Stand 10.09.2007

Diskussionsentwurf

Rohtext

für die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

Artikel X1

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, in ihrem Wirkungsbereich alle organisatorischen und rechtlichen Vorkehrungen zu treffen, um ambulante Versorgungszentren mit dem Ziel der Entlastung der Spitäler und einer Effizienzsteigerung der ambulanten Versorgung, insbesondere im fachärztlichen Bereich und im Bereich der Spitalsambulanzen, zu etablieren.

(2) Eine bundesgesetzliche Regelung über ambulante Versorgungszentren wird insbesondere folgende Inhalte vorsehen:

1. **Definition von ambulanten Versorgungszentren (AVZ):** AVZ sind besondere Einrichtungen des Gesundheitswesens, die im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsversorgungsauftrags für den ambulanten Bereich und im Rahmen des Sozialversicherungssystems der Betreuung von Patienten (Patientinnen) dienen, die keiner Aufnahme in stationäre Anstaltspflege bedürfen. AVZ ergänzen das bestehende Angebot an Leistungsanbietern im Gesundheitswesen mit dem Ziel der Entlastung der Spitäler und einer Effizienzsteigerung der ambulanten Versorgung, insbesondere im fachärztlichen Bereich und im Bereich der Spitalsambulanzen.
2. **Leistungsangebot von AVZ:** Das Leistungsangebot von AVZ kann sowohl die Grundversorgung als auch die Spezialversorgung von Patienten (Patientinnen) nach dem Stand der Wissenschaft umfassen. Die Betreuung hat erforderlichenfalls interdisziplinär zu erfolgen. Auf die Gewährleistung eines patienten-(patientinnen-)orientierten, raschen, reibungs- und lückenlosen, effektiven, effizienten und sinnvollen Betreuungsverlaufes ist besonderes Augenmerk zu legen. In diesem Zusammenhang sind gegenüber ärztlichen Ordinationen entsprechend dem Leistungsangebot und der Bedarfslage erweiterte Öffnungszeiten, auch an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen, vorzusehen.
3. **Trägerschaft von AVZ:** Zu einem AVZ müssen sich mindestens zwei Leistungserbringer(-innen) zusammenschließen.. Leistungserbringer sind die auf Grund eines Vertrages mit einem Sozialversicherungsträger an der Gesundheitsversorgung im Rahmen des Sozialversicherungssystems Teilnehmenden. Die Sozialversicherungsträger können im Einzelfall bestimmte natürliche oder juristische Personen zur Teilnahme an einem AVZ ermächtigen. AVZs außerhalb des Sozialversicherungssystems („Wahlarzt-AVZs") können nicht betrieben werden. Sozialversicherungsträger können nicht an einem AVZ beteiligt sein.
4. **Anstellung:** Die Anstellung von Angehörigen von Gesundheitsberufen ist nach Maßgabe des festgestellten Bedarfs zulässig.
5. **Organisationsform von AVZ:** AVZ dürfen sich aller zulässigen gesellschaftsrechtlichen Organisationsformen mit Ausnahme von börsennotierten Aktiengesellschaften bedienen.
6. **Leitung von AVZ:** AVZ haben über einen fachlichen Leiter (eine fachliche Leiterin) zu verfügen.
7. **Vollziehende Behörde:** Durch eine Bundesbehörde. Dieser Behörde obliegt insbesondere die
   a) Durchführung von Zulassungsverfahren für AVZ,
   b) Durchführung von Verfahren zur Entziehung der Zulassung von AVZ,
   c) Führung einer elektronischen Liste der AVZ, die im Internet allgemein zugänglich zu machen ist, sowie

Stand 10.09.2007

d) Qualitätskontrolle im Zusammenwirken mit dem Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen sowie den chef- und kontrollärztlichen Diensten der Krankenversicherungsträger und Krankenfürsorgeeinrichtungen.

8. **Zulassungsverfahren:** Die Behörde hat die Zulassung nach Prüfung der Erfüllung der gesetzlich definierten Voraussetzungen (insbesondere Trägerschaft, Qualitätsstandards, Bedarfsprüfung, Abschluss einer ausreichenden Haftpflichtversicherung, die dem mit dem Leistungsangebot verbundenen Risikopotenzial entspricht) mit Bescheid, erforderlichenfalls unter Setzung von Befristungen, Beschränkungen oder Auflagen, zu erteilen oder nicht zu erteilen. Zur Ermittlung des Bedarfs hat die Behörde eine Feststellung der Gesundheitsplattform (Landesgesundheitsfonds) jenes Bundeslandes (jener Bundesländer) einzuholen, auf dessen (deren) Gebiet (Gebieten) sich die Tätigkeit des AVZ erstrecken soll.
9. **Bedarfsermittlung:** Der Bedarf wird von der Gesundheitsplattform des jeweiligen Landes ermittelt. Dabei muss sowohl das jeweilige Land als auch der SV-Träger zustimmen. (vgl. Art. xxx)
10. **Verschwiegenheit und Dokumentation:** In Ergänzung zu den bestehenden berufsrechtlichen Vorschriften sind die Verpflichtungen zur Verschwiegenheit und Dokumentation gesondert zu regeln, wobei insbesondere auch Fragen des Datentransfers zwischen AVZ und anderen Leistungsanbietern des Gesundheitswesens zu berücksichtigen sind.
11. **Haftpflichtversicherung:** Die Verpflichtung zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung durch AVZ zur Deckung der aus deren Tätigkeit entstehenden Schadenersatzansprüche ist zu regeln, wobei eine entsprechende Mindestversicherungssumme für jeden Versicherungsfall festzulegen ist.
12. **Qualitätssicherung:** Qualitätsrichtlinien gemäß § 4 Abs. 2 Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG), BGBl. I Nr. 179/2004, die Struktur- oder Prozessqualitätsvorgaben für die Erbringung bestimmter Leistungen festlegen, gelten auch für die Leistungserbringung in AVZs. Sofern auf Grund der Besonderheit der Organisationsform und Funktion im öffentlichen Gesundheitssystem erforderlich, wird für AVZs im Zusammenwirken zwischen der für die Zulassung von AVZ zuständigen Behörde und dem Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen ein besonderes Qualitätssystem etabliert. Die Einhaltung der Qualitätsstandards ist aufgrund des besonderen sozialversicherungsrechtlichen Konnexes auch durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst der gesetzlichen Krankenversicherungsträger und Krankenfürsorgeeinrichtungen zu kontrollieren.
13. **Kammerzugehörigkeit:** AVZ sind nicht Mitglieder gesundheitsberuflicher gesetzlicher Interessenvertretungen. Eine Wirtschaftskammerzugehörigkeit ist durch die Schaffung eines Ausnahmetatbestands im Wirtschaftskammergesetz 1998 (WKG), BGBl. I Nr. 103/1998, auszuschließen. Eine allfällige Zugehörigkeit der leistungserbringenden Angehörigen einzelner Gesundheitsberufe zu gesundheitsberuflichen gesetzlichen Interessenvertretungen richtet sich nach den jeweiligen gesetzlichen Regelungen.
14. **Verfassungsbestimmung:** AVZ unterliegen dem Kompetenztatbestand des Art. 10 B-VG.

Artikel X2

Die Vertragsparteien kommen überein, dass für ambulante Versorgungszentren folgende krankenanstaltenrechtlichen Vorkehrungen getroffen werden:

1. **Ambulatorien:** bestehende Ambulatorien mit Kassenvertrag, mit Ausnahme der Ambulatorien der SV-Träger, sind als Leistungserbringer zur Mitgründung eines AVZ berechtigt und unterliegen in diesem Fall den Vorschriften über AVZs. Die Errichtung von Ambulatorien bleibt nach den Regelungen des KAKuG selbst weiterhin möglich (mit Bedarfsprüfung).
2. **Spitalsambulanzen:** Die Erfüllung der Aufgaben einer Ambulanz kann vom Träger einer Krankenanstalt zur Gänze oder teilweise durch eine vertragliche Vereinbarung mit einem AVZ erbracht werden (unter Berücksichtigung der sich aus dem Stand der Wissenschaft notwendigen Erfordernisse der stationären Betreuung der Patienten).

Artikel X3

Die Vertragsparteien kommen überein, dass für ambulante Versorgungszentren folgende sozialversicherungsrechtliche Regelungen getroffen werden:

1. **Vertragsabschluss:** Voraussetzung für die Invertragnahme eines AVZ ist das Vorliegen eines Beschlusses der Gesundheitsplattform des jeweiligen Landes. Die Gesundheitsplattform des Landes, in welchem das AVZ errichtet werden soll, hat unter Zugrundelegung eines vom Hauptverband vorzulegenden Vertragsentwurfes, der das Leistungsspektrum sowie die Honorierung der Leistungen beinhaltet, den Betrieb des AVZ allenfalls auszuschreiben.
2. **Einzelvertrag:** Mit einem AVZ ist nur der Abschluss eines Einzelvertrages möglich. Inhalt des Einzelvertrages ist der Einkauf eines Leistungsbündels: dieses orientiert sich am festgestellten Bedarf, der durch das AVZ abgedeckt werden soll. Bestehende Verträge mit Sozialversicherungsträgern ruhen, solange der Leistungserbringer an einem Träger eines AVZ beteiligt ist.

Stand 10.09.2007

3. **Weitere gesetzlich oder vertraglich festzulegende Eckpunkte:**
   a) Definition des erlaubten Umfanges für die Erbringung von kassenfremden Leistungen,
   b) Festlegungen von Kriterien für die Erbringung von Privatleistungen (Konsumentenschutz),
   c) Regelungen über Öffnungszeiten, um eine Alternative zum spitalsambulanten und dem stationären Bereich sein zu können,
   d) Regelungen zur Qualitätssicherung (z.B. behindertengerecht, Angebot von Casemanagement, Leistungsangebote aus einer Hand, Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes, Entlohnung der Angestellten, Nebentätigkeiten der Gesellschafter und der Angestellten, ...),
   e) Verpflichtung über Ausscheiden eines Gesellschafters bzw. Kündigung eines Angestellten durch das AVZ im Falle von Fehlverhalten,
   f) Leistungsabrechnung nach LKF-System,
   g) Verpflichtung, Grundlagen für die Evaluierbarkeit des Nutzens von AVZ zur Verfügung zu stellen,
   h) Nachbesetzung,
   i) Kündigung..
4. **Trägerschaft:** SV-Träger können nicht Träger eines AVZ oder an einem solchen beteiligt sein.
5. **Übergang für bestehende Einrichtungen:** Gruppenpraxen mit SV-Vertrag, die aus mindestens zwei Leistungserbringer/Innen bestehen, können unter sinngemäßer Anwendung des Art XI Abs. 2 in ein AVZ umgewandelt werden.

Artikel X1	
Abs 1 „Effizienzsteigerung" das hieße „Steigerung der Wirtschaftlichkeit" (?)	Worin bestehen die Mängel der Spitalsambulanzen und der niedergelassenen FA? Worin soll die Effizienzsteigerung bestehen? Die offensichtliche Prämisse, dass AVZ den niedergel. und den Bereich der Spitalsambulanzen effizienter und damit kostengünstiger machen werden, wird lediglich behauptet, aber mit keinem Wort begründet.
Abs 2 Z 1 „Definition AVZ"	AVZs sind quantitative Ergänzung und damit Konkurrenz zu bestehenden Leistungsanbietern; für qualitative Angebotsergänzung fehlt die Begründung (s. Papier Verhandlungsthemen BMGFJ, Punkt 1. lit b) „keine Ausweitung des Angebots") Damit geht es lediglich um eine Verschiebung ambulanter Leistungen von bisherigen Leistungserbringern zu AVZs. Vollkommen offen ist im nachfolgenden Text der rechtliche Unterschied zwischen einem Ambulatorium gem KAKuG (PKA) und einem AVZ.
Abs 2 Z 2 „Leistungsangebot von AVZ"	Auch die hier genannten Ziele der Angebotserweiterung sind mit den bestehenden Strukturen, ergänzt um die von uns vorgeschlagenen neuen ärztlichen Kooperationsformen (**Ärztezentren**), im gesamtvertraglich geregelten Kassensystem jederzeit realisierbar. Nahezu flächendeckend ist für die Allgemeinmedizin ein 24-Stunden-Bereitschaftsdienst an Werktagen wie auch Wochenenden und Feiertagen eingerichtet. Da die Personalbesetzung der Spitäler aufgrund des stat. Versorgungsauftrages ohnedies 24 Stunden täglich gegeben sein muss, erscheint es unwirtschaftlich, dem niedergel. Bereich zusätzliche fachärztliche Vorhaltekosten für Nacht- und Wochenendzeiten aufzubürden. Und dieses Problem werden extramurale (außerhalb von Spitälern) AVZs auch nicht lösen können.
Abs 2 Z 3 „Trägerschaft (natürliche oder juristische Personen)"	Juristische Personen (somit auch berufsfremde) Personen als Träger von AVZs (Leistungserbringer). Die Ermächtigung der Sozialversicherungsträger im Einzelfall, Teilnehmer an einem AVZ zu bestimmen (zu ermächtigen), ist eine neue Form eines „Insich-Geschäftes". Dies, obwohl SV-Träger an der Betreibung von AVZs ausdrücklich ausgeschlossen werden sollen (X1 Abs 2 Z 3 und X2 Z 1). Der Ausschluss von „Wahlarzt-AVZs" würde verfassungsrechtliche Probleme aufwerfen (Freiheit der Erwerbsausübung).
Abs 2 Z 4.	Im Bereich von AVZs soll nunmehr eine Anstellung, wie sie

„Anstellungsmöglichkeit“	Kassenärzten seit Jahrzehnten verwehrt wurde, plötzlich zulässig sein.
Abs 2 Z 5 „Organisation von AVZs“	Die Zulassung von Kapitalgesellschaften, inkl. der nicht börsennotierten AG (Heuschrecken), ermöglicht, dass auch berufsfremde bloße Kapitalgeber als Gesellschafter auftreten, daher kategorische Ablehnung.
Abs. 2 Z 6 „Leitung von AVZs“	Es ist nicht die Rede von einem „ärztlichen Leiter“, sondern lediglich von einem „fachlichen Leiter“ (auch Nichtärzte möglich?). Gemäß Definition Z 1 ärztlicher Leiter notwendig.
Abs 2 Z 7 Abs 2 Z 7 lit d „Qualitätskontrolle“	Das Gegenteil der politischen Behauptung und Zielsetzung, Doppelstrukturen zu vermeiden, wird durch die Ziffern 7 (vollziehende Behöre), 8 (Zulassungsverfahren), 9 (Bedarfs-ermittlung) und 12 (Qualitätssicherung) herbeigeführt, nämlich durch die Schaffung neuer und zusätzlicher politischer und bürokratischer Kompetenzen und Verwaltungsebenen. Soweit es sich um ärztliche AVZs handelt, ist gem. ÄG die Qualitätssicherung Angelegenheit der ÖQMed. Das Bundesinst. f. Qualität im Gesundheitswesen wird für die niedergel. Ärzteschaft daher abgelehnt. Unvereinbar ist die Qualitätskontrolle durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst der Krankenversicherungsträger die sich neuerdings gerne als „Einkäufer“ bezeichnen (?) und nunmehr auch Qualitätskontrolleure sein wollen.
Abs 2 Z 8 u. 9 „Gesundheitsplattformen mit Zentralkompetenz, BMGFJ als reine Vollzugsbehörde“	Rechtlich problematische und faktisch inakzeptable Kumulierung der Kompetenzen der Gesundheitsplattformen: Feststellung des Bedarfes, Beschluss zur Invertragnahme, Ausschreibung, Genehmigung des von HV vorzulegenden Vertragsentwurfes (inkl. Leistungsspektrum und Honorierung) etc. Beim Zusammenschluss von Kassenvertragsärzten sowie und/oder Instituten mit Kassenverträgen (Ankauf von Kassenvertragsärzten durch auch kommerzielle Betreiber von Instituten) ist die Bedarfsfrage per se beantwortet. Diese Möglichkeit eröffnet sich auch für Träger von Spitalsambulanzen. Offensichtlich kein eigener Rechtsweg zur Bedarfsprüfung bis hin zu VwGH und VfGH. Vergleiche auch X 2. Unklar und im Hinblick auf die vorgesehene Ausschreibung unschlüssig ist, nach welchen Kriterien die Bedarfsprüfung zu erfolgen hat. Ärztekammerkompetenz nicht mehr gegeben.
Abs 2 Z 10 „Vorfeld zu ELGA“	Offensichtlich soll ärztliche Verschwiegenheit und Dokumentation hinsichtlich ELGA abweichend geregelt werden (ELGA-Vorbereitungsbestimmungen).

Abs 2 Z 12 „besonderes Qualitätssystem“	S. Z 7 lit d; ermöglicht Einführung eines wie auch immer gearteten „besonderen“ Qualitätssystems.
Abs 2 Z 13 „fehlende Kammerzugehörigkeit“	Leistungsanbieter zur Erfüllung eines öffentlichen Versorgungsauftrages ohne Interessensvertretung!

Abs 2 Z 12 „besonderes Qualitätssystem“	S. Z 7 lit d; ermöglicht Einführung eines wie auch immer gearteten „besonderen“ Qualitätssystems.
Abs 2 Z 13 „fehlende Kammerzugehörigkeit“	Leistungsanbieter zur Erfüllung eines öffentlichen Versorgungsauftrages ohne Interessensvertretung!

Artikel X2	
Z 1 „Kommerzmedizin" Z 2 „Spitalsmedizin"	Diese Bestimmung ermöglicht berufsfremden Kapitalgebern (Investoren) Kassenvertragsärzten und „Instituten" (PKA) „aufzukaufen", womit die Bedarfsfrage per se beantwortet ist und die Etablierung eines AVZs nur mehr zur Formalfrage wird (s. auch **Papier: Verhandlungsthemen BMGFJ für FAG/15-a-Vereinbarung 2008-2011; Punkt 1.b**). ~~Diese Möglichkeit eröffnet sich auch für Träger von Spitalsambulanzen.~~ Diese Bestimmung soll den Trägern von Krankenanstalten ermöglichen, sich an AVZs zu beteiligen und somit in Konkurrenz zu den niedergelassenen Kassenärzten ihr ambulantes Leistungsangebot auszudehnen. Vergleiche auch X 1 Abs 2 Z 3.

Artikel X3	
Z 1 „Hauptverbandsmonopol"	Alleinige Einzelvertragskompetenz des HV (weder Einbindung der ÄK noch der KV-Träger).
Z 2 „Einzelvertrag ohne Gesamtvertrag"	Terminologie: „Einkauf eines Leistungsbündels" etc.! Die im letzten Satz vorgesehene „Ruhensbestimmung" soll offensichtlich Vertragsärzten als Lockvogel für die Beteiligung an einem (kommerziell geführten) AVZ dienen.
Z 3 lit a und b „Einschränkung kassenfreier Raum"	Begrenzung des außervertraglichen Raumes
Z 3 lit c „Öffnungszeiten"	Gegenüber den Spitalsambulanzen kann wohl nur eine Reduzierung der Öffnungszeiten möglich sein.
Z 3 lit d „Qualitätssicherung"	Teilweise unschlüssige Ausweitung des Begriffes „Qualitätssicherung". Teilweise Versuch der Verschlechterung der Gesellschafter- und Dienstnehmerposition.
Z 3 lit f „Leistungsabrechnung nach LKF-System"	Widerspruch zu Pkt. 1. c der „Verhandlungspositionen Bund, Länder"

Z 3 lit g „Datenschutz"	Jederzeitige Verpflichtung sämtliche gewünschten Daten für die Evaluierbarkeit des Nutzens von AVZs zur Verfügung zu stellen (medizinische wie wirtschaftliche Kontrolle, Datenschutz, Abhängigkeit?).

Zusammenfassung und Kritik:

- Die AVZs sollen offensichtlich:
  - ohne Definition einer angeblichen Effizienzsteigerung,
  - ohne Definition der behaupteten Mängel an den Spitalsambulanzen und facharztlichen Versorgung,
  - vollkommen neue freischwebende Leistungserbringer

  schaffen, die, soweit es Ärzte betrifft, dem Schutz und der versorgungsadäquaten Kompetenz der Ärztekammern entzogen werden (Durchbrechung des Gesamtvertrags-, Honorierungs- und Stellenplansystems).

- Die Einführung des vorgeschlagenen AVZ-Systems führt zur mittelfristigen Beseitigung des sozialpartnerschaftlich ausgerichteten gesamtvertraglich geregelten Kassensystems. Dieses wird ersetzt durch ein staatlich geplantes, wenngleich föderales, Versorgungssystem, in dem dem Monopol der Financiers (Gesundheitsplattform bzw. Sozialversicherungen) Leistungsanbieter gegenüberstehen, die schutzlos, d.h. ohne Interessenvertretung, in einen Tarifwettkampf (Dumping) getrieben werden.

- Ein derartiges System kann nicht zur geforderten Qualitätssicherung führen und würde den sozialen Frieden ebenso zerstören, wie die Abschaffung des Kollektivvertrages.

- In dem Gesamtvertragssystem garantiert die Ärztekammer - im Gegensatz zum geplanten verstaatlichten Gesundheitssystem - die Sicherung einer sozialen, wohnortnahen medizinischen Versorgung durch eine politisch unabhängige weisungsfreie, auf die individuelle Behandlung des Patienten orientierte qualitativ hochwertige eigenverantwortliche Versorgung durch freiberuflich tätige Ärzte, und sichert damit auch die freie Arztwahl des Patienten.

Das Alternativmodell der österreichischen Ärzteschaft:

Vorauszuschicken ist, dass unser System nach vielen Studien, zuletzt der EU-Studie, zu den besten, speziell auch zum konsumentenfreundlichsten Gesundheitssystem in der EU gehört. Zur Weiterentwicklung strebt die Österreichische Ärztekammer seit Langem - bisher weitgehend vergeblich - die Entlastung des Spitalssektors, insbesondere der Spitalsambulanzen, an. Bereits vor fünf Jahren wurde dem Gesundheitsministerium ein ausformulierter Gesetzesentwurf zur Verbesserung ambulanter ärztlicher Kooperationsmöglichkeiten, -formen und Gesellschaftsbildung im Rahmen des Kassensystems übergeben. Dieser langjährigen Forderung sind weder die entsprechenden Gesetze noch Geldmittel zur Verfügung gestellt worden.

Die Zielsetzung im Rohtext zu Artikel 15a B-VG-Vereinbarung der Entlastung und Effizienzsteigerung der Spitalsambulanzen sowie im facharztlichen Bereich hat die Österreichische Ärztekammer schon immer unterstützt. Ärztliche Kooperationen (Ärztezentren) können wie folgt im Rahmen des Kassen-, d.h. Gesamtvertragssystems, entwickelt werden:

1. Ein Ärztezentrum definiert sich als Zusammenschluss mehrer Ärzte derselben oder unterschiedlicher Fachrichtungen mit dem Zweck, Leistungen der ambulanten Grund- und Spezialversorgung (einschließlich tagesklinischer Eingriffe) anzubieten.
2. Ein Ärztezentrum soll nicht nur in Form einer OG, sondern auch als Ges.m.b.H. geführt werden können.
3. Gesellschafter eines Ärztezentrums können ausschließlich berufsberechtigte Ärzte sein (einschließlich Spitalsärzte im Rahmen einer freiberuflichen Nebenbeschäftigung). Begründung für „ausschließlich berufsberechtigte Ärzte": Vermeidung der Einführung von Gewinnerzielungsabsichten durch berufsfremde Kapitalgeber und Investoren.
4. Ermöglichung der Anstellung von Ärzten (eins zu eins-Prinzip) und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe.
5. Zugehörigkeit zur Ärztekammer (vgl. GmbHs von Rechtsanwälten).
6. Kassenärztliche Leistungen werden von einem Ärztezentrum dann erbracht, wenn es nach den Bestimmungen des Gesamtvertrags einen Einzelvertrag im Sinne des ASVG zugeteilt erhält.
7. Ein Ärztezentrum kann in Übereinstimmung mit dem gesamtvertraglich festgelegten Stellenplan und entsprechend seiner Ärztegesellschafter auch verschiedene Standorte haben (z.B. Vernetzung von bisherigen Ordinations- und Kassenplanstellen).
8. Um dem Ärztezentrum ein zusätzliches Leistungsangebot (insbesondere zur Entlastung von Spitalsambulanzen) ermöglichen zu können, müssen additive Finanzmittel dem Gesamtvertragssystem zugeführt werden (nach dem Prinzip Geld folgt Leistung).
9. Die Finanzierung der Ärztezentren hat ausschließlich über die sozialen Krankenversicherungsträger im Gesamtvertragssystem zu erfolgen.
10. Alle weiteren Anforderungen an ein AVZ können u.a. durch Ärztezentren und neue Kooperationsmöglichkeiten im Kassenvertragssystem qualitätsgesichert geleistet werden, wenn man die entsprechenden rechtlichen und finanziellen Möglichkeiten dafür bereitstellt. Dies ohne Aufbau von Doppelstrukturen, sondern unter Einsatz bestehender Einrichtungen, wie z.B. ÖQMed etc.