

Erläuterungen

I. Allgemeiner Teil

1. Erwartungen der Patientinnen und Patienten an die Primärversorgung:

In den Ordinationen von Ärztinnen und Ärzten und bei den diplomierten und hochspezialisierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen findet tagtäglich ambulante Versorgung auf hohem Niveau und mit viel Engagement zur großen Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten statt. Im Zuge der Diskussionen zur Einführung neuer Primärversorgungsstrukturen wurde von ärztlicher Seite deshalb wiederholt darauf hingewiesen, dass Primärversorgung in Österreich bereits derzeit stattfindet. Ein zentrales Anliegen der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und des darauf basierenden Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz - G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017, ist die Stärkung bzw. strukturelle Verankerung der Primärversorgung nach internationalem Vorbild.

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten wird die Primärversorgung als die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Fragestellungen und Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung verstanden. Sie können sich erwarten, dass der Versorgungsprozess koordiniert erfolgt und eine ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung gewährleistet wird. Dies entspricht auch dem Berufsverständnis vieler engagierter Ärztinnen und Ärzte und Vertreterinnen und Vertreter der anderen Gesundheitsberufe, die auf Grund der Fragmentierung des Gesundheitssystems oftmals an Grenzen stoßen, um eine Begleitung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem zu ihrer und zu deren Zufriedenheit leisten zu können.

Vielfach fehlen den an der Primärversorgung beteiligten Gesundheitsberufen die praktischen, die rechtlichen und vertraglichen Möglichkeiten, um eine koordinierte Versorgung sicher zu stellen. Damit kann jedoch die Kontinuität in der medizinischen und pflegerischen Versorgung nicht immer in vollem Umfang gewährleistet werden. Primärversorgung benötigt daher ein Mehr an verbindlicher Kommunikation und Kooperation zwischen den Versorgungsbereichen.

Ohne die bestehenden Einrichtungen in der ambulanten Versorgung in Frage zu stellen, sollen daher neue Primärversorgungseinheiten unter geeigneten organisatorischen und vertraglichen Rahmenbedingungen entstehen.

2. Aufwertung des Berufsbilds Allgemeinmedizin:

Viele Ärztinnen und Ärzte erwarten eine Stärkung des Berufs als Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner im Rahmen des Gesundheitssystems, was bereits im Regierungsprogramm zur XXV. Gesetzgebungsperiode seinen Niederschlag gefunden hat. Die Attraktivierung der beruflichen Rahmenbedingungen von Hausärztinnen und Hausärzten wird vielfach in der Möglichkeit zur verstärkten Zusammenarbeit im Team und einer gesamtheitlichen Behandlung der Patientinnen und Patienten gesehen. Neue Honorierungsmodelle sollen auch in Gebieten mit geringerer Frequenz die wirtschaftliche Sicherheit für eine selbständige Betätigung gewährleisten. Die Maßnahmen sollen in Summe dazu führen, dass es auch außerhalb der Ballungszentren für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner attraktiv ist, sich niederzulassen. In diesem Zusammenhang ist auch die bereits rechtlich neu geregelte Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte mit der Neugestaltung der Ausbildung in Lehrpraxen zu sehen.

3. Betrauung der Primärversorgungseinheiten mit zusätzlichen Aufgaben:

Die neuen Primärversorgungseinheiten sollen nicht nur sozialversicherungsrechtlich relevante Leistungen erbringen, sondern auch die Brücke zur Pflege, also zu dem in die Kompetenz der Länder fallenden Sozialbereich, bilden.

Darüber hinaus sollen die Primärversorgungseinheiten auch mit Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wie Untersuchungen nach § 8 des Unterbringungsgesetzes, BGBl. Nr. 155/1990, und Totenbeschauen nach landesgesetzlichen Vorschriften, betraut werden können und dergestalt helfen, dem teilweise eklatanten Mangel an Ärztinnen und Ärzten im öffentlichen Sanitätsdienst entgegen zu wirken. Selbstverständlich hat die Honorierung der Leistungen der Primärversorgungseinheiten vom jeweils zuständigen Rechtsträger zu erfolgen.

4. Struktur des Gesundheitsreformumsetzungsgesetzes 2017:

Das vorliegende Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017

- implementiert in seinem Artikel 1 (Primärversorgungsgesetz 2017 – PVG 2017) auf Grundlage des Konzeptes vom 30. Juni 2014 "Das Team rund um den Hausarzt" und des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz - G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017, die neuen Primärversorgungsstrukturen in Österreich,
- adaptiert in seinen Artikeln 3 bis 6 insbesondere die Regelungen im Vertragsrecht in den Sozialversicherungsgesetzen.

5. Eckpunkte des Entwurfs:

Zum besseren Verständnis der nachfolgenden Ausführungen sollen eingangs einige Eckpunkte beschrieben werden, auf die jedoch in der Folge noch näher einzugehen sein wird:

- Die Umstellung auf die neuen Primärversorgungsstrukturen soll langfristig erfolgen, so dass in bereits bestehende niedergelassene hausärztliche Strukturen oder in bestehende Vertragsverhältnisse nicht eingegriffen wird. Für die beteiligten Berufsgruppen gibt es Möglichkeiten, in das neue System umzusteigen.
- Eine Primärversorgungseinheit nach diesem Bundesgesetz steht in einem Vertragsverhältnis zu den örtlich in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern und erbringt somit Sachleistungen.
- Das Vertragswerk eines Primärversorgungsvertrages beinhaltet die einzelvertraglichen Regelungen auf gesamtvertraglicher Basis sowie allfällige weitere einzelvertragliche Regelungen für das Leistungsportfolio, das nicht durch gesamtvertragliche Bestimmungen abgedeckt ist.
- Eine Primärversorgungseinheit kann als Netzwerk oder als Zentrum ausgebildet sein und in jeder organisatorisch möglichen und rechtlich erlaubten Form betrieben werden.
- Primärversorgungseinheiten treten nach außen, also insbesondere gegenüber der Bevölkerung und der Sozialversicherung, als Einheit mit eigener Rechtspersönlichkeit auf.
- Die in den Sozialversicherungsgesetzen verankerte „freie Arztwahl“ bleibt in der gegebenen Form bestehen.
- Die allgemeinen berufsrechtlichen Bestimmungen der Angehörigen der beteiligten Gesundheitsberufe bleiben durch die rechtliche Umsetzung unberührt.

Für den bedarfsorientierten Aus- und Aufbau von Infrastrukturen für Primärversorgungseinheiten stehen zur Unterstützung auch finanzielle Mittel des „Programms für ländliche Entwicklung in Österreich 2014-2020“ (Förderung der ländlichen Entwicklung durch den Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums (ELER)) zur Verfügung.

Kompetenzrechtliche Ausführungen:

In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das im Entwurf vorliegende Bundesgesetz auf Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG („Sozialversicherungswesen“), auf Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG („Gesundheitswesen“) sowie auf Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG („Heil- und Pflgeanstalten“).

Verhältnis zu den Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

Die vorgesehenen Regelungen fallen nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union.

Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:

Keine.

II. Besonderer Teil

Zu Art. 1 (Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten 2017 – PVG 2017)

Zu § 1 (Geltungsbereich):

Nach § 3 Z 7 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017, erfolgt eine Legaldefinition des Begriffs Primärversorgung, wonach diese die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Gesundheitsversorgung ist. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung, sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.

Das Primärversorgungsgesetz 2017 legt in seinem § 1 nun den Geltungsbereich dieses Bundesgesetzes fest, wonach die Primärversorgung im Sinne des § 3 Z 9 G-ZG, soweit diese durch multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgungseinheiten nach diesem Bundesgesetz erbracht wird, geregelt wird.

Zu § 2 (Primärversorgungseinheit):

§ 2 Abs. 1 beinhaltet eine inhaltliche respektive narrative Beschreibung einer Primärversorgungseinheit nach dem PVG 2017. Wesentlich hierfür ist die strukturierte Zusammenarbeit innerhalb der Primärversorgungseinheit auf Basis eines Versorgungskonzeptes (§ 6), der Auftritt nach außen als Einheit sowie das breite Angebot als Erstanlaufstelle, welches von der Förderung der Gesundheit bis zur Krankenversorgung und Koordinierung der erforderlichen Maßnahmen reicht.

Der einheitliche Auftritt nach außen soll die Wahrnehmung in der Bevölkerung, dass es sich bei der Primärversorgungseinheit vor Ort um ein Angebot handelt, das sich als echte Alternative zur Spitalsambulanz versteht und eine umfassende qualitativ hochstehende Versorgung und Betreuung anbietet, schärfen und zur Behandlungskontinuität und Verfügbarkeit der Versorgung beitragen.

Der einheitliche Außenauftritt lässt das Innenverhältnis der in der Primärversorgungseinheit zusammengeschlossenen Berufsgruppen noch offen. Eine Primärversorgungseinheit hat mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet zu sein. Damit wird sichergestellt, dass der Sozialversicherung jedenfalls bezüglich Leistungsportfolio und Honoraraufteilung ein Ansprechpartner gegenüber steht.

Abgesehen von dem Erfordernis, dass die Primärversorgungseinheit nach außen als Einheit auftreten muss und über eine eigene Rechtspersönlichkeit verfügen sowie im Innenverhältnis strukturiert und vertraglich verbindlich zusammenarbeiten muss, kann die Organisation einer Primärversorgungseinheit je nach regionalen Anforderungen an einem Standort konzentriert oder als Netzwerk organisiert sein. Für die Netzwerkstruktur werden sich die ländlichen Gebiete eher anbieten als der städtische Bereich und umgekehrt (§ 2 Abs. 5). Eine Primärversorgungseinheit kann aus natürlichen oder juristischen Personen, je nach Maßgabe der berufsrechtlichen und organisationsrechtlichen Möglichkeiten gebildet werden. Einschränkungen hinsichtlich der Beteiligung an einem Netzwerk bestehen dahingehend, als dieses nur aus freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten, anderen nichtärztlichen Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen oder deren Trägerorganisationen gebildet werden können.

Durch das Konstrukt der Primärversorgungseinheit sollen keine neuen Organisations- oder Gesellschaftsformen geschaffen werden, sondern die bereits bestehenden Konstruktionen genutzt werden. Als typische Organisationsformen für die Erbringung ärztlicher Hilfe kommen neben der Einzelordination, die Gruppenpraxis und das selbständige Ambulatorium in Betracht. Nach geltender Rechtslage bestehen für die Rechtsträgerschaft von Ambulatorien keine Beschränkungen, das heißt der Rechtsträger kann beispielsweise eine Einzelperson sein, eine Personengesellschaft oder eine GmbH. Für Gruppenpraxen sieht das Ärztegesetz 1998 eine Typenbeschränkung vor, nämlich die OG und die GmbH.

Bei der Zusammenarbeit mehrerer in Einzelordinationen tätiger Ärzte ist es für Zwecke des Vertragsabschlusses und der Abrechnung mit der Sozialversicherung erforderlich für den Zusammenschluss eine Rechtsform zu wählen, die selbst Rechtspersönlichkeit hat. Vorstellbar wäre durchaus auch die Gründung eines Vereins zum Zwecke der betrieblichen Organisation und Abwicklung der vertraglichen Beziehungen. Auch in diesem Fall des „ärztlichen Netzwerks“ muss die Primärversorgungseinheit jedoch über einen Vertrag mit den Krankenversicherungsträgern verfügen und ist als Einheit für die gesamte Leistungserbringung gegenüber dem Vertragspartner Krankenversicherung verantwortlich.

Durch § 2 Abs. 2 und 3 PVG 2017 wird die Zusammensetzung einer Primärversorgungseinheit determiniert, wobei sich deren personelle Ausstattung an den Anforderungen des Leistungsspektrums der Primärversorgung orientiert. Die Zusammenarbeit dieser Personengruppen soll im Primärversorgungsteam erfolgen, das sich aus einem Kernteam und weiteren verbindlich und strukturiert eingebundenen Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe zusammensetzen hat. Das Kernteam muss jedenfalls Leistungen der Allgemeinmedizin und des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bereithalten.

Nach dem Primärversorgungskonzept „Das Team rund um den Hausarzt“ sollte das Kernteam überdies auch Ordinationsassistentinnen/-assistenten umfassen. Es ist im Sinne einer qualitätsreichen Primärversorgung, dass Ordinationsassistenten im Kernteam mitarbeiten, weil diese nicht nur administrative Tätigkeiten, sondern als medizinische Assistenz auch entsprechende medizinische Tätigkeiten im Rahmen ihrer Berufsberechtigung an den Patientinnen und Patienten verrichten dürfen.

Je nach Bedarf kann das Primärversorgungskernteam vorrangig um weitere primärversorgungsrelevante Berufsgruppen (deren Einsatz ohne fachärztliche Vor- und Begleitdiagnostik möglich ist) bzw. Einrichtungen erweitert werden, die durch verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit in das

Primärversorgungsteam eingebunden werden. Dies können in einer nicht abschließenden Aufzählung beispielsweise Diätologinnen/Diätologen, Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten oder Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde oder Gesundheitsberufe mit einer anerkannten PSY-Kompetenz sein. Weiters kommen auch Hebammen oder Logopädinnen/Logopäden in Betracht.

Die Mitglieder des Primärversorgungskernteams und die strukturiert eingebundenen Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe stehen in engem und regelmäßigem Kontakt (Teambesprechungen) und pflegen Austausch über die zu versorgenden Personen (Fallbesprechungen).

Das Primärversorgungskernteam steht überdies in regelmäßigem Kontakt mit verschiedenen Berufsgruppen (Disziplinen) und Einrichtungen, die nicht organisatorischer Teil der neuen Primärversorgungsstruktur sind.

Primärversorgungs-Partner können etwa (wiederum nicht abschließend) Apotheken, Bandagisten, weitere Fachärztinnen/Fachärzte, Gemeinden und Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen, Schulen, Sozialversicherungsträger oder weitere Organisationen wie zB Rettungs-, Bereitschafts- oder Notdienste sein.

Formale Voraussetzung für das Vorliegen einer Primärversorgungseinheit nach dem PVG 2017 ist deren Abbildung im jeweiligen Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) und der Abschluss eines Primärversorgungsvertrags (§ 8) mit den in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern, wobei jedenfalls die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse Vertragspartner der Primärversorgungseinheit sein muss (§ 2 Abs. 4 PVG 2017). Primärversorgungseinheiten sind demnach ausschließlicher Teil der in der Krankenversicherung vorrangigen Sachleistungsversorgung.

Zu § 3 (Öffentliches Interesse):

Eine rechtspolitische Festlegung des öffentlichen Interesses an den neuen Formen der Primärversorgung trägt deren gesundheitspolitischen Bedeutung Rechnung, da hiermit ein wesentlicher Beitrag zur Sicherstellung des solidarischen Gesundheitssystems auf hohem Niveau geleistet werden soll. Die neuen Primärversorgungseinheiten sollen einen Wendepunkt in der traditionellen Struktur der österreichischen Versorgungslandschaft markieren und insbesondere bezüglich Planung von der eindimensionalen Sichtweise entweder auf den niedergelassenen Bereich oder auf den spitalsambulanten Bereich weg zu einer umfassenden Sichtweise führen.

Zu den §§ 4 und 5 (Anforderungen an die Primärversorgungseinheit und Leistungsumfang der Primärversorgungseinheit):

Die in § 4 PVG 2017 enthaltenen Anforderungen an die Primärversorgungseinheit definieren deren umfangreichen Versorgungsauftrag insbesondere im Hinblick auf die wohnortnahe Versorgung sowie bedarfsgerechte Öffnungszeiten mit ärztlicher Anwesenheit jedenfalls von Montag bis Freitag, einschließlich der Tagesrandzeiten, samt der Organisation der Erreichbarkeit für Akutfälle außerhalb der Öffnungszeiten.

Der Leistungsumfang der Primärversorgungseinheiten (§ 5) soll eine breite diagnostische, therapeutische und pflegerische Kompetenz mit mehreren Zusatzkompetenzen abdecken. Soweit dies aus medizinischer Sicht möglich und zweckmäßig ist, soll die Akutbehandlung abschließend in der Primärversorgungseinheit erfolgen.

Zu § 6 (Versorgungskonzept):

Durch das Versorgungskonzept soll eine Konkretisierung der Versorgungsaufgaben der einzelnen Primärversorgungseinheit in Bezug auf die jeweilige Bevölkerung im Einzugsgebiet und deren allfälligen epidemiologischen Besonderheiten erfolgen. Das Konzept hat ebenso die Versorgungsziele des Primärversorgungsteams sowie das verbindlich zu erbringende Leistungsspektrum zu beschreiben und Regelungen unter anderem zur Zusammenarbeit im Team und zur Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsbereichen zu beinhalten.

Als Regelungen zur Aufbau- und Ablauforganisation kommen neben den im Gesetz bereits hervorgehobenen Bereichen der Arbeits- und Aufgabenverteilung im Primärversorgungsteam und der Regelungen zur aufeinander zeitlich abgestimmten Verfügbarkeit (Anwesenheit, Rufbereitschaft, Vertretungsregeln) und örtlichen Erreichbarkeit folgende Punkte in Frage:

- a) Regelungen zur wechselseitigen Übernahme von Patientinnen und Patienten,
- b) Regelungen über die Durchführung von betreuungsabhängigen Team- und Fallbesprechungen,
- c) Regelungen zur abgestimmten Fort- und Weiterbildung hinsichtlich der multiprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit im Team,

- d) Regelungen zur Führung eines gemeinsamen Qualitäts- und Fehlermanagementsystems,
- e) Regelungen zu integrierten IT-Systemen insbesondere für ein strukturiertes Management der zu versorgenden Personen,
- f) Regelungen über eine elektronische standardisierte und multiprofessionelle Patientendokumentation sowie
- g) Regelungen hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Partnerinnen und Partnern außerhalb der Primärversorgungseinheit zur Optimierung des Diagnose- und Behandlungsprozesses.

Diese im Versorgungskonzept zu vereinbarenden Regelungen sollen ein abstraktes Gerüst für eine konkrete Festlegung in der Praxis bilden. Ebenso sollen sie eine Hilfestellung für die Aufbau- und Ablauforganisation in größeren Einrichtungen, die Primärversorgungseinheiten darstellen, geben.

Darauf hinzuweisen ist, dass der Primärversorgungsvertrag auf das Versorgungskonzept in seinen wesentlichen Inhalten Bezug zu nehmen hat (§ 8 Abs. 2).

Zu § 7 (Zweckwidmung finanzieller Mittel):

Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. xx/2017, sieht unter anderem vor, gemäß den im Art. 31 vereinbarten Bestimmungen finanzielle Mittel zur Finanzierung von sektorenübergreifenden Vorhaben zweckzuwidmen. Durch § 7 soll nunmehr klargestellt werden, dass Primärversorgungseinheiten solche sektorenübergreifende Vorhaben im Sinne des Art. 31 sind, für deren Errichtung und Betrieb seitens der Sozialversicherung Mittel zweckgewidmet werden können.

Zu § 8 (Verträge mit der Primärversorgungseinheit):

Das System der vertraglichen Ausgestaltung der Beziehungen der Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter zu den Versicherungsträgern auf privatrechtlicher Basis wird auch bezüglich der Primärversorgungsstrukturen beibehalten. Das Vertragswerk „Primärversorgungsvertrag“ wird daher die einzelvertraglichen Regelungen auf gesamtvertraglicher Basis (§§ 342b und 342c ASVG), wie etwa den kurativen Teil, die gesamtvertraglichen Regelungen über die Verwendung der e-card sowie allfällige weitere einzelvertragliche Regelungen für das zu erbringende Leistungsportfolio, das nicht durch gesamtvertragliche Bestimmungen abgedeckt ist, beinhalten. Je nach Struktur einer Primärversorgungseinheit wird die Regelungsdichte mehr oder weniger komplex sein. Dies ergibt sich aus den bestehenden unterschiedlichen Vertragssituationen der einzelnen Gesundheitsberufe, die entweder freiberuflich zusammenarbeiten können oder in einem Dienstverhältnis zu einem anderen Gesundheitsdiensteanbieter oder zur Primärversorgungseinheit stehen können, so diese eigene Rechtspersönlichkeit hat.

Der Primärversorgungsvertrag regelt im Sinne der §§ 338 ff. des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955, die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zur Primärversorgungseinheit. Da die Primärversorgungseinheit ist auch Leistungen aus dem Sozialbereich und dem öffentlichen Gesundheitsdienst erbringen soll, wird unter Umständen auf diese Erfordernisse bei der Vertragsgestaltung Bedacht zu nehmen sein. Durch den Primärversorgungsvertrag ist das auf Kosten der Sozialversicherung zu erbringende Leistungsspektrum festzulegen, sodass der Primärversorgungsvertrag durch die Abbildung des ärztlichen Gesamtvertrages die wesentlichen Eckpunkte, wie Öffnungszeiten, Leistungsangebot und konkrete Honorierung beinhaltet. Insoweit die durch Angehörige der nichtärztlichen Gesundheitsberufe zu erbringenden Leistungen nicht in einer Grundpauschale nach § 342b Abs. 3 und 4 ASVG enthalten oder in sonstiger Form von der im ärztlichen Gesamtvertrag (bzw. in den Anhängen dazu) vereinbarten Honorierung mitumfasst sind, ist die Abgeltung dieser Leistungen im Primärversorgungsvertrag zu vereinbaren.

Wird die Primärversorgungseinheit nicht in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums oder einer Gruppenpraxis geführt (zu denken ist an die Betriebsform von vernetzten Einzelordinationen in der Rechtsform eines Vereins oder einer Genossenschaft), so muss auch nach § 8 Abs. 5 die Primärversorgungseinheit über einen Primärversorgungsvertrag verfügen, der die nach § 8 Abs. 1 und 2 PVG 2017 vorgesehenen Regelungen beinhaltet. In Bezug auf die an dieser Primärversorgungseinheit teilnehmenden freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzte wird festgehalten, dass diese hinsichtlich der ärztlichen Leistungen mit den Krankenversicherungsträgern jeweils aus dem Gesamtvertrag nach § 342b ASVG abgeleitete, aufeinander abgestimmte und im Einklang mit dem Primärversorgungsvertrag stehende Primärversorgungs-Einzelverträge abschließen können. Die Primärversorgungseinheit ist aber auch in einem solchen Fall gegenüber den Krankenversicherungsträgern für die Erbringung der vereinbarten Leistungen verantwortlich.

Des Weiteren soll die neue Primärversorgungsstruktur an der Erfüllung der Ziele und Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes beteiligt werden können und bei Bedarf ausgewählte öffentliche Gesundheitsaufgaben im Sinne gemeindeärztlicher Aufgaben übernehmen (wie zB Totenbeschau, Untersuchungen nach dem Unterbringungs- und Heimaufenthaltsgesetz, Impfungen und Infektionsschutzmaßnahmen). Anzumerken ist, dass die Einbindung dieser öffentlichen Gesundheitsaufgaben in die Primärversorgung nicht die bestehenden Organisations- und Finanzierungszuständigkeiten ändert.

Zu § 9 (Primärversorgungseinheit in Form von Gruppenpraxen):

Zur Sicherstellung einer hochwertigen Versorgung im Bereich der Primärversorgung insbesondere auch im ländlichen Bereich ist § 52a Abs. 4 ÄrzteG 1998 hinsichtlich der Anzahl der möglichen Standorte einer Primärversorgungseinheit mit der Maßgabe anzuwenden, dass diese die Anzahl der an der Gruppenpraxis beteiligten Gesellschafterinnen und Gesellschafter überschreiten darf, sofern hiermit eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann.

Nach geltender Rechtslage sind für zwei der möglichen Formen, in denen eine Primärversorgungseinheit betrieben werden kann, formale Zulassungs- bzw. Bewilligungsverfahren vorgesehen, in Zuge deren eine Bedarfsprüfung zu erfolgen hat. Es sind dies das Zulassungsverfahren nach § 52c des Ärztegesetzes 1998, BGBl. I Nr. 169/1989, für die Gründung einer Gruppenpraxis sowie das Bewilligungsverfahren für die Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums nach § 3a des Kranken- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957.

Da Voraussetzung für eine Primärversorgungseinheit eine entsprechende Planung durch die Landeszielsteuerungskommission mit den entsprechenden formalen Beschlüssen und darüber hinaus die Durchführung eines Auswahlverfahrens nach § 14 PVG ist, ist eine Bedarfsprüfung, wie dies etwa in § 52c Abs. 3 ÄrzteG 1998 vorgesehen ist, nicht erforderlich.

Festgehalten wird, dass der Begriff Einzugsgebiet nicht gleichzuhalten mit Versorgungsgebiet ist und sich auch über Bundesländergrenzen hinweg erstrecken kann.

Die Nichtanwendbarkeit des § 52c ÄrzteG 1998 bedeutet, dass es kein Zulassungsverfahren und damit auch keinen Bescheid über die Zulassung gibt. In Folge des § 52b Abs. 1 Z 2 lit. a und lit. b ÄrzteG 1998 gibt es jetzt schon Fälle, in denen es keinen Bescheid gibt.

Wird eine Primärversorgungseinheit in der Form eines selbständigen Ambulatoriums geführt, so begründet dessen ärztliche Leitung einen Berufssitz gemäß § 45 ÄrzteG 1998.

Zu § 10 (Primärversorgungseinheit in Form von selbständigen Ambulatorien):

Abweichend von den Bestimmungen des KAKuG soll eine Errichtungsbewilligung für eine Primärversorgungseinheit bereits in dem Fall erteilt werden können, dass eine solche im RSG abgebildet ist und darüber hinaus nach Durchführung eines Auswahlverfahrens nach § 14 PVG eine vorvertragliche Zusage der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrags vorliegt.

Um Mehrfachfunktionen als ärztliche Leiterin/ärztlichen Leiter zu verhindern soll im Sinne einer personenzentrierten Primärversorgung als abweichende Bestimmung zu § 7 Abs. 2 KAKuG normiert werden, dass die ärztliche Leitung in der jeweiligen Primärversorgungseinheit maßgeblich zur persönlichen Berufsausübung verpflichtet ist.

Die Möglichkeit sich als Gesellschafterin/Gesellschafter an einer Primärversorgungseinheit in Form eines selbständigen Ambulatoriums zu beteiligen, soll auf gemeinnützige Anbieter (vgl. § 35 BAO) gesundheitlicher oder sozialer Dienste, Krankenversicherungsträger oder Gebietskörperschaften (Darunter sind auf Gemeindeebene nicht nur einzelne Gemeinden, sondern auch Gemeindeverbände zu verstehen.) eingeschränkt werden.

Die Sonderregelung für Primärversorgungseinheiten, die als selbständigen Ambulatorien geführt werden, betreffend den Entfall der Notwendigkeit, sich eine Anstaltsordnung zu geben, liegt darin begründet, dass ohnedies ein Versorgungskonzept vorgesehen ist, das die den Bedürfnissen einer Primärversorgungseinheit entsprechende Regelungen zu enthalten hat. Es sollen jedenfalls überbordende und allenfalls zu Missverständnissen führende Parallelregelungen vermieden werden.

In diesem Zusammenhang wird auch angemerkt, dass die Ausführungsgesetzgebung der Länder auf die Möglichkeit, dass Primärversorgungseinheiten auch als selbständige Ambulatorien geführt werden können, Bedacht zu nehmen haben wird, auch wenn keine einschlägige normative Änderung des KAKuG erfolgt. Regelungen, etwa betreffend Krankenhaushygieniker/in oder Hygienebeauftragte/n (§ 8a KAKuG) und Technische/r Sicherheitsbeauftragte/r (§ 8b KAKuG) sind in den einzelnen Landesgesetzen allenfalls mit Fokus auf das intramurale Angebot einer Krankenanstalt und der dort stattfindenden

Eingriffe und in Verwendung stehenden High-Tech-Gerätschaften gerechtfertigt; diese Regelungen stehen aber mit dem Angebot in der Primärversorgung und den damit gegebenen Erfordernissen nicht im Einklang, sodass eine diesbezügliche Anpassung der landesgesetzlichen Regelungen erwogen werden sollte.

Zu § 11 (Primärversorgungseinheit als Ausbildungsstätte):

Als weitere Aufgabe der Primärversorgungseinheit soll dieser auch die Funktion als Ausbildungsstätte für die praktische Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten (Lehrpraxen) und der weiteren Gesundheitsberufe (für Pflichtpraktika während der schulischen/akademischen Ausbildung) zukommen. Ausbildungsstätten können sämtliche Primärversorgungseinheiten unabhängig von der Organisationsform sein. Somit soll eine zeitgemäße Lern- und Lehrkultur bei den Gesundheits- und Sozialberufen auch im Hinblick auf ein berufsgruppenübergreifendes Training unterstützt werden.

Zu § 12 (Bezeichnungsschutz und Informationspflicht):

§ 12 Abs. 1 PVG 2017 regelt zunächst, dass die Bezeichnung „Primärversorgungseinheit“ ausschließlich von Primärversorgungseinheiten geführt werden darf, die nach diesem Bundesgesetz eingerichtet werden. Wenngleich es nicht ausgeschlossen werden kann, dass - ohne dass die Voraussetzung für die Bildung einer Primärvoraussetzung nach § 2 Abs. 2 erfüllt sind - Ärztinnen und Ärzte Vergleichbares anbieten, soll die Bezeichnung „Primärversorgungseinheit“ auf solche Einheiten beschränkt bleiben, die auch die formalen Voraussetzungen nach diesem Bundesgesetz erfüllen. Damit soll die Erfüllung der Planungsvorgaben sicher gestellt werden und die Möglichkeit bestehen, einheitliche Qualitätsstandards und sonstige Weiterentwicklungen für die Patientinnen und Patienten gewährleisten zu können. Die Patientinnen und Patienten sollen die Sicherheit haben, dass sie, wenn sie Leistungen in einer Primärversorgungseinheit in Anspruch nehmen, auf gleichbleibend hohem Niveau versorgt werden.

Um das Prinzip der freien Wahl der Hausärztin/Hausarztes durch die Patientinnen und Patienten zu unterstützen und – sofern dies gewünscht wird – die Kontinuität in der Behandlung zu gewährleisten, ist auf der Website der jeweiligen Primärversorgungseinheit sichtbar zu machen, wann welche Ärztin bzw. welcher Arzt anwesend ist.

Der Patientensicherheit dient auch die Vorschrift über die geforderte Transparenz bezüglich des Leistungsangebots. Im Übrigen bringt sie Klarheit darüber, ob die Patientin oder der Patient den Behandlungsvertrag mit der Primärversorgungseinheit oder im Falle eines Netzwerks, sofern es sich nicht um eine dislozierte Gruppenpraxis handelt, mit der einzelnen Leistungsanbieterin/dem einzelnen Leistungsanbieter abschließt. Schließlich soll erkennbar sein, dass eine Weitergabe der für den jeweiligen Behandlungsfall erforderlichen Gesundheitsdaten an die in den konkreten Fall eingebundenen Behandlerinnen und Behandler innerhalb der Primärversorgungseinheit erfolgt.

Zu § 13 (Haftpflichtversicherung):

§ 13 Abs. 1 normiert die Verpflichtung zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung. Die mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestatteten Primärversorgungseinheiten müssen somit eine solche vor Aufnahme der Geschäftstätigkeit abschließen. § 13 kommt allerdings nur zur Anwendung, sofern nicht bereits berufs- bzw. krankenanstaltenrechtliche Verpflichtungen zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung bestehen.

So sieht beispielsweise § 52d Ärztegesetz 1998, BGBl. I Nr. 169/1998, vor, dass Gruppenpraxen gemäß § 52a f Ärztegesetz 1998 über eine Haftpflichtversicherung verfügen müssen.

Die weiteren Vorgaben des § 13 Abs. 2 bis 5 des Entwurfs orientieren sich an den Erfordernissen des § 52d Ärztegesetz 1998, insbesondere an der angemessenen Höhe der Mindestversicherungssumme von zwei Millionen Euro. Vorgesehen ist analog zu § 52d Abs. 3 Ärztegesetz 1998 auch ein Haftungsdurchgriff auf die Gesellschafterinnen/Gesellschafter, wenn die abgeschlossene Versicherung nicht den gesetzlichen Bedingungen entspricht.

Zu § 14 (Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten):

Der Ablauf des Auswahlverfahrens richtet sich danach, inwieweit die RSG-Planung in den Stellenplan transferiert werden konnte.

Bei der Ausgestaltung des jeweiligen Auswahlverfahrens zur Invertragnahme sind insbesondere die tragenden unionsrechtlichen Grundsätze der Transparenz, Objektivität und der Nicht-Diskriminierung zu beachten.

Voraussetzung für die Einleitung des Auswahlverfahrens nach § 14 Abs. 2 ist die Konkretisierung der Planungsvorgaben des RSG durch die Gesamtvertragsparteien im Stellenplan nach § 342 Abs. 1a ASVG.

Das konkrete Auswahlverfahren für die Invertragnahme der Primärversorgungseinheit soll bei Einigung im Verhandlungsweg zweistufig erfolgen, wobei der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse eine Schlüsselrolle zukommt. Die Gebietskrankenkasse hat ihre derzeitigen Vertragspartnerinnen und Vertragspartner, deren Planstellen für die konkrete Primärversorgungseinheit vorgesehen sind, zur Bewerbung um einen Primärversorgungsvertrag einzuladen. Die Bewerbung von Vertragsärztinnen und -ärzten kann auch abhängig von den Planungsvorgaben des RSG erforderlichenfalls gemeinsam mit anderen berufsberechtigten Ärztinnen, Ärzten und Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin und gegebenenfalls Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde erfolgen, um die Voraussetzungen der RSG-Planung erfüllen zu können. Die Gebietskrankenkasse hat sich im Auswahlverfahren mit den anderen Krankenversicherungsträgern abzustimmen. Die Vertragsautonomie der Krankenversicherungsträger bleibt jedenfalls unberührt.

Unter Versorgungsregionen sind jedenfalls nicht die Klassifikationen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit, sondern kleinflächigere Gebiete zu verstehen, anhand deren Planung eine wohnortnahe Versorgung im Bereich der Primärversorgung sichergestellt werden soll. Erst wenn in der Folge nach einem Zeitraum von sechs Monaten keine geeignete Bewerbung vorliegt, ist die Einladung zur Bewerbung über diesen Personenkreis hinaus zu erweitern.

Erfolgt innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Abbildung im RSG keine Einigung im Verhandlungsweg über die Umsetzung der Planungsvorgaben im Stellenplan, so regelt § 14 Abs. 3 in Abweichung von Abs. 2, dass in der ersten Stufe des Auswahlverfahrens zunächst die Vertragsärztinnen und -ärzte und Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin in der jeweiligen Versorgungsregion einzuladen sind. Hinsichtlich des weiteren Ablaufs des Verfahrens besteht jedoch kein Unterschied zur Regelung nach Abs. 2. Hingewiesen wird darauf, dass – unbeschadet des aufrecht bleibenden Umstandes, dass der Stellenplan als Teil des ärztlichen Gesamtvertrags für die Gebietskrankenkasse weiterhin der Abschlusskompetenz des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger unterliegt – für die Einhaltung der Frist nach Abs. 3 von einem halben Jahr eine fristgerechte Einigung zwischen der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse und der jeweiligen Landesärztekammer ausreichend ist.

Aus dem Erfordernis das finanzielle Gleichgewicht des Systems der sozialen Krankenversicherung aufrechtzuerhalten und die damit verbundene umfassende (Sachleistungs-)Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, kann die vorgesehene Zweistufigkeit des Auswahlverfahrens gerechtfertigt werden. Um den übermäßigen Aufbau von Doppelstrukturen hintanzuhalten soll den bestehenden Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern – auch im Hinblick auf das bereits durch die bisherigen Verträge erworbene Vertrauen in die Qualität der ärztlichen Leistungen – bei der Bildung von Primärversorgungseinheiten eine Schlüsselrolle zukommen, in dem diese vorrangig zur Bewerbung um einen Primärversorgungsvertrag eingeladen werden.

Der Wortlaut der jeweiligen Einladung hat den Vorgaben des RSG, insbesondere im Hinblick auf den Planungszeitraum und die in den §§ 4 bis 6 an die Primärversorgungseinheit gestellten Anforderungen zu folgen. Die Einladung hat jedenfalls hinreichend konkret und unabhängig von der Stufe des Auswahlverfahrens in den wesentlichen Parametern mit gleichem Inhalt zu erfolgen, sodass für die Interessentinnen und Interessenten die Bedingungen, unter denen ein Vertragsabschluss erfolgen kann, hinreichend klar sind. Die Einladungen sind ebenso öffentlich kundzumachen, wobei die Kundmachung der Einladung jedenfalls auf der Website der jeweiligen Gebietskrankenkasse zu erfolgen hat. Durch den Ausdruck „jedenfalls“ ist im Gesetz deutlich zum Ausdruck gebracht, dass die Kundmachung in anderer Form zusätzlich zur Kundmachung auf der Website der Gebietskrankenkasse möglich ist. So kann beispielsweise in den Fällen, in denen sich die anderen bundesweiten Krankenversicherungsträger am Auswahlverfahren der Gebietskrankenkasse beteiligen, auch auf deren Websites eine Kundmachung erfolgen. Der Gesetzestext verhindert nicht, dass die Einladungen in beiden Stufen des Auswahlverfahrens ident sein können.

In der Folge hat die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse in Abstimmung mit den anderen Krankenversicherungsträgern, sofern diese sich dem Auswahlverfahren anschließen, die Bewertung der eingelangten Bewerbungen vorzunehmen. Für den Fall, dass eine fristgerechte Einigung über die Konkretisierung der Planungsvorgaben des RSG im Stellenplan erfolgt, ist im ersten Verfahrensschritt (§ 14 Abs. 2 Z 1) die Bewertung im Einvernehmen mit der jeweils zuständigen Landesärztekammer durchzuführen.

Die Auswahl hat an Hand der auf Basis der Planungsfeststellungen der Landeszielsteuerungskommission erstellten Einladung zu erfolgen. Bewertungsmaßstab sind das Versorgungskonzept nach § 6, die in der Reihungskriterien-Verordnung bzw. in den darauf beruhenden Reihungs-Richtlinien festgelegten Kriterien sowie im Fall des § 14 Abs. 2 Z 2 die verpflichtend einzuholenden Stellungnahmen der jeweiligen Landesärztekammer und der örtlich zuständigen

gesetzlichen Vertretung der Privatkrankenanstalten. Die Gewichtung der unterschiedlichen Kriterien für die Gesamtbeurteilung ist aus Gründen der Nachvollziehbarkeit des Verfahrens bereits in der Einladung darzustellen.

Durch die Gebietskrankenkassen ist bei der Auswahl jeweils sicherzustellen, dass durch den Vertragsabschluss im Bereich der Anbieterinnen und Anbieter eine gewisse Vielfalt bestehen bleibt, womit Eigentümerstrukturen vermieden werden sollen, die die Versorgungssituation beherrschen. Diese Regelung soll sicherstellen, dass monopolartige oder -ähnliche Anbieterstrukturen eine versorgungspolitisch unerwünschte bestimmende Einflussnahme erlangen oder bei entsprechenden kaufmännischen Entscheidungen einer Reduzierung des Leistungsangebots die Versorgung in der Region nachhaltig gefährden können. Gegebenenfalls ist mit solchen Anbieterinnen/Anbieter in der Folge kein Primärversorgungsvertrag abzuschließen.

Am Ende des Verfahrens sind alle Bewerberinnen und Bewerber über das Ergebnis (die Reihung der Bewerbungen) nachweislich in Kenntnis zu setzen.

Zu § 16 (Vollziehung):

Die Bestimmung regelt die Vollziehung des Bundesgesetzes, wonach damit die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen betraut ist.

Zu Art. 2 (Änderung des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes):

Ziel der vorgeschlagenen Regelungen des § 21 Abs. 8 bis 10 G-ZG ist es, einen niederschweligen Zugang der Ärztinnen und Ärzte für einen Einstieg in die neuen Primärversorgungsstrukturen zu gewährleisten.

Voraussetzung für den Abschluss eines Primärversorgungsvertrags mit einer Primärversorgungseinheit ist die Abbildung von Primärversorgungseinheiten im RSG. § 21 Abs. 8 G-ZG sieht zur Beschleunigung der Etablierung von Primärversorgungseinheiten vor, dass – zusätzlich zu der tatsächlichen Abbildung einer Primärversorgungseinheit im RSG – eine Primärversorgungseinheit auch dann als im RSG abgebildet gilt, wenn der Bedarf nach § 20 Abs. 1 Z 8 G-ZG für die Errichtung einer solchen durch Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission festgestellt wurde.

Zur Beteiligungsmöglichkeit nach § 21 Abs. 9:

Wenngleich es Ziel ist, dass die Planung der Kapazitäten und allenfalls groben Strukturen der erforderlichen oder gewünschten Primärversorgungseinheiten letztendlich flächendeckend in den jeweiligen RSG abgebildet sein soll, so wird man sich diesem Ziel nur in kontinuierlich und in prozesshafter Weise annähern können. Veränderungen, wie die Errichtung neuer Stadtteile, die Redimensionierung von spitalsambulanten Versorgungsstrukturen, Veränderungen im niedergelassenen ärztlichen Bereich, Bevölkerungszuwächse oder Abwanderungen oder einfach die Erfahrungen in der täglichen Versorgung der Bevölkerung lassen eine Mitwirkung der für das Gesundheitssystem im weiteren Sinn verantwortlichen Stellen an der Planung der Primärversorgung angezeigt erscheinen. So soll etwa den Gemeinde- und Städtebünden auf Landesebene sowie den in Frage kommenden gesetzlichen Interessenvertretungen der Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbieter die Möglichkeit eingeräumt werden, ihre Interessen bzw. ihr Anliegen im Zusammenhang mit der Primärversorgung mittels eines Vorschlages auf Planung beim jeweiligen Land oder einem Sozialversicherungsträger einzubringen. Hingewiesen wird in diesem Zusammenhang darauf, dass die Planung von Primärversorgungseinheiten in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission nicht im Rahmen eines hoheitlichen Verwaltungsverfahrens sondern im Rahmen der Privatwirtschaftsverwaltung des Bundes und der Länder stattfindet, die Landes-Zielsteuerungskommission somit nicht als Behörde agiert. Daraus abgeleitet ergibt sich, dass durch diese Anregungen zur Planung von außen auch keine Parteistellung nach § 8 AVG, BGBl. I Nr. 51/1991, begründet werden kann.

Dieses Ansuchen ist an die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission weiterzuleiten, die einen entsprechenden Prüfvorgang durchzuführen hat. Auf Grund der kompetenzrechtlichen Zuständigkeiten der Bundesverfassung soll - unbeschadet allfälliger landesrechtlicher Regelungen - durch § 21 Abs. 9 den Vertreterinnen und Vertretern der Sozialversicherung eine besondere Verantwortung zur Überprüfung der Planung in Folge eines solchen Ansuchens zukommen.

§ 21 Abs. 10 G-ZG sieht vor, dass die darin den gesetzlichen Interessenvertretungen eingeräumte Möglichkeit zur Stellungnahme nicht nur vor Beschlussfassung des RSG an sich, sondern auch bei Beschlussfassung einer den RSG betreffenden Angelegenheit besteht.

Zu Artikel 3 bis 6 (Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes, des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes und des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes):

Zu Art. 3 Z 1 bis 6 und 15, Art. 4 Z 1, Art. 5 Z 1 und 2 und Art. 6 Z 1 (§§ 131 Abs. 3 erster Satz, 131a samt Überschrift, 135 Abs. 1 erster Satz und Abs. 3 erster Satz, Überschrift des Sechsten Teils, 338 und 350 Abs. 1 Z 2 lit. a ASVG, § 193 GSVG, §§ 80 Abs. 2 und 181 BSVG sowie § 128 B-KUVG):

In den gegenständlichen Bestimmungen sollen die Primärversorgungseinheiten nach dem Primärversorgungsgesetz 2017 jeweils ergänzt werden.

Zu Art. 3 Z 8 (§ 342 Abs. 1 Z 9 ASVG):

Durch das Auslaufen der Übergangsbestimmung im Bundesbehindertengleichstellungsgesetz betreffend bauliche Maßnahmen mit Ende des Jahres 2015 kann es nunmehr zu einem Entfall der im Gesamtvertrag bisher zu vereinbarenden Regelungen über die Barrierefreiheit (Regelungen zur Sicherstellung eines behindertengerechten Zuganges) kommen.

Zu Art. 3 Z 9 (§ 342 Abs. 1a ASVG):

Die Umsetzung der Planungsvorgaben des RSG betreffend Primärversorgungseinheiten hat grundsätzlich im jeweiligen Stellenplan, der Teil des kurativen Gesamtvertrages nach § 342 ASVG ist, zu erfolgen, wobei diesbezüglich eine Bindung der Gesamtvertragspartner an die Planungsvorgaben besteht. Im Stellenplan ist innerhalb dieses Rahmens der konkrete regionale Standort der Einheiten, sofern diese nach § 2 Abs. 5 Z 1 lit. a und Z 2 PVG 2017 geführt werden und deren Primärversorgungstypus zu konkretisieren bzw. festzulegen. Des Weiteren sind jene ärztlichen Stellen festzulegen, die in die Primärversorgungseinheit übergeführt werden sollen sowie innerhalb des Rahmens des Planungszeitraumes des RSG auch der konkrete Zeitpunkt zur Umsetzung des Vertragsabschlusses.

Zu Art. 3 Z 10 (§ 342 Abs. 3 ASVG):

Bereits derzeit hat der nach § 342 Abs. 1 Z 1 ASVG zu vereinbarenden Stellenplan auf die regionalen Strukturpläne Gesundheit Bedacht zu nehmen. Die Planung der Primärversorgungseinheiten wird durch Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission zum RSG auf Basis der im ÖSG festgelegten Parameter erfolgen.

Um die beiden Planungsinstrumente RSG und Stellenplan nachhaltig zu verschränken, ist es erforderlich, dass die Umsetzung der Planung von Primärversorgungseinheiten im RSG im Stellenplan ihren Niederschlag findet, in dem bei Abschluss von Verträgen mit Primärversorgungseinheiten die darin vorgesehenen ärztlichen Vollzeitäquivalente im Stellenplan entsprechend berücksichtigt werden.

Das Auswahlverfahren nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes 2017 sieht ein 2-stufiges Vorgehen vor. In einem 1. Schritt sollen bestehende Vertragspartnerinnen und -partner, deren Stellen in eine Primärversorgungseinheit übergeführt werden sollen, eingeladen werden. Die Bewerbung von Vertragsärztinnen und -ärzten kann auch erforderlichenfalls gemeinsam mit anderen berufsberechtigten Ärztinnen, Ärzten und Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin und gegebenenfalls Fachärztinnen/Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde erfolgen, um die Voraussetzungen der RSG-Planung erfüllen zu können. Wird die Primärversorgungseinheit nach einem Auswahlverfahren nach § 14 Abs. 2 des Primärversorgungsgesetzes 2017, somit bei grundsätzlicher Umsetzung der Planungen im Stellenplan, dennoch als selbständiges Ambulatorium unter Vertrag genommen, so erfolgt eine Reduktion des Stellenplans um die im selbständigen Ambulatorium gebundenen ärztlichen Vollzeitäquivalente jeweils bei Freiwerden einer geeigneten Planstelle.

Bei Nichteinigkeit darüber, welche Planstelle dafür geeignet ist, besteht die Möglichkeit eine Klärung im Schiedsverfahren herbeizuführen.

Regelt der Stellenplan die Umsetzung der Planungsvorgaben vor Durchführung eines Auswahlverfahrens nach § 14 Abs. 3 des Primärversorgungsgesetzes 2017 hingegen nicht, so erfolgt eine Reduktion des Stellenplans wie folgt:

- a) Erfolgt der Vertragsabschluss mit einem selbständigen Ambulatorium, so ist der Stellenplan in halbem Ausmaß der im selbständigen Ambulatorium gebundenen ärztlichen Vollzeitäquivalente zu reduzieren.
- b) Erfolgt der Vertragsabschluss hingegen mit einem Vertragspartner nach dem Sechsten Teil 1. Unterabschnitt des ASVG (und zwar unabhängig davon, ob es sich um einen bereits bestehenden Vertragspartner oder um einen bisherigen Nicht-Vertragspartner handelt), so ist der Stellenplan in vollem Ausmaß der ärztlichen Vollzeitäquivalente zu reduzieren.

Zu Art. 3 Z 11 (Überschrift zu § 342a ASVG):

Es muss eine Anpassung der Überschrift betreffend Sonderregelungen für Gruppenpraxen vorgenommen werden, weil die Regelung betreffend Primärversorgungseinheiten in Form von Gruppenpraxen im ASVG (§§ 342b und 342c) gesondert erfolgt.

Zu Art. 3 Z 12 und 16 (§§ 342b samt Überschrift ASVG und 706 Abs. 2):

Die Beziehungen der Träger der Krankenversicherung zu Primärversorgungseinheiten nach § 2 des Primärversorgungsgesetzes 2017 sind im Rahmen des bewährten Gesamtvertragsregimes hinsichtlich der ärztlichen Hilfe durch einen neuen, bundesweit einheitlichen und eigenständigen Gesamtvertrag zu regeln. Dieser Gesamtvertrag ist auf Seiten der Krankenversicherungsträger durch den Hauptverband und auf Seiten der Ärzteschaft durch die Österreichische Ärztekammer (unbefristet) abzuschließen. Für Primärversorgungseinheiten sind ausschließlich die Bestimmungen dieses neuen Gesamtvertrages maßgeblich.

Hinzuweisen ist darauf, dass der Gesamtvertrag allerdings nicht für jene Primärversorgungseinheiten gilt, die als selbständige Ambulatorien nach § 2 Abs. Z 5 KAKuG betrieben werden, da den Ärztekammern aufgrund der Wirtschaftskammerzugehörigkeit der Ambulatorien keine Vertretungsbefugnis zukommt.

Die wesentlichen Eckpunkte der im Gesamtvertrag zu regelnden Gegenstände werden durch § 342b Abs. 2 ASVG festgelegt und umfassen:

1. das aus den §§ 4 bis 6 des Primärversorgungsgesetzes 2017 abgeleitete Mindestleistungsspektrum;
2. die Rechte und Pflichten der Vertragspartner, insbesondere auch Regelungen über die Grundsätze der Vergütung sowie die Überprüfung der Identität der/des Patientin/Patienten und die rechtmäßige Verwendung der e-card;
3. die Vorsorge zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Behandlung und Verschreibweise einschließlich Steuermaßnahmen bei Heilmitteln sowie hinsichtlich der ärztlich veranlassten Kosten, zB in den Bereichen Zuweisung und Überweisung zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (Gruppenpraxen), Heilbehelfe, Hilfsmittel und Transporte (Ökonomieprinzip);
4. die Ausstellung von Bescheinigungen, die für die Durchführung der Krankenversicherung erforderlich sind;
5. die Zusammenarbeit mit dem chef- und kontrollärztlichen Dienst der Sozialversicherungsträger unter Zugrundelegung des Erstattungskodex (§ 31 Abs. 3 Z 12) und der Richtlinien nach § 31 Abs. 5 Z 10 und 13 sowie
6. die Verlautbarung des Gesamtvertrages und seiner Abänderungen.

Die Vergütung der Leistungen von Primärversorgungseinheiten ist basierend auf einer Kombination von Elementen von Grund- und Fallpauschalen, Verrechnungspositionen für Einzelleistungen und gegebenenfalls für Ergebnisziele zu vereinbaren (§ 342b Abs. 3 ASVG). Die Honorierung der Leistungen hat dabei die dem Primärversorgungsgesetz zu Grunde liegenden Zielsetzungen und die sich daraus ergebenden Anforderungen an diese Versorgungsform zu unterstützen. Die Honorierung ist in ihren Grundzügen im Gesamtvertrag zu vereinbaren. Dem Ergebnis der Honorarverhandlungen entsprechend werden die in die Leistungspflicht der Krankenversicherung fallenden an Stelle der durch die Ärztin/den Arzt von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe erbrachten Leistungen in der Grundpauschale enthalten sein.

Durch den Hauptverband sind für die Träger der Krankenversicherung mit deren Zustimmung mit der jeweiligen örtlich zuständigen Ärztekammer für das jeweilige Bundesland bzw. Versorgungsgebiet Honorare sowie Bandbreiten samt Zu- und Abschlägen in regionalen Musterhonorarordnungen vereinbaren, wobei jeweils das Gebot der Objektivität, Transparenz und Nichtdiskriminierung zu beachten ist. Dabei werden auch Richtwerte für den Mindestanteil der Grundpauschale am jeweils durchschnittlich zu erwartenden Gesamthonorar festzusetzen sein, die innerhalb eines Bundeslandes abhängig vom regionalen Umfeld verschieden sein können. Des Weiteren soll darin auch eine Konkretisierung bestimmter Regelungsgegenstände des Gesamtvertrages erfolgen können soweit sich dieser auf die Regelung von bloßen Grundzügen beschränkt. Diese Honorarordnungen sind Anhänge zum Gesamtvertrag nach § 342b Abs. 1 ASVG, sind als gesonderte Teile aber separat vom Hauptverband bzw. der jeweiligen Landesärztekammer zu kündigen ohne dass der rechtliche Bestand des Gesamtvertrages gefährdet wäre.

Im Gesamtvertrag nach § 342b ASVG soll als Übergangsmodell bis zur Implementierung eines gesamtvertraglichen Honorierungssystems im Sinne des § 342b Abs. 3 und 4 ASVG zunächst die Honorierung der ärztlichen Leistungen der Primärversorgungseinheit über ein ausschließliches Pauschalssystem zulässig sein. Damit sollen mögliche betriebswirtschaftliche Risiken oder

Unabwägbarkeiten beim Umstieg in neue Versorgungsstrukturen abgedeckt werden. Bei der Festlegung des Pauschalensystems sind für unterschiedliche regionale Gegebenheiten auf nicht-diskriminierender Basis differenzierte Pauschalen vorzusehen. Der Hauptverband hat über den Fortschritt der Verhandlungen für ein Honorierungssystem im Sinne des § 342b Abs. 3 und 4 ASVG dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen halbjährlich zu berichten.

Zu Art. 3 Z 12 bis 14 und 16 (§§ 342c ASVG samt Überschrift, 343 Abs. 1b und 1c sowie 706 Abs. 2 ASVG):

§ 342c ASVG legt Regelungen für Primärversorgungseinheiten aufgrund eines Gesamtvertrages nach § 342b ASVG, somit für solche Einheiten, die nicht in Form eines selbständigen Ambulatoriums betrieben werden, fest:

Die künftige Auswahl der Primärversorgungseinheiten soll ausschließlich nach dem in § 14 des Primärversorgungsgesetzes festgelegten Auswahlverfahren erfolgen, weshalb die Verordnung über die Reihungskriterien nach § 343 Abs. 1 und 1a ASVG nicht anzuwenden ist. Der Abschluss des Einzelvertrages obliegt der örtlich in Betracht kommenden Gebietskrankenkasse.

§ 342c Abs. 4 ASVG enthält jene Gründe, in denen das Vertragsverhältnis ohne Kündigung automatisch erlischt. Liegt ein Grund für das Erlöschen des Vertrages nach den Z 4 bis 6 vor, so kann die Primärversorgungseinheit das Erlöschen verhindern, wenn sie die betreffende Person ausschließt.

Hinsichtlich der Möglichkeiten der Kündigung des Einzelvertrages wird Folgendes vorgesehen:

Der Kündigung hat verpflichtend ein Schlichtungsversuch unter Beiziehung der zuständigen Ärztekammer voranzugehen. Der Krankenversicherungsträger kann aus folgenden Gründen kündigen (taxative Aufzählung):

1. wiederholte nicht unerhebliche oder schwerwiegende Vertrags- oder Berufspflichtverletzungen;
2. Nichterfüllung der im Primärversorgungsvertrag vereinbarten auf Kosten der Krankenversicherung zu erbringenden Leistungen;
3. Änderung der Organisation der Primärversorgungseinheit oder des Organisationskonzepts, wenn dies im Widerspruch zu den vereinbarten Planungsvorgaben steht;
4. Wegfall der dem Auswahlverfahren nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes 2017 zu Grunde gelegten Voraussetzungen oder wesentliche Änderung derselben, im zweiten Fall dann, wenn innerhalb eines Jahres keine Vertragsänderung zustande kommt.

Das Vertragsverhältnis kann von beiden Teilen unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist, zum Ende eines Kalendervierteljahres unter Angabe der Gründe schriftlich gekündigt werden. Im Falle einer Kündigung nach Z 4 aufgrund angepasster Planungsvorgaben im RSG sind die von der Primärversorgungseinheit im Vertrauen auf die Treffsicherheit der Planung eingegangenen Verpflichtungen zu berücksichtigen, indem angemessene finanzielle Abgeltungen geleistet werden oder die Kündigungsfrist in entsprechender Dauer, zumindest im Ausmaß von drei Jahren, einzuhalten ist.

Eine erweiterte Kündigungsmöglichkeit des Primärversorgungsvertrages wird in § 342c Abs. 1 Z 3 ASVG bei grundlegenden Änderungen des Organisationskonzepts vorgesehen, wenn sich diese Änderung als im Widerspruch zu den vereinbarten Planungsvorgaben stehend darstellt.

Wird die Primärversorgungseinheit nicht in der Betriebsform einer Gruppenpraxis oder eines selbständigen Ambulatoriums geführt, so muss nach § 8 Abs. 5 des Primärversorgungsgesetzes 2017 auch in diesem Fall die Primärversorgungseinheit über einen Primärversorgungsvertrag verfügen. Die gegebenenfalls von den an der Primärversorgungseinheit teilnehmenden freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzte abgeschlossenen, aufeinander abgestimmten und im Einklang mit dem Primärversorgungsvertrag stehenden Primärversorgungs-Einzelverträge (§ 8 Abs. 5 PVG 2017) sind integrativer Bestandteil des Primärversorgungsvertrages und vom Bestehen des Primärversorgungsvertrages abhängig. Ein Ende des Primärversorgungsvertrages bewirkt somit auch ein Ende der diesbezüglichen Primärversorgungs-Einzelverträge, nicht aber das Ende eines Primärversorgungs-Einzelvertrages das Ende eines Primärversorgungsvertrages. Der Krankenversicherungsträger kann aber – etwa wenn nur eine Ärztin bzw. ein Arzt einen Kündigungsgrund verwirklicht hat – auch unmittelbar den Primärversorgungs-Einzelvertrag aus den in Abs. 8 Z 1, 2 und 4 genannten Gründen kündigen.

Künftig sollen Einzelverträge nach § 343 ASVG mit Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin für den Fall, dass bei Vertragsabschluss bei Ausschreibung bereits die Planung einer Primärversorgungseinheit im selben Versorgungsgebiet im Regionalen Strukturplan Gesundheit abgebildet ist, unter Einhaltung der

Kündigungsfrist nach § 343 Abs. 4 ASVG - unbeschadet der bisherigen Kündigungsgründe - auch dann gekündigt werden dürfen, wenn in weiterer Folge die Ärztin oder Arzt die Beteiligung an einer Primärversorgungseinheit entgegen einer vorvertragliche Zusage - ablehnt (§ 343c Abs. 11 ASVG). Die Vergabe des Einzelvertrages steht damit bereits vor dem Hintergrund, dass die im RSG vorgesehene Planung die (zukünftige) Bildung einer Primärversorgungseinheit vorsieht, zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses dies jedoch noch nicht möglich ist. Eine derartige Zusage zum Einstieg in eine Primärversorgungseinheit bindet für fünf Jahre, wobei in der Ausschreibung auch abweichende Fristen vereinbart werden können.

Durch § 342c Abs. 12 ASVG wird klargestellt, dass die bisherigen Einzelverträge der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bzw. Vertrags-Gruppenpraxen bei Zusammenschluss zu einer Primärversorgungseinheit erlöschen. Im Fall des Ausscheidens einer/eines freiberuflich tätigen Ärztin oder Arztes aus der Primärversorgungseinheit oder der Auflösung derselben kommt es zu einem Wiederaufleben der vorherigen Einzelverträge. Die Regelung soll allerdings nur unter bestimmten Voraussetzungen (siehe dazu die Übergangsbestimmung des § 706 Abs. 2 ASVG) zeitlich befristet bzw. in weiterer Folge mit Zustimmung der jeweiligen Gebietskrankenkasse und Landesärztekammer zur Anwendung kommen. Im Fall der Kündigung nach § 342c Abs. 8 Z 4 ASVG aus dem Grund des Wegfalls der Voraussetzungen bzw. einer wesentlichen Änderung derselben leben die bisherigen Einzelverträge ohne die zuvor genannten Voraussetzungen jedenfalls wieder auf.

Im jeweiligen Gesellschaftsvertrag werden Vorkehrungen zu treffen sein, um den fristgerechten Ausschluss einer Gesellschafterin/eines Gesellschafters aus der Primärversorgungseinheit bei Verwirklichung eines Erlöschens- bzw. Kündigungsgrundes nach § 342c Abs. 4 und 8 ASVG zu ermöglichen.

Kommt bis 31. Dezember 2018 für die ärztlichen Leistungen ein Gesamtvertrag nach § 342b Abs. 1 mit Wirksamkeit 1. Juli 2019 nicht zustande oder tritt danach ein vertragsloser Zustand ein, so kann der Hauptverband unter Bedachtnahme auf die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) für die Träger der Krankenversicherung den Gesamtvertrag ersetzende Primärversorgungs-Sondereinzelverträge mit Primärversorgungseinheiten nach § 8 Abs. 4 und 5 des Primärversorgungsgesetzes 2017 nach einheitlichen Grundsätzen abzuschließen. Der Primärversorgungs-Sondereinzelvertrag ist in einem solchen Fall Teil des Primärversorgungsvertrages. Ein solcher Primärversorgungs-Sondereinzelvertrag bedarf der Zustimmung der örtlich in Betracht kommenden Gebietskrankenkasse und der zuständigen Ärztekammer.

In Abweichung von der bisherigen Regelung § 343 Abs. 1c ASVG, wonach eine stillgelegte Planstelle innerhalb von fünf Jahren ab Freiwerden der Stelle durch eine andere Vertragspartnerin/eine andere Vertragspartner nicht besetzt werden darf, kann diese Planstelle jedoch in einer Primärversorgungseinheit weitergeführt werden, wenn die stillgelegte Planstelle auf den Stellenplan angerechnet wird.

Bei der Entscheidung der Landesschiedskommission über den Bedarf der Nachbesetzung einer ärztlichen Planstelle soll künftig auch berücksichtigt werden, ob im jeweiligen RSG für das Versorgungsgebiet eine Primärversorgungseinheit geplant wurde und die Versorgung somit umfassend gewährleistet wird (§ 343 Abs. 1b ASVG).

Zu Art. 7 (§ 8 UbG):

Es kommt zu einer notwendigen Ergänzung im Zusammenhang mit § 8 Abs. 6 PVG 2017.