

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen  
Radetzkystraße 2  
1031 Wien

per E-Mail: [vera.pribitzer@bmgf.gv.at](mailto:vera.pribitzer@bmgf.gv.at)  
[begutachtungsverfahren@parlament.gv.at](mailto:begutachtungsverfahren@parlament.gv.at)

Unser Zeichen: KAD Dr. Z.      Ihr Schreiben vom: 21.4.2017      Geschäftszahl: BMGF-96100/0006-II/A/6/2017      17.05.2017

**Betrifft: Stellungnahme Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 (GRUG 2017)**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Österreichische Ärztekammer dankt für die Einladung zur Begutachtung des Entwurfs für ein „Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 – GRUG 2017“ und übermittelt im Folgenden ihre diesbezügliche Stellungnahme.

Der Entwurf weicht hinsichtlich Terminologie und Inhalten in weiten Bereichen von der in Lehre und Rechtsprechung gefestigten Begrifflichkeit ab. Es wird schon deshalb empfohlen, Termini wie etwa „Primärversorgungsvertrag“, „Primärversorgungs-Einzelvertrag“, „Primärversorgungs-Sondereinzelvertrag“ u.a. im Gesetz zu definieren.

Das bekannte und bewährte ärztliche Vertragspartnerrecht wurde bisher im ASVG in nur wenigen Bestimmungen determiniert und Detailregelungen den Vertragspartnern vorbehalten. Wie im Arbeitsrecht vielfach bewährt, wurden auch im Vertragspartnerrecht Interessenverbände, die als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert sind, zum Aushandeln von Einzelvertragsbedingungen ermächtigt. Die gelebte Praxis zeigt, dass eine solche Ermächtigung von Verbänden zu einer ausgewogenen und praxisnahen Lösung von Interessengegensätzen führt, wodurch gleichzeitig die Gesundheitsversorgung bestmöglich erreicht werden konnte. Als Ausdruck eines solchen Interessenausgleichs tragen Gesamtverträge auch die Vermutung der Richtigkeit in sich. Der Gesamtvertrag soll das Ergebnis eines freien Spiels der Kräfte sein. Folgerichtig sehen die Sozialversicherungsgesetze daher weder einen Abschlusszwang (und zwar weder für die Sozialversicherung, noch für die Ärztekammern oder die Vertreter anderer Gesundheitsberufe), noch eine dauerhafte Zwangsschlichtung bei Nichteinigung über den Abschluss eines GV vor.

Von diesen Grundsätzen geht man nun offensichtlich bewusst ab. An die Stelle des bewährten freien Spiels der Kräfte tritt rechtlicher Dirigismus. Dabei wird allerdings übersehen, dass übertriebene Detailregelungen sehr oft Regelungen sind, die an der gelebten Praxis weit vorbeigehen.

Der Entwurf ist – wie schon das VUG 2017 – vom Ziel bestimmt, eine schiefe Ebene zwischen Sozialversicherung und Ärztekammern herzustellen. So werden die Ärztekammern nicht nur von der Planung von Primärversorgungseinrichtungen bewusst ausgeschlossen, auch die Bewertung der Bewerbungen und die Auswahl konkreter Bewerber sollen in erster Linie von den Gebietskrankenkassen durchgeführt werden. Den Ärztekammern werden zwar einzelne Mitwirkungsrechte eingeräumt (etwa das Vorschlagsrecht für eine PVE gem. § 21 Abs. 8 G-ZG), welche allerdings regelmäßig ohne jede Durchsetzbarkeit ausgestattet sind.

In den letzten Jahrzehnten waren es stets die Ärztekammern, die in Stellenplanverhandlungen ein Mehr an medizinischer Versorgung zu Gunsten der Versicherten eingemahnt haben, vielfach aber an den ausschließlich ökonomisch ausgerichteten Einwänden einzelner Sozialversicherungsträger gescheitert sind. Die Ärztekammern nun aus der Planung auszuschließen und stattdessen die Bedeutung der Kassen in diesem Zusammenhang zu stärken, bedeutet, hier „den Bock zum Gärtner zu machen“!

Der vorliegende Entwurf entbehrt einer klaren Regelung über die Finanzierung der geplanten Primärversorgung. Die in den Erläuterungen bzw. in der aktuellen Art 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zweckgewidmeten bis zu € 200 Mio. sollen aus vorhandenen Mitteln gewonnen werden. Dies lässt Einschnitte in der künftigen niedergelassenen Versorgung befürchten.

## **Zu Artikel 1 – Primärversorgungsgesetz 2017**

### **Zu § 2 Abs. 4:**

Die Tatsache, dass eine Primärversorgungseinheit jedenfalls mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet zu sein hat, wird sich in der Realität – insbesondere hinsichtlich der Gründung von Netzwerken – als Hemmnis erweisen. In § 342c Abs. 12 ASVG ist weiters vorgesehen, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, welche bereit sind, eine PVE zu gründen, zunächst ihren bisherigen Einzelvertrag aufgeben müssen. Diese beiden Bestimmungen werden die Bildung von Primärversorgungseinheiten massiv gefährden. Warum sollten Ärztinnen und Ärzte, die ihre Existenz auf einem bestehenden Kassenvertrag aufgebaut haben, diesen freiwillig aufgeben und sich darüber hinaus auch noch einer Gesellschaftsgründung unterziehen? Die von den Vertretern des BMGF in diesem Zusammenhang genannte Begründung, dass ein Primärversorgungsvertrag bzw. ein Primärversorgungs-Einzelvertrag wesentlich günstigere Bedingungen vorsehen werde, überzeugt nicht. Ohne Zufuhr zusätzlicher finanzieller Mittel (eine solche ist wie ausgeführt nicht vorgesehen) werden die genannten Verträge keineswegs lukrativer sein, als die bisherigen Einzelverträge.

Abhilfe könnte die Möglichkeit der Vergesellschaftung in der sehr viel formloseren Gesellschaft bürgerlichen Rechts schaffen. Weiters könnte die Mitnahme bzw. ein Ruhen der bisherigen Einzelverträge vorgesehen werden. Jedenfalls müsste eine zeitlich unbegrenzte Rückkehrmöglichkeit in einen bisherigen Kassenvertrag in den Entwurf aufgenommen werden (die Übergangsbestimmung des § 706 Abs. 2 ASVG ist dafür nicht ausreichend). Ohne derartige Regelungen wird das geplante PVE-G Primärversorgungseinheiten – insbesondere in der Form von Netzwerken – eher verhindern, als begünstigen.

### **Zu § 2 Abs. 5 Z 2**

Im Interesse der Realitätsnähe sollte ein PVE-Netzwerk auch an einem Standort möglich sein.

### **Zu § 9 Abs. 1 Z 2 (laut Begleitschreiben)**

Die im Begleitschreiben für die zu erstellende Regierungsvorlage vorgeschlagene Verfassungsbestimmung soll aus Sicht der Österreichischen Ärztekammer unbedingt aufgenommen werden. Größere Organisationseinheiten, wie insbes. Primärversorgungseinheiten (aber auch andere Gruppenpraxen) brauchen jedenfalls die Möglichkeit der Anstellung Arzt bei Arzt. Das 1:1-Verhältnis zwischen den als Gesellschafterinnen und Gesellschaftern beteiligten Ärztinnen und Ärzten und angestellten Ärztinnen und Ärzten sollte sich dabei aber nicht nach dem Pro-Kopf-Prinzip, sondern viel mehr nach Vollzeit-äquivalenten richten. Außerdem ist gleichzeitig die Möglichkeit der Anstellung von Fachärztinnen und Fachärzten in Gruppenpraxen zu schaffen.

Wie in den politischen Gesprächen diskutiert, sollte gleichzeitig eine legistische Klarstellung erfolgen, dass ärztliche Vertretungstätigkeit in Ordinationen kein Anstellungsverhältnis begründet, sondern eine freiberufliche Tätigkeit darstellt. Entsprechende Formulierungsvorschläge wurden dem BMGF bereits vor Jahren übermittelt.

### **Zu § 9 Abs. 1**

Die hier vorgesehene Regelung, wonach sich die Berufsbefugnis einer PVE auch aus der Berufsbefugnis der Angehörigen anderer nichtärztlichen Gesundheitsberufe ergibt, sollte generalisiert in § 52a Abs. 3 Z 4 ÄrzteG aufgenommen werden, sodass diese Bestimmung lauten würde: „Die Berufsbefugnis der Gruppenpraxis ergibt sich aus der Berufsberechtigung der ärztlichen Gesellschafter sowie aus der Berufsberechtigung der in der Gruppenpraxis beschäftigten nichtärztlichen Gesundheitsberufe.“

### **Zu § 9 Abs. 5**

Auch diese Bestimmung sollte aus systematischen Gründen mit folgendem Wortlaut in das ÄrzteG (§ 45 Abs. 2) übernommen werden: „Die Tätigkeit als ärztlicher Leiter in einem selbständigen Ambulatorium begründet einen Berufssitz im Bundesgebiet.“

In der einschlägigen Feststellung des Gesundheitsausschusses wird ausdrücklich festgehalten, dass im GRUG sichergestellt werden soll, dass selbständige Ambulatorien un-

ter maßgeblichem ärztlichen Einfluss stehen müssen. Dieser Auftrag an den Gesetzgeber ist im Entwurf nicht umgesetzt. Die Formulierung des § 9 Abs. 5 ist dafür jedenfalls nicht ausreichend.

### **Zu § 9 bzw. § 10**

Wie in den politischen Gesprächen zugesagt, ist eine Bestimmung aufzunehmen, dergemäß die Honorierung in Primärversorgungseinheiten ident sein muss, unabhängig davon in welcher Rechtsform (Gruppenpraxis oder selbständiges Ambulatorium) diese geführt werden.

### **Zu § 10 Z 4**

Die Regelung, wonach Gesellschafterinnen und Gesellschafter von Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien nur gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste, Krankenversicherungsträger oder Gebietskörperschaften sein dürfen, wird grundsätzlich positiv bewertet. Allerdings werden durch diese Formulierung auch Ärztinnen und Ärzte als Gesellschafter ausgeschlossen, was bei den politischen Verhandlungen zum Entwurf nicht intendiert war.

Es ist zu befürchten, dass Krankenversicherungsträger, Gebietskörperschaften und andere Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten aufgrund dieser Bestimmung vermehrt in den extramuralen Bereich drängen werden. Primärversorgung soll demgegenüber aber in erster Linie durch freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte geleistet werden. Das ist im Entwurf klarzustellen.

Weiters sollte eine Umgehung der getroffenen Gemeinnützigkeits-Regelung durch PPP-Modelle unterbunden werden.

### **Zu § 11**

Sowohl in der Überschrift, als auch im Text muss der Begriff „Ausbildungsstätte“ auf „Ausbildungseinrichtung“ geändert werden. Der Begriff Ausbildungsstätte wird nur für Krankenanstalten verwendet.

### **Zu § 14**

Die in § 14 nunmehr vorgesehene „Kaskade“ muss auch für Primärversorgungseinheiten gelten, die nicht in den Stellenplan aufgenommen wurden. Dementsprechend ist in Abs. 3 eine Formulierung aufzunehmen, dergemäß bei Nichtbewerbung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Vertrags-Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin in weiterer Folge sonstige berufsberechtigte Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin einzuladen sind. Erst danach darf es zu einer Ausschreibung für Ambulatorien kommen.

Die Einladung sowie die Auswahl unter den ärztlichen Bewerbern muss generell (gleichgültig ob die PVE im Stellenplan vorgesehen ist oder nicht) im Einvernehmen zwischen Kasse und Landesärztekammer erfolgen. Andernfalls könnte die Sozialversicherung durch Abwarten des Ablaufs der vorgesehenen sechs Monate die Aufnahme in den Stellenplan bzw. generell die Kaskade stets einseitig verhindern.

Generell stellt die Möglichkeit der Kassenseite, durch Zuwarten die Mitwirkungsrechte der Ärztekammern zu unterwandern, eine wesentliche Schwachstelle des Entwurfs dar.

Der Wortlaut der Einladungen gemäß § 14 Abs. 2 Z 1 und Z 2 hat hinsichtlich Leistungen und Honorierung jedenfalls ident zu sein.

Außerdem wurde in den politischen Gesprächen vereinbart, in die Erläuternden Bemerkungen eine Klarstellung aufzunehmen, wonach die erste Stufe der Kaskade für den Fall, dass sich keine geeigneten Bewerber finden, wiederholt werden kann.

In § 14 Abs. 2 Z 1 muss es statt „Abhängig von den Planungsvorgaben des RSG“ vielmehr „Abhängig von den Planungsvorgaben des Stellenplans“ heißen.

### **Zu § 17**

In der bereits genannten Ausschussfeststellung ist weiters vorgesehen, dass das GRUG zum Schutz bestehender Versorgungsstrukturen Obergrenzen für Primärversorgungseinheiten festlegen soll. Auch diesem Auftrag des Gesundheitsausschusses wurde durch den Entwurf nicht entsprochen. Bedauerlicherweise ist etwa von der Obfrau der WGKK zu vernehmen, dass sie die gesamte Primärversorgung in Zukunft durch Zentren sicherstellen und Einzelordinationen beseitigen möchte. Derartige Überlegungen machen es notwendig, hinsichtlich der Primärversorgungszentren in das Gesetz eine realistische Obergrenze aufzunehmen.

## **Zu Artikel 2 – Änderungen des G-ZG**

### **Zu § 21 Abs. 8**

Abgelehnt wird die Bestimmung, wonach eine Primärversorgungseinheit auch dann als im RSG abgebildet gilt, wenn deren Bedarf durch Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission festgestellt wurde. In einem solchen verkürzten Verfahren bliebe jeglicher Rechtsschutz auf der Strecke; außerdem wären die Ergebnisse nicht öffentlich.

### **Zu § 21 Abs. 9**

Es ist zu befürchten, dass aufgrund dieser Bestimmung in dem einen oder anderen Fall politisch motivierter Druck aufgebaut wird, am tatsächlichen Bedarf vorbei Primärversorgungseinrichtungen im RSG bzw. durch Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission vorzusehen.

## **Zu Artikel 3 – Änderungen des ASVG**

### **Zu § 339 Abs. 1**

Die in dieser Bestimmung vorgesehene Verkürzung der Fristen würde in der Realität zu Negativfristen führen! Dementsprechend ist die Bestimmung ersatzlos zu streichen.

**Zu § 342 Abs. 1 Z 9**

Der Entfall dieser Bestimmung wird ausdrücklich begrüßt. Gleichzeitig ist jedoch die Reihungskriterien-Verordnung in diesem Sinne zu ändern. Dazu, sowie zu weiteren dringend erforderlichen Anpassungen dieser Verordnung, liegen im BMGF seit längerer Zeit leider unbearbeitete Vorschläge der Österreichischen Ärztekammer auf.

**Zu § 342 Abs. 3**

Für die hier vorgesehenen Reduktionen von Planstellen aus dem Stellenplan, wenn selbständige Ambulatorien in Vertrag genommen werden, fehlt die sachliche Rechtfertigung. Das gilt insbesondere für die in Z 2 lit. a genannte Reduktion um die Hälfte der im Ambulatorium gebundenen ärztlichen Vollzeitäquivalente.

**Zu § 342b**

In Abs. 1 Satz 1 ist die Wortfolge „betreffend die ärztliche Hilfe“ zu streichen. Soweit es um die Leistungserbringung durch Ärztinnen und Ärzte geht, müssen alle Leistungen, auch jene der nichtärztlichen Gesundheitsberufe – wie bisher – im Gesamtvertrag geregelt werden.

Der Entwurf enthält in Abs. 4 letzter Satz eine unauflösbare dogmatische Schwäche: Die auf Länderebene getroffenen Honorarvereinbarungen sollen „Anhänge“ zum bundesweiten Gesamtvertrag nach Abs. 1 sein; ihre Kündigung soll nicht die Kündigung des Gesamtvertrages bewirken. Der bundesweite Gesamtvertrag wird zwischen Hauptverband und Österreichischer Ärztekammer abgeschlossen. Schon alleine deshalb können die zwischen Hauptverband für die Krankenversicherungsträger mit der örtlich zuständigen Ärztekammer abgeschlossenen Vereinbarungen keine Anhänge zu diesem Gesamtvertrag sein. Es handelt sich vielmehr um eigenständige gesamtvertragliche Vereinbarungen, die im Entwurf daher explizit als solche zu bezeichnen sind.

Wenn im Entwurf auf den „Inhalt der Bestimmungen des Gesamtvertrages (§ 342b)...“ Bezug genommen wird, ist klarzustellen, dass darunter auch die gesamtvertraglichen Vereinbarungen auf Länderebene zu verstehen sind.

Die Kündigung einer gesamtvertraglichen Vereinbarung auf Länderebene muss bewirken, dass im entsprechenden Bundesland nur noch Primärversorgungs-Sondereinzelverträge möglich sind. Vereinbarungen auf Länderebene sollten jedenfalls auch dann möglich sein, wenn bzw. so lange ein bundesweiter Gesamtvertrag fehlt.

In § 342b Abs. 4 Satz 2 ist vor dem Wort „Bandbreite“ das Wort „allenfalls“ einzufügen. Es ist nämlich davon auszugehen, dass vor allem im urbanen Bereich unterschiedliche Honorierungen sachlich nicht zu rechtfertigen sind.

§ 342b Abs. 4 Satz 3, wonach Richtwerte für den Mindestanteil der Grundpauschale festzusetzen sind, ist entbehrlich da in den gesamtvertraglichen Vereinbarungen auf Landesebene konkrete Honorierungen festgelegt werden.

Der Entwurf entbehrt einer Regelung betreffend die Honorarordnungen für Sonderversicherungsträger. Es muss klargestellt werden, dass diese – wie auch sonst– zwischen

jeweiligem Sonderversicherungsträger und Landes- bzw. Österreichischer Ärztekammer zu vereinbaren sind.

### **Zu § 342c**

Der in Abs. 8 Z 4 vorgesehene Kündigungsgrund wegen Wegfalls der im Auswahlverfahren zu Grunde gelegten Voraussetzungen bzw. bei wesentlicher Änderung derselben ist angesichts des hohen Investitionsbedarfs in Primärversorgungseinheiten inakzeptabel. Auch Abs. 10 schafft hier keine adäquate Abhilfe. Es kann nicht sein, dass die an der Primärversorgungseinheit beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörigen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe die Auswirkungen einer fehlerhaften Planung durch Sozialversicherung und Länder zu tragen haben.

In § 342c Abs. 11 muss es statt „...im selben Versorgungsgebiet im RSG...“ vielmehr „...im selben Versorgungsgebiet im Stellenplan...“ heißen.

### **Zu § 342c Abs. 12**

Wie bereits zu § 2 Abs. 4 ausgeführt, darf der Zusammenschluss zu einer Primärversorgungseinheit nicht zum Erlöschen eines bisherigen (Gruppenpraxis-)Einzelvertrags führen. Sollte diese Bestimmung des Entwurfs beibehalten werden, wird es die gewünschten Primärversorgungseinheiten – vor allem als Netzwerke – in absehbarer Zukunft nicht geben.

### **Zu § 706 Abs. 2**

Vertragsärzte, die ihre bestehenden Einzelverträge in eine Primärversorgungseinheit einbringen, müssen unbefristet die Möglichkeit haben, in diese nach einem Ausscheiden aus der PVE wieder zurückkehren zu können. Ohne eine derartige Bestimmung wird der vorliegende Entwurf über weite Strecken totes Recht bleiben.

## **Sonstige Anmerkungen**

### **a) Lehrpraxisfinanzierung**

Eine funktionierende Primärversorgung bedarf auch einer entsprechenden Anzahl qualifizierter Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner. Daher ist bei der im vorliegenden Entwurf geplanten Stärkung der Primärversorgung auch der Aspekt der Ausbildung zu berücksichtigen. Die Finanzierung der seit der ÄAO 2015 verpflichtend vorgesehenen Lehrpraxis ist allerdings nach wie vor offen. Das BMGF muss daher dringend entsprechende Begleitmaßnahmen vorsehen.

### **b) Altersgrenze**

§ 342 Abs. 1 Z 10 ASVG idGF sieht als einen der in Gesamtverträgen zu regelnden Gegenstände die Festlegung einer Altersgrenze vor. Eine vergleichbare Bestimmung für Primärversorgungseinheiten fehlt sinnvoller Weise im vorliegenden Entwurf. Angesichts des sich abzeichnenden Ärztemangels im Kassenbereich sollte daher die gleichzeitige Streichung des § 342 Abs. 1 Z 10 ASVG überlegt werden.

### c) Übergangsbestimmungen für existierende Primärversorgungseinheiten

Im Entwurf fehlen Bestimmungen hinsichtlich der bereits geschaffenen Primärversorgungseinheiten. Es wäre unverantwortlich, zwischen Kasse und Kammer vereinbarte Projekte, aber auch von Ärztinnen und Ärzten freiwillig begründete Ärztenetze durch dieses Gesetz wieder zu beseitigen. Dementsprechend sind adäquate Bestimmungen, welche die Existenz solcher Einrichtungen sicherstellen, aufzunehmen.

Zusammenfassend wird festgehalten, dass der vorliegende Entwurf in Hinblick auf die eigentliche Zielsetzung, nämlich eine sinnvolle und international vergleichbare Primärversorgung zu realisieren, aus Sicht der Österreichischen Ärztekammer absolut entbehrlich ist. Eine legislative Umsetzung dieses Entwurfs würde in der Praxis für alle Beteiligten unlösbare Probleme aufwerfen und die Schaffung einer Primärversorgung im vertragspartnerschaftlichen Konsens ganz wesentlich erschweren. Die Österreichische Ärztekammer schließt sich daher der von so gut wie allen Stakeholdern des Gesundheitswesens in den letzten Tagen geäußerten Ansicht an, dass es zielführender wäre, den vorliegenden Entwurf nicht umzusetzen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Artur Wechselberger  
Präsident