage für eine bundesweite Vorlage dienen, die von allen PVE's (Zentrum und Netzwerk) verpflichtend verwendet werden muss. Große PVE's müssen zu allen Punkten Stellung beziehen, kleine PVE's können nicht zutreffende Punkte als solche benennen. Nachdem das Versorgungskonzept auch die Basis für den Versorgungsvertrag bildet, sollte es im Interesse aller Beteiligten sein, dass dieses möglichst konkret und vollständig ist. Ansonsten besteht die Gefahr, dass PVE's nach einem beliebigen Leistungs- und Organisationsprofil errichtet werden und nicht einer modernen Versorgung im Sinne von PHC entsprechen. Das Versorgungskonzept ist somit die Voraussetzung, dass das Richtige richtig passiert = bedarfsgerechte Planung von PVE's mit PHC-Ausrichtung.

§ 7 Zweckwidmung finanzieller Mittel:

Auch die Zweckwidmung finanzieller Mittel sollte unter Beteiligung der betroffenen Gesundheits- und Sozialberufe erfolgen. Ein Nachweis der zweckmäßigen Verwendung sollte in jedem Fall, z.B. einmal pro Jahr, erbracht werden.

§ 8 Verträge mit der Primärversorgungseinheit und Änderungen zum ASVG §342c.(13):

Im Sinne einer transparenten und österreichweit geltenden Regelung für die ärztlichen Leistungen in PVE's ist die Verhandlung eines entsprechenden Gesamtvertrags prinzipiell eine sinnvolle Maßnahme. Die vorliegende Beschreibung im PVG 2017 birgt allerdings aus Sicht des OEFOP die Gefahr, dass der gewünschte Systemwechsel massiv gebremst werden bzw. evtl. sogar völlig zum Erliegen kommen könnte. Die Argumente für diese Sichtweise sind folgende:

(1) Wie in mehreren offiziellen Statements diverser Ärztekammerfunktionäre immer wieder zu lesen war, ist es für die Ärztekammer oberste Prämisse, dass es zu keiner Ungleichbehandlung der Finanzierung oder Leistungserbringung zwischen Einzelpraxen, Gruppenpraxen und PVE's kommt. Eine Zustimmung zu einem modernen Gesamtvertrag, welcher z.B. Finanzierungsmodelle oder medizinische Angebote wie derzeit im PVE Enns ermöglicht, ist somit unwahrscheinlich. Es besteht die Gefahr, dass der Gesamtvertrag für PVE's oder Teile des Vertrags von den Verhandlungspartnern als Druckmittel für Änderungen in den anderen bestehenden Gesamtverträgen für Einzel- bzw. Gruppenordinationen verwendet werden. Dieser verliert somit das nötige Potential, welches für eine deutliche Verbesserung der neuen PV-Strukturen nötig ist.



(2) In den Änderungen zum ASVG §342c.(13) wird als Frist für die Erstellung des Gesamtvertrags für PVE's der 31.12.2018 genannt. Durch die aktuell fehlende Regelung für die Entwicklung von PVE's für die Zeit bis zum 31.12.2018, ist zu befürchten, dass die Planung von neuen PVE's bis zum 31.12.2018 (bestenfalls bis zur Einigung auf einen Gesamtvertrag) völlig zum Erliegen kommt und somit wertvolle Zeit verloren geht. In Anbetracht des aktuell laufenden Generationenwechsels in der Allgemeinmedizin (Stichwort: Pensionierungswelle) ist dies besonders schwerwiegend. Zusätzlich würden viele der aktuellen Entwicklungen und die intrinsische Motivation vieler Stakeholder gebremst und eventuell sogar gestoppt.

(3) Sollte es bis zum 31.12.2018 keinen Gesamtvertrag geben wird in den Änderungen zum ASVG §342c.(13) festgehalten, dass PV-Sondereinzelverträge abgeschlossen werden können, zu diesen allerdings Sozialversicherungen und Ärztekammern ihre Zustimmung geben müssen. Hier ergibt sich ein beidseitiges Vetorecht, welches jegliche Errichtung einer PVE blockieren könnte.

Aus den genannten Punkten ergibt sich die Schlussfolgerung, dass einerseits der Gesamtvertrag zum taktischen Spielball der Verhandlungspartner werden könnte und andererseits die Verhandlungspartner die Errichtung von PVE's und somit die gesamte Entwicklung hin zu einem modernen Primärversorgungssystem blockieren könnten. Dies kann nicht im Interesse der Bevölkerung bzw. einer Stärkung und strukturellen Verankerung der Primärversorgung nach internationalem Vorbild sein.

Es sollten daher folgende Maßnahmen im GRUG 2017 formuliert werden:

- ASVG §342c (13): Einführung zeitlicher Fristen für die Zustimmung der Gebietskrankenkassen bzw. Ärztekammern zum Primärversorgungs-Sondereinzelvertrag.
- Erläuterung der weiteren Vorgehensweise bei fehlender Zustimmung einer Partei, inklusive Fristen. Diese Vorgehensweise sollte schlussendlich zu einem eindeutigen Verhandlungsergebnis führen. Eine reine Veto-Haltung einer Seite sollte nicht möglich sein.
- Beschreibung einer Übergangsregelung für die Errichtung von PVE's bzw. PVE-Piloten für die Zeit bis zur Einigung auf einen Gesamtvertrag
- Formulierung einer Beschreibung, die erläutert, dass die Verhandlung des Gesamtvertrags für PVE's unabhängig von Verhandlungen für Einzel- bzw. Gruppenpraxen-Gesamtverträge erfolgen muss.

Die in §5 (1) formulierte breite diagnostische, therapeutische und pflegerische Kompetenz mit (Zusatz-)Kompetenzen von PVE's im Sinne des § 2 Abs. 1 bis 3 sollte sich auch in einer Berücksichtigung aller Gesundheits- und Sozialberufe in §8 bis §11 widerspiegeln. Das betrifft eine klare Regelung der Leistungsabrechnung und –vergütung und darauf basierenden Mitspracherechten bei der Gestaltung des Gesamtvertrags. Zusätzlich sollte auch die Beteiligung der Gesundheits- und Sozialberufe in den unterschiedlichen Organisationsformen von PVE's, z.B. als Gesellschafter, Geschäftsführung, oder Leitung, explizit geregelt werden.



§ 9 Primärversorgungseinheiten in Form von Gruppenpraxen

An dieser Stelle sollte die Beteiligung der Gesundheits- und Sozialberufe als Gesellschafter an Gruppenpraxen explizit geregelt werden.

§ 10 Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien

An dieser Stelle sollte die Beteiligung der Gesundheits- und Sozialberufe als mögliche Leitung von Ambulatorien explizit geregelt werden.

§ 11 Primärversorgungseinheit als Ausbildungsstätte

Sollte aus Sicht des OEFOP wie folgt umformuliert werden: *„Die Primärversorgungseinheit **MUSS** die Funktion als Ausbildungsstätte für die Ausbildung von Turnusärztinnen und Turnusärzten (Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen und Lehrambulatorien) und weiterer Gesundheits- und Sozialberufe wahrnehmen.“*

Folgender Passus sollte aus Sicht des OEFOP zusätzlich aufgenommen werden. *„Die Teilnahmen an Seminaren zur Qualitätssicherung ist für alle LehrpraxisleiterInnen verpflichtend“.*

§ 12 Bezeichnungsschutz und Informationspflicht

Aus Sicht des OEFOP sollte folgende Ergänzung eingebracht werden:

(3) Die Gesundheitsfonds der Länder haben dafür Vorsorge zu treffen, dass die unter § 12 (2) formulierten Informationen über das Leistungsangebot und dessen örtliche und zeitliche Inanspruchnahme auch allen sekundären und tertiären Versorgungseinrichtungen kommuniziert werden. Im Auftrag der Gesundheitsfonds müssen alle Krankenhausträger sicherstellen, dass alle Patientinnen und Patienten die in den ambulanten Strukturen dieser sekundären und tertiären Versorgungseinrichtungen betreut werden in einer klaren und verständlichen Form konsequent darüber informiert werden.

§ 14 Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten

Maßgeblich für das Auswahlverfahren sollte die Ausrichtung des Versorgungskonzept (§6) im Sinne von PHC, das Leistungsprofil (§5 plus Anmerkungen in der OEFOP Stellungnahme) und die Erfüllung der Anforderungen (§4 plus Anmerkungen in der OEFOP Stellungnahme) sein. Keinesfalls sollte eine PVE ausgewählt werden, in der eine verbindliche multiprofessionelle Zusammenarbeit nicht gewährleistet ist.



3) Konkrete Stellungnahme des OEFOP zu den Änderungen des ASVG (Artikel 3 des GRUG 2017)

Im ASVG §342b (3) sind die Personalkosten für nicht-ärztliche Leistungen nicht mehr in der Grundpauschale enthalten. Das könnte zu vielschichtigen Problemen führen, da es nun notwendig ist, die Leistungen von Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich einerseits kontaktabhängig über Frequenzen und Leistungen abzurechnen und andererseits die Tarife zwischen den Ärztekammern und Kassen auszuverhandeln. Eine frequenz- und leistungsabhängige Abrechnung schafft falsche wirtschaftliche Anreize und verhindert einen individuell abgestimmten Einsatz dieser Berufsgruppen. Ländern und Gemeinden die an der Errichtung von PVEs interessiert sind, nimmt man die Möglichkeit, das nicht-ärztliche Personal als Vorhalteleistungen (entsprechend dem Versorgungskonzept, das jede einzelne PVE individuell vorzulegen hat) zu finanzieren. Aus Sicht des OEFOP geht damit das Momentum und auch die innovative Ausrichtung des PVG 2017 völlig verloren, da genau diese Möglichkeit einer Vorhaltefinanzierung im besonderem öffentlichem Interesse liegt und Wege eröffnet Sozialleistungen, die inhaltlich dem Gesundheitsbereich zuzuordnen sind, als Sachleistung in der Primärversorgungsebene anzubieten.

Das OEFOP hofft, dass die betroffenen Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich explizit zu den vielschichtigen Problemen, die für sie mit der Formulierung des ASVG §342b (3) einhergehen, Stellung beziehen.

4) Stellungnahme zur Anstellung von Ärztinnen und Ärzten (gemäß Begleitschreiben zum GRUG 2017)

Das OEFOP ist in jedem Fall für eine Anstellung von Ärztinnen und Ärzten in Primärversorgungseinheiten. Mit der Aufnahme der im Begleitschreiben angeführten Verfassungsbestimmung wäre ein wesentlicher Wunsch der jungen Generation von Ärztinnen und Ärzten erfüllt. Das OEFOP sieht die Anstellung als Erweiterung der Karrieremöglichkeiten in der Primärversorgung und damit als Möglichkeit mehr junge Ärztinnen und Ärzte für eine Arbeit in diesem Bereich zu begeistern. Eine Anstellung ermöglicht es Teilzeit zu arbeiten, ist interessant für Personen die sich nicht langfristig binden können oder wollen, bzw. sich noch nicht sicher genug fühlen eine eigene allgemeinmedizinische Kassenstelle zu übernehmen. Eine Stärkung der Primärversorgung braucht eine Attraktivierung dieses Tätigkeitsbereichs, um NachfolgerInnen für die bestehenden aber auch die zukünftigen Strukturen zu finden.

In jedem Fall beachtet werden sollte, dass es ohne die Möglichkeit der Anstellung von ÄrztInnen schwierig werden könnte, die von PVE's geforderten Öffnungszeiten personell abzudecken. Ein Ausweichen auf die derzeitige Vertretungsregelung würde in einen rechtlichen Graubereich führen, da eine kontinuierliche Vertretung als verdeckte Anstellung beurteilt werden und zur Nachzahlung von Sozialversicherungsbeiträgen führen könnte.



Das OEFOP ist für eine große Vielfalt an Möglichkeiten in der Primärversorgung tätig zu werden. Deshalb auch dafür, die Möglichkeit eines Angestelltenverhältnisses auf Gesetzesebene festzuhalten. Die Entscheidung über die Art des Tätigwerdens (selbständig, angestellt, Vollzeit, Teilzeit) sollte den handelnden Personen überlassen werden. Den allgemeinmedizinisch tätigen ÄrztInnen diese Möglichkeit von vornherein zu nehmen hält das OEFOP für falsch.

Wir danken für die Möglichkeit der Stellungnahme. Bei Fragen können Sie sich jederzeit an uns wenden. Selbstverständlich sind wir auch gern bereit, in breitere Diskussionen des Entwurfs einzusteigen.

Priv.-Doz.Dr.med. Stefan Korsatko
1. Bundessprecher

Mag. (FH) Susanna Finker
2. Bundessprecherin

Über das OEFOP:

Das Österreichische Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen (OEFOP) wurde im September 2016 als Verein gegründet und versteht sich als Plattform zur Vernetzung aller an der Primärversorgung beteiligten AkteurInnen, mit dem Ziel die Primärversorgung im österreichischen Gesundheitssystem zu verbessern. Mit seinen Veranstaltungen informiert es zum Thema und bietet einen Rahmen für den fachlichen Austausch zwischen den Gesundheitsberufen, politischen EntscheidungsträgerInnen und der interessierten Öffentlichkeit. Das OEFOP ist frei von jeglicher Einflussnahme durch Interessensvertretungen, politischen Parteien oder Fraktionen.

Rückfragen an:

Priv.-Doz.Dr.med. Stefan Korsatko, 1.Bundessprecher
Mag. (FH) Susanna Finker, 2.Bundessprecherin
office@primaerversorgung.org
0699/11357900