



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Bundesministerium für
Gesundheit und Frauen

T + 43 (0) 1 / 71132-1201
recht.allgemein@sozialversicherung.at
Zl. REP-43.00/17/0106 Sd

Präsidium des **Nationalrates**

Wien, 21. Mai 2017

Betreff: Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 (GRUG 2017)

Bezug: Ihr E-Mail vom 21. April 2017, GZ: BMGF-96100/0006-II/A/6/2017

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Verbesserung der Primärversorgung ist ein zentrales Anliegen der Gesundheitsreform. Eine verbesserte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe, längere Öffnungszeiten und ein breiteres Leistungsspektrum sollen zu einer spürbaren Verbesserung der extramuralen Betreuung der PatientInnen führen. Neue Versorgungsformen mit inhaltlich und zeitlich umfangreicherem Leistungsangebot bedürfen unstrittig besonderer rechtlicher Grundlagen. Wir bekennen uns daher grundsätzlich zum Gesetzesvorhaben.

Damit die maßgeblichen Ziele auch erreicht werden können, bedarf es aber in einer Reihe von wesentlichen Punkten noch einiger Korrekturen.

Wichtig sind uns besonders folgende Themen, die klar und mit Nachdruck weiter verfolgt werden sollten.

1. Die **Situation der Patienten muss Grundlage der Organisation sein**:
Es muss stets eindeutig sein, wer Partner des Behandlungsvertrages ist. Die Konstruktion muss dazu führen, dass eine Behandlung im Rahmen der **Primärversorgungseinheit als Rechtsperson** (verantwortungs- und haftungsmäßig) abgewickelt wird. Entsprechendes muss für die vertraglichen Beziehungen zur Sozialversicherung gelten.
2. Die PVE darf **nicht durch eine Berufsgruppe dominierbar sein**: Es muss Sache des Leistungsvertrages der Sozialversicherung mit der PVE bleiben, wer im Rahmen der PVE welche Leistungen erbringt. Die Gründung einer PVE darf nicht von einzelnen Interessensvertretungen verhindert werden.



3. Die Möglichkeit eine PVE zu gründen muss in **verschiedenen Organisationsformen** (Ambulatorien, eigene Einrichtungen, Gruppenpraxen, Spitäler) gleichberechtigt möglich sein. Eine Einschränkung auf gemeinnützige Einrichtungen für selbständige Ambulatorien ist aus Gleichbehandlungsgründen und aus Versorgungsgründen abzulehnen.
4. Es ist nachvollziehbar und richtig, dass zunächst bestehende Vertragspartner zur Bewerbung um einen Primärversorgungsvertrag eingeladen werden. Falls bestehende Vertragspartner eine Bewerbung ablehnen, ist die im Entwurf vorgesehene **nachfolgende Bevorzugung** bestimmter Organisationsformen **abzulehnen**.
5. Die Verbindlichkeit der Planung der PVE im Rahmen der **jeweiligen Regionalen Strukturpläne (RSG)** wird ausdrücklich begrüßt. Es darf keine gesetzlich determinierten Obergrenzen für Primärversorgungseinrichtungen geben, die Bereitschaft zur Teilnahme und Gestaltungsmöglichkeiten könnte dadurch behindert (oder zu steuern versucht) werden.
6. Für den städtischen Bereich eignet sich besonders das **Zentrum**; für den ländlichen Bereich ist demgegenüber das **Netzwerk** eher zu bevorzugen. Jedenfalls ist immer auf eine wohnortnahe Versorgung abzustellen. Es muss verhindert werden, dass „Netzwerke“ entstehen, die lediglich die Zusammenarbeit von Gesundheitsdiensteanbietern in einem Gebäude darstellen.
7. **Begriffsklarheit muss herrschen**: Die im Entwurf verwendeten Begriffe sollten in Form einer Legaldefinition normiert oder zumindest in den Erläuterungen klar definiert werden. Es wird auch vorgeschlagen, statt des Wortes „Einzelvertrag“, der bereits im 6. Teil des ASVG verwendet wird, im vorliegenden Zusammenhang einen anderen Begriff zu verwenden (z. B. „Leistungsvertrag“ o. ä.).
8. Die Leistungsorganisation muss umfassend sein und **den Versicherten aller Krankenversicherungsträger** und darüber hinaus allenfalls anderen **Verantwortlichen des öffentlichen Gesundheitswesens** zur Verfügung stehen. Dies wäre in den begleitenden Organisations- und Vertragsabschlussregeln vorzusehen.
9. Die **Anstellungsmöglichkeit** von Ärzten durch das PVE und die im Begleitschreiben in Aussicht genommene Verfassungsbestimmung werden befürwortet. Die Auswirkungen wären jedoch zwingend bei den Kapazitätsplanungen (RSG, Stellenpläne usw.) zu berücksichtigen. Die Anstellungsmöglichkeit darf auch *nicht auf bestimmte Organisationsformen von PVE* beschränkt werden. Es gibt besondere sachliche Gründe, dass die Anstellungsmöglichkeit nur auf PVE beschränkt wird.



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

10. Die **Vertragsgestaltung** muss mit dem bestehenden System zusammenpassen. Abweichende Regeln, die nicht im Interesse der Patienten und der Wirtschaftlichkeit von Angeboten notwendig sind, sollten nicht getroffen werden. Keinesfalls darf die Position der Verwendung öffentlicher Mittel, also hauptsächlich jene der Sozialversicherung, durch das Gesetz zu Gunsten bestimmter Interessengruppen verschlechtert werden.

Die Detailausführungen dieser Stellungnahme sind als Ausprägungen dieser Grundsätze zu verstehen.

Weitere Anmerkungen allgemeiner Art

Legistische Anmerkung

Ein klar formulierter, gut lesbarer Gesetzestext kann zu einer erfolgreichen Umsetzung beitragen. Wir schlagen daher vor, im PVG – etwa analog zu den Art. 15a B-VG-Vereinbarungen – Begriffsbestimmungen voranzustellen; viele Verweise könnten damit entfallen. Insbesondere verweisen wir auf das von der Bundes-Zielsteuerungskommission am 30. Juni 2014 beschlossene „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich“ (Konzept) und die darin verwendeten Begriffe „Kernteam, Primärversorgungsteam und Primärversorgungs-Partner“, die auch im vorliegenden Gesetzesentwurf entsprechend abgebildet werden sollten.

Vereinfachung sollte zumindest versucht werden

Der Entwurf sollte in einigen Bereichen vereinfacht werden. Oberstes Ziel sollten nicht die Zementierung von Einflussmöglichkeiten sein, sondern eine klare und einfache Organisationsform zugunsten der Behandlung von Patienten und der Erfüllung anderer Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens (vgl. die Aufgaben von Amtsärzten hinsichtlich Impfungen usw.).

Insbesondere wären jene Vorschriften, insbesondere im **Auswahlverfahren**, die eine Abstimmung bzw. Beschlussfassung mit einzelnen Interessenvertretungen (Landesärztekammern) erfordern, zu überdenken. Der Entwurf wäre in dieser Hinsicht mit den Regeln des in diesen Tagen für die parlamentarische Behandlung vorbereiteten **neuen Vergaberechts** abzustimmen. Unklarheiten in diesem Zusammenhang sind schon angesichts der sehr hohen Geldbußen nach Vergaberecht unbedingt zu vermeiden.

Darüber hinaus muss geregelt werden, dass die Kündigung des Primärversorgungsvertrages mit der jeweils zuständigen Gebietskrankenkasse (vgl. § 2 Abs. 4 PVG) durch die PVE auch den Wegfall der Verträge mit den anderen



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Krankenversicherungsträgern (insbesondere den Sonderversicherungsträgern)
bewirkt.

Zu den einzelnen Bestimmungen wird nachfolgend Stellung genommen.

Mit freundlichen Grüßen
Für den Hauptverband:


Dr. Josef Probst
Generaldirektor



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Art. 1 Primärversorgungsgesetz 2017 – PVG 2017



Zu Art. 1 - § 2 iVm § 8 PVG 2017

Für eine sinnvolle vertragliche Umsetzung ist es erforderlich, dass jede PVE als einheitliche Vertragspartnerin Systempartnerin wird und nicht parallele Verträge vorgesehen werden (die allenfalls, vielleicht sogar nur aus Zufall, abweichende rechtliche Schicksale haben können).

Zu Art. 1 - § 2 Abs. 3 PVG 2017

Nach dieser Bestimmung können Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen in die PVE eingebunden werden. Die leistungsrechtliche Einordnung dieser nichtärztlichen Berufe wäre klarzustellen.

Es wäre daher genauer zu definieren, was unter „verbindlicher und strukturierter Einbindung von Einrichtungen“ zu verstehen ist.

Weiters sollte zum Ausdruck kommen, dass unter dem Begriff „Einrichtungen“ nur jene zu verstehen sind, die im Konzept der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2014 – „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich“ – auf Seite 15 aufgezählt sind (medizinische Hauskrankenpflege, Mobile Dienste).

Zu Art. 1 - § 2 Abs. 4 PVG 2017

Eine PVE muss im jeweiligen Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) abgebildet sein und in weiterer Folge im Stellenplan konkretisiert werden. Kommt keine entsprechende Einigung mit der Ärztekammer über die Konkretisierung im Stellenplan zustande, sieht § 14 Abs. 3 vor, dass die in der im RSG ausgewiesenen Versorgungsregion befindlichen Vertragsärzte zur Bewerbung einzuladen sind.

Dies bedeutet, dass für den Fall, dass eine Einigung über den Stellenplan nicht erzielt werden kann, bereits die Planungsvorgaben des RSG für die einzelnen PVE sehr eng gefasst sein müssen (zumindest Einzugsgebiet der PVE), da ansonsten sämtliche Ärzte der Versorgungsregion eingeladen und nach den Kriterien des § 14 Abs. 5 – unabhängig von der örtlichen Lage in der Versorgungsregion – ausgewählt werden müssten.

Eine zu konkrete Festlegung von PVE hinsichtlich der genauen Standorte im RSG ist jedoch schon aus vergaberechtlichen Gründen (Vermeidung von Monopolen wegen Standortbesitz) und auch im Hinblick auf einen notwendigen Gestaltungsspielraum als nicht sinnvoll.



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Daher wird die Klarstellung vorgeschlagen, dass der Standort, auf den sich das Bewerbungsverfahren nach § 14 Abs. 3 bezieht, im Rahmen des RSG von der Sozialversicherung im jeweiligen Vergabeverfahren vorzugeben ist (vgl. dazu seit Jänner 2017 die §§ 3 und 3a KAKuG, zu denen die Ausführungsgesetze allerdings noch ausstehen).

Es muss auch möglich bleiben, Aufgaben von PVE durch eigene Einrichtungen oder andere Vertragspartner zu übernehmen (die Möglichkeit von z. B. Hausbesuchen besteht auch für Institute und andere Krankenanstalten).

Der Entwurf stellt weiters darauf ab, dass ausschließlich PVE mit (allen) Kassenverträgen gegründet werden können, die allein auf dem Sachleistungsprinzip beruhen, was grundsätzlich positiv gesehen wird.

Weiters ist darauf hinzuweisen, dass nach dem Entwurf zwar Verträge mit anderen Krankenversicherungsträgern geschlossen werden *können*, aber nicht abgeschlossen werden *müssen*. Damit wäre es möglich, dass eine PVE gegenüber den Versicherten einzelner Sozialversicherungsträger als Wahlpartner auftritt. Das wäre zu verhindern, weil es dann nämlich von Zufälligkeiten des Alltags (zuständiger Versicherungsträger bei z. B. Ferialjobs, wenn ein Kind bisher bei einem anderen Krankenversicherungsträger mit seinen Eltern mitversichert war) abhängen kann, ob ein Patient Sachleistungen beim bisherigen Behandler erhalten kann oder nicht.

Es wäre daher zu prüfen ob es nicht sinnvoller wäre, wenn auch seitens der KV Träger nur ein Primärversorgungsvertrag für alle abgeschlossen wird. In diesem Fall wäre sicherzustellen wie und auf welche Weise die interne Abstimmung in der SV erfolgt.

Zu Art. 1 - § 2 Abs. 5 Z 1 PVG 2017

Es wäre gesetzlich eine klare Definition für das Vorliegen eines Standorts vorzusehen. Ansonsten ist zu befürchten, dass auf einzelne Räumlichkeit in einem Gebäude abgestellt wird und demnach Begehrlichkeit nach weiteren „Standorten“ im selben Gebäude entsteht. Es könnte innerhalb eines Gebäudes ein Netzwerk fingiert werden, wofür nach dem Entwurf keine Gesellschaftsgründung erforderlich wäre und eine ärztliche Einzelordination in ein Netzwerk integriert werden könnte. Solche Konstrukte müssen unbedingt verhindert werden.

Wichtig wäre daher eine Aufnahme (zumindest in die Erläuterungen), dass Ordinationen in einem Gebäude als an einem Standort im Sinne des § 2 Abs. 5 Z 1 eingerichtet anzusehen sind.



Zu Art. 1 - § 2 Abs. 5 Z 2 PVG

Eine PVE kann als Netzwerk an mehreren Standorten eingerichtet werden. Da gemäß § 4 Z 1 PVG die Wohnortnähe ein Ziel der PVE darstellt, sollte überlegt werden, eine Regelung hinsichtlich der maximalen Entfernung bzw. Erreichbarkeit von PVE, die als Netzwerk geführt werden, zu treffen.

Unklar ist, in welcher Organisationsform eine PVE in Form eines Netzwerkes geführt werden kann.

Aus unserer Sicht wird eine PVE in erster Linie wohl als Gruppenpraxis oder als selbstständiges Ambulatorium geführt werden, unabhängig davon, ob es als Zentrum oder Netzwerk betrieben wird. Nur so ist sichergestellt, dass das Gebilde eine Einheit darstellt. Die Rechtsform richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben (derzeit OG oder GmbH oder die anderen allenfalls zulässigen Rechtspersonen).

Das Primärversorgungszentrum als Netzwerk in Form des Vereins wird vor diesem Hintergrund kritisch gesehen: Eine Primärversorgungseinheit an einem Standort (Zentrum) kann keinesfalls erfolgreich in der Form des Vereins (wer sollen dessen Mitglieder sein – Dominanz einer Berufsgruppe?) umgesetzt werden. Für das Funktionieren einer interdisziplinären Zusammenarbeit und einer kontinuierlichen Betreuung von Patienten durch mehrere Gesundheitsdiensteanbieter ist mehr als nur das Vorliegen einer Rechtspersönlichkeit erforderlich. Die Gefahr besteht, dass die über ein loses Konstrukt verbundenen Ärzte in Einzelordinationen nach außen nicht als PVE im Sinne der §§ 3 ff PVG fungieren (können). Lösungen über gemeinnützige Vereine, die in der Praxis als Hilfskonstruktionen zur Verschleierung finanzieller Zahlungsströme dienen könnten, lehnen wir ab.

Außerdem kann auch eine einheitliche Patientendokumentation, die für die optimale Behandlung von Patienten unabdingbar ist, nicht garantiert werden.

Netzwerke sollten daher ebenso ausschließlich in Form einer Gruppenpraxis – hier als dislozierte Gruppenpraxis mit mehreren Standorten, wie es das Ärztegesetz bereits jetzt vorsieht – oder als Ambulatorium ermöglicht werden.

Ein Verein nach dem VereinsG 2002 kann zwar wirtschaftlich tätig werden – also eine unternehmerische Tätigkeit entfalten – und Gewinne zur Erreichung des Vereinszweckes erwirtschaften; der Vereinszweck darf jedoch nicht vorrangig auf Gewinnerzielung ausgerichtet sein. In diesem Zusammenhang sprechen die Erläuterungen zum VereinsG 2002 (ErläutRV 990 BlgNR 21. GP 20) davon,



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

dass unter anderem entscheidend ist, dass „der Verein nicht bloß den Deckmantel für eine Erwerbstätigkeit seiner Mitglieder oder dritter Personen bildet“.

Auch wenn nach den Erläuterungen zum vorliegenden Entwurf „die Gründung eines Vereins zum Zwecke der betrieblichen Organisation und Abwicklung der vertraglichen Beziehungen“ vorstellbar ist, so ist davon auszugehen, dass auch die an diesem Verein beteiligten Ärzte und anderen nichtärztlichen Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen – wie Gesellschafter von Gruppenpraxen – mit Gewinnerzielungsabsicht handeln.

Im Zusammenhang mit der „Vereinslösung“ wird auch auf die Ausführungen zu § 8 verwiesen, wo wir dafür eintreten, dass es nur einen Primärversorgungsvertrag mit dem Verein und keine zusätzlichen Primärversorgungs-Einzelverträge mit den einzelnen beteiligten Ärzten geben soll, um den Grundsatz des einheitlichen Auftritts des Netzwerks nach außen zu verwirklichen.

Darüber hinaus wird angemerkt, dass die in § 2 Abs. 5, § 8 und § 14 Abs. 1 verwendeten Begriffe „Organisationsform“ bzw. „Betriebsform“ in Einklang gebracht werden sollten und nur einer dieser Begriffe Verwendung finden sollte.

Zu Art. 1 - § 3 Abs. 3 PVG

Eine derartige Regelung scheint nicht notwendig.

Eine Attraktivierung der beruflichen Rahmenbedingungen einzelner Berufsgruppen als „öffentliches Interesse“ zu titulieren, könnte unerwünschte Folgewirkungen mit sich bringen.

Zu Art. 1 - § 4 Z 2 PVG

Das Sachleistungsprinzip ist nach der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG „Zielsteuerung Gesundheit“ ein tragender Teil der Gesundheitsreform (Art. 5 Abs. 2 Z 6, Art. 6 Abs. 1 Z 5, Art. 13 Abs. 1 Z 2). Es ist auch durch die PVE zu verwirklichen.

Hinsichtlich der „bedarfsgerechten Öffnungszeiten mit ärztlicher Anwesenheit“ wäre eine gesetzliche Definition der Mindestordinationszeiten hilfreich.

Es sollten Konkretisierungen vorgenommen werden (beispielsweise wann die Tagesrandzeiten vorliegen: vor 6 Uhr oder später bzw. ab 18 Uhr, oder erst später).

Darüber hinaus sollten auch verpflichtende Öffnungszeiten an Samstagen vorgesehen werden. Alternativ zu den konkreten Öffnungszeiten könnte auch das



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

wöchentliche Stundenminimum (z. B. 60 Wochenstunden) normiert werden. Die PVE-Betreiber wären dann bei der Verteilung dieser Mindeststunden auf die einzelnen Wochentage frei.

Zu Art. 1 - § 4 Z 4 PVG

Das Erreichbarkeitskonzept sollte auch ein Terminmanagement beinhalten. Insbesondere sollte eine möglichst wartezeitenfreie Inanspruchnahme ermöglicht werden bzw. die Wartezeiten auf ein Minimum reduziert werden.

Maximale durchschnittliche Wartezeiten sollen zudem als Zielvorgabe in das Versorgungskonzept durch den Leistungserbringer aufgenommen werden. Eine diesbezügliche Ergänzung wäre daher zu empfehlen (gegebenenfalls auch in § 6).

Zu Art. 1 - § 4 Z 7 PVG 2017

Die diversen Anforderungen dürfen nicht zu kompetenzwidrigen Mehrkosten für die Sozialversicherung führen.

Der Begriff „bedarfsgerechte Sprachdienstleistung“ wäre zu präzisieren. Es wäre klarzustellen, ob darunter beispielsweise ein (Gebärden-)Dolmetsch zu verstehen ist und wer dafür die Kosten zu tragen hat.

Sowohl Ärzte als auch Krankenanstalten haben derzeit bereits umfangreiche Aufklärungspflichten. Die nunmehr verpflichtend vorgesehenen „bedarfsgerechten Sprachdienstleistungen“, kann, weil es sich dabei um Maßnahmen der Ordinationsausstattung handelt, nicht zu Forderungen an einen Krankenversicherungsträger hinsichtlich Übernahme der Kosten führen.

Zu Art. 1 - § 5 Abs. 1 PVG

Die Klammer bei „(Zusatz-)Kompetenzen“ ist entbehrlich, da es sich tatsächlich um zusätzliche Qualifikationen handelt.

Die Aufzählung des Leistungsumfanges der PVE sollte nur demonstrativ sein. Es sollte daher vor der Aufzählung das Wort „insbesondere“ eingefügt werden.

Es fehlt zudem ein Hinweis, welche Berufsgruppen welche Kompetenzen in welchem Umfang nachzuweisen haben (z. B. für die Versorgung älterer Personen das ÖÄK-Diplom „Geriatric“ oder anderer Nachweis?).

Entsprechende Präzisierungen wären vorzunehmen, um ein österreichweit einheitliches Handeln zu gewährleisten.



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Zu Art. 1 - § 5 Abs. 2 PVG

Durch das Wort „jedenfalls“ wird der Eindruck vermittelt, dass die Anforderungen des Abs. 1 relativiert werden. Daher sollte dieses Wort gestrichen werden.

Zu Art. 1 - § 6 Abs. 1 PVG

Es wäre ergänzend festzulegen, dass das Versorgungskonzept schriftlich zu vereinbaren ist.

Die maximalen Wartezeiten sollten auch Inhalt des Versorgungskonzeptes gemäß § 6 sein. Das Versorgungskonzept sollte weiters verpflichtend auf die im ÖSG/RSG definierten Versorgungsaufträge Bezug nehmen.

Zu Art 1 - § 6 Abs. 2 PVG

Eine Präzisierung, was unter einer „wesentlichen“ Änderung zu verstehen ist, wäre erforderlich. Alternativ sollte der Ausdruck „wesentliche“ ersatzlos gestrichen werden, wodurch sämtliche Änderungen des Versorgungskonzeptes dem jeweils zuständigen Krankenversicherungsträger anzuzeigen wären.

Zudem wird den Krankenversicherungsträgern keine Möglichkeit eingeräumt, gegen gravierend nachteilige Änderungen reagieren zu können, falls sich darüber in Vertragsverhandlungen keine Einigung ergäbe. Es wird daher angeregt, diese Bestimmung dahingehend zu ergänzen, dass die Krankenversicherungsträger der Änderung zuzustimmen haben.

Weiters wäre eine Regelung über die grundsätzliche Pflicht und genauere Angaben über den Zeitpunkt der Vorlage des Versorgungskonzeptes an den Krankenversicherungsträger zu ergänzen.

Um eine Beurteilung des Versorgungskonzeptes durch den Krankenversicherungsträger zu ermöglichen, wären eindeutige Begrifflichkeiten und objektive Bewertungskriterien festzulegen.

Zu Art. 1 - § 7 PVG 2017

Angesichts des Umstandes, dass die Finanzierung der PVE ausschließlich über Verträge mit (jedenfalls) den Gebietskrankenkassen erfolgt, wird die Sozialversicherung damit z. B. bei PVE in Form von Ambulatorien, die nach § 10 Z 4 PVG als Rechtsträger nur gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste, Krankenversicherungsträger oder Gebietskörperschaften haben dürfen, zum „doppelten“ Zahler (Förderung der Errichtung und des Betriebes einerseits und Abrechnung der Leistungen andererseits).



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Damit wird eine Grundlage geschaffen, Kosten, die heute intramural anfallen und von Bund, Ländern und Sozialversicherung gemäß der Art. 15a B-VG-Vereinbarung gemeinschaftlich getragen werden, einseitig zu Lasten der Sozialversicherung verschoben werden. So wäre es z. B. möglich, dass Länder Ambulanzen aus Ihren Krankenanstalten ausgliedern und mit Mitteln aus Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (und damit anteilig mit Sozialversicherungsmitteln) zu PVE in Form von Ambulatorien machen, die dann durch die Sozialversicherung im Wege der Verrechnung finanziert werden.

Entsprechend den Vorgaben des Art. 31 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sollte die Zweckwidmung der Mittel nicht fakultativ, sondern als Verpflichtung formuliert werden („sind“ statt „können“).

Zudem schlagen wir vor, korrespondierend zu Art. 31 Abs. 5 der genannten Vereinbarung ergänzend eine Regelung aufzunehmen, wonach die Festlegung der konkreten Vorhaben einvernehmlich in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission zu erfolgen hat.

Zu Art. 1 - § 8 PVG

Siehe bereits die Einleitung zur Legistik. Eine begriffliche Entwirrung der im Entwurf verwendeten Termini „(bestehender) kurativer Gesamtvertrag, Primärversorgungs-Gesamtvertrag bzw. Primärversorgungsvertrag und Primärversorgungs-Einzelvertrag sowie Primärversorgungs-Sondereinzelvertrag“ wird vorgeschlagen.

Zu Art. 1 - § 8 Abs. 1 PVG

PVE, die noch nicht alle Formalerfordernisse erfüllen, dürfen nicht entstehen können. Das muss sich aus dem Gesetz klar ergeben, Grauzonen („in Gründung“ usw.) dürfen nicht zulässig sein.

Es sollen nach dem Entwurf neben dem *Primärversorgungsvertrag* zusätzlich „*Primärversorgungs-Einzelverträge*“ mit freiberuflich tätigen Ärzten (nicht aber die Mitglieder anderer Gesundheitsberufe?) zulässig sein, und zwar nur bei als Netzwerk geführten PVE.

Auch wenn diese „Primärversorgungs-Einzelverträge“ integrative Bestandteile des Primärversorgungsvertrags und vom Bestehen des Primärversorgungsvertrags abhängig sein sollen, ist die Erforderlichkeit dieser Zusatzkonstruktion fragwürdig bzw. deren Sinn nicht ersichtlich.



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Eine zusätzliche, parallel laufende vertragliche Regelung mit freiberuflich tätigen Ärzten, welche anderes regelt als der Primärversorgungsvertrag ist aus rechtlichen Gründen nicht möglich, aber auch eine Regelung mit dem gleichen Inhalt ist nicht sinnvoll bzw. notwendig.

Es wird daher angeregt, § 8 Abs. 5 zweiter Satz und § 342c Abs. 3 Z 2 ASVG, sowie alle auf den Primärversorgungs-Einzelvertrag bezugnehmenden Regelungen, ersatzlos zu streichen.

Andernfalls wäre klarzustellen, ob damit auch Auswirkungen auf die Verrechnung verbunden sind und ob die Verrechnung in diesen Fällen direkt mit dem einzelnen Arzt statt und nicht mit der PVE erfolgt. Sollte mit dem einzelnen Arzt verrechnet werden, wäre zu klären, ob dies im eigenen Namen oder im Namen der PVE erfolgt (siehe auch Ausführungen zu § 12 Abs. 2 Z 2 PVG). Diese Abläufe würden unnötig kompliziert (und würden auch die für den Patienten dringend notwendige Klarheit vermissen lassen, wer jetzt tatsächlich Partner des Behandlungsvertrages sein soll).

Zu Art. 1 - § 8 Abs. 3 und Abs. 4 PVG

Fraglich ist die Bedeutung der notwendigen Festlegung des Leistungsspektrums. Insbesondere wäre klarzustellen, ob dieses die rechtlichen Handlungsmöglichkeiten der PVE begrenzt.

Außerdem sollten die Details zum Inhalt des Primärversorgungsvertrages auch oder nur im ASVG geregelt werden.

Zu Art. 1 - § 8 Abs. 3 Z 2 PVG

Es müsste heißen: „Vorsorgeuntersuchungsgesamtvertrag“ statt „Vorsorgegesamtvertrag“.

Zu Art. 1 - § 8 Abs. 3 Z 3 PVG

Aus unserer Sicht ist eine Spezifizierung gerade dann notwendig, wenn Pauschalien festgelegt werden. Ansonsten kann nicht beurteilt werden, welche Leistungen von der Pauschale umfasst sind. Ohne Spezifizierung wären die Versicherungsträger gegenüber ihren Versicherten auch nicht auskunftsfähig.

Die Regelung wäre anzupassen.



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Zu Art. 1 - § 8 Abs. 5 PVG

Siehe bereits oben: Wir sprechen uns gegen den Abschluss zusätzlicher „Primärversorgungs-Einzelverträge“ aus, die nach § 8 Abs. 5 mit an einer PVE in Form eines Netzwerkes teilnehmenden Ärzten (z. B. als Verein) abgeschlossen werden können.

Der Abschluss von Primärversorgungs-Einzelverträgen steht im Widerspruch zu dem im Entwurf verankerten Grundsatz, dass die PVE mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet sein und nach außen als Einheit auftreten muss (vgl. § 2 Abs. 4 und § 6 Abs. 1 Z 2 lit. d).

Der Primärversorgungsvertrag sollte mit der PVE abgeschlossen werden, ohne dass daneben andere Vertragskonstrukte (Primärversorgungs-Einzelverträge) bestehen.

Die entsprechenden Bestimmungen im PVG bzw. ASVG, in denen auf Primärversorgungs-Einzelverträge Bezug genommen wird, wären daher zu bereinigen.

Im ersten Satz sind für Primärversorgungsverträge mit Netzwerken die Inhalte nach § 8 Abs. 1 bis 3 vorgesehen, die Erläuterungen Seite 5, letzter Absatz, sehen Inhalte nach § 8 Abs. 1 **und 2** vor. Dies ist klärungsbedürftig.

Zu Art. 1 - § 8 Abs. 6 PVG

Die Formulierung im letzten Satz lässt durch das Wort „*abschließend*“ die Interpretation zu, dass die Aufgaben nach Z 1 und 2 von der Sozialversicherung zumindest „vorzufinanzieren“ sind. Das Wort „abschließend“ ist zu streichen oder durch einen klarstellenden Zusatz, wie beispielsweise „bestehende Organisations- und Finanzierungszuständigkeiten werden nicht verändert“ analog den Erläuterungen, zu ergänzen.

Zu Art. 1 - § 9 Abs. 1 PVG - Anstellung von Ärzten (Vorschlag im Begleitschreiben)

Für die Umsetzung der Primärversorgung wäre die begrenzte Anstellungsmöglichkeit für Ärzte in PVE sinnvoll.

Diese Möglichkeit der Anstellung von Ärzten in Gruppenpraxen, die als PVE geführt werden, positiv gesehen. Wir gehen davon aus, dass die verfassungs- und EU-rechtliche Thematik in diesem Zusammenhang geklärt ist.

Damit würden ausgebildete Ärzte als Leistungsanbieter Zugang zum Sozialversicherungssystem erhalten, ohne Unternehmer werden zu müssen.



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Für die Abdeckung des erforderlichen Leistungsspektrums und der gewünschten langen Öffnungszeiten bedarf es einer adäquaten Anzahl an Ärzten. Für eine kontinuierliche Betreuung der Patienten und der Gewährleistung der freien Arztwahl ist es darüber hinaus unabdingbar, ein fixiertes Stammteam an Ärzten vorzuhalten.

Anzustreben ist daher die Aufnahme einer (verfassungskonformen) Bestimmung zur Anstellungszulässigkeit von Ärzten ausschließlich in PVE, die in Form einer Gruppenpraxis geführt werden.

Für den Fall der Umsetzung des Vorschlages müssten auch Regelungen hinsichtlich Bewertung und Auswahl der anzustellenden Ärzte bzw. die Berücksichtigung im Stellenplan vorgesehen werden. Eine 1:1-Angleichung an die Anzahl der Gesellschafter ist aus unserer Sicht zu wenig. Zudem müsste auch für Gruppenpraxen normiert werden, dass die eigentlichen Vertragsinhaber (Gesellschafter) persönlich tätig werden müssen. Das ASVG wäre entsprechend anzupassen.

Zudem sollte diesbezüglich auch bei anderen Gesundheitsdiensteanbietern eine freie Wahl vorgesehen werden.

Zu § 9 Abs. 1 Z 2 PVG – Vorschlag im Begleitschreiben

Zur vorgesehenen Verfassungsbestimmung bestehen keine Einwände.

Zu Art. 1 - § 9 Abs. 1 PVG

Ausgehend davon, dass allenfalls auch Sozialarbeiter organisatorisch in eine PVE eingebunden werden sollten, wäre nicht nur auf „andere nichtärztliche Gesundheitsberufe“, sondern auch auf „Sozialberufe“ zu verweisen.

Zu Art. 1 - § 9 Abs. 2 PVG

Grundsätzlich spricht nichts gegen die Bestimmung, wonach die Anzahl der Standorte die Anzahl der an der Gruppenpraxis beteiligten Gesellschafter überschreiten darf.

Es sollte jedoch gewährleistet sein, dass für jeden Standort Ordinationszeiten festgelegt werden, an denen ein Arzt anwesend sein muss.

Ergänzend dazu wird darauf hingewiesen, dass § 52c ÄrzteG nach Abs. 4 nicht anzuwenden ist und es daher an Kriterien für die Beurteilung der Frage fehlt, ob eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann. § 9 Abs. 2 sollte daher in diesem Sinne ergänzt werden.



Zu Art. 1 - § 9 Abs. 5 PVG

Abs. 5 dürfte falsch zugeordnet sein. § 9 regelt PVE in Form von Gruppenpraxen, Abs. 5 hingegen richtet sich an selbständige Ambulatorien. Die Zuordnung sollte zu § 10 erfolgen.

Zu Art. 1 - § 10 Z 1 PVG

Das Verhältnis dieser Bestimmung zu § 3a Abs. 3a KAKuG ist aufgrund abweichender Formulierung bei ähnlicher Zielsetzung unklar. Die im Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) aufscheinende PVE darf nicht bereits existieren.

Zu Art. 1 - § 10 Z 2 PVG

Der erste Satz dieser Bestimmung erscheint entbehrlich, da er lediglich die sich aus den genannten Bestimmungen ohnehin ergebende Rechtslage wiedergibt.

Zu Art. 1 - § 10 Z 4 PVG

Der im ersten Satz enthaltene Verweis auf § 7 Abs. 2 KAKuG sollte – im Hinblick auf die in den Erläuterungen dargestellte Zielrichtung der Bestimmung – entfallen.

Die vorgesehene maßgebliche persönliche Berufsausübung für ärztliche Leiter im Sinne eines Mindestmaßes an Ordinationsstunden wird begrüßt.

Die Formulierung „maßgeblich“ wäre jedoch zu präzisieren (bspw. mehr als die Hälfte der wöchentlichen Öffnungszeiten der PVE).

Aus Gründen der Gleichbehandlung und zur Sicherstellung der persönlichen und kontinuierlichen Versorgung sollte ein Mindestmaß zur persönlichen Berufsausübung auch bei Gruppenpraxen verankert werden.

Die Einschränkung der Möglichkeit der Gründung (nur) von PVE-Ambulatorien auf **Gemeinnützigkeit** ist unverständlich bzw. abzulehnen. Sie ist zu streichen. Wer soll z. B. „gemeinnützig“ sein – ein Arzt, der seinen Einzelvertrag aufgibt, um an einer PHE teilzunehmen?

Es sollten möglichst viele Anbieter zur Auswahl stehen und ein möglichst breiter Wettbewerb bestehen. Durch die Einschränkung der Anbieterauswahl werden auch die Möglichkeiten für die Umsetzung der Primärversorgung zulasten der Sozialversicherungsträger (und damit der Patienten) reduziert.



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Daraus ergibt sich weiters, dass es z. B. niedergelassenen Ärzten nicht möglich ist, ihre Kassenverträge zurückzulegen und außerhalb des Gesamtvertragsregimes eine PVE als selbständiges Ambulatorium zu gründen.

Weiters erfolgt eine Ungleichbehandlung der Anbieter, wenn für PVE in Form von Gruppenpraxen, die sowohl von der Unternehmensstruktur als auch ihrer Berufsausübung gewinnorientiert agieren, andere Vorgaben gelten, als für selbständige Ambulatorien. Niedergelassene Ärzte, die bereits durch das Auswahlverfahren bevorzugt sind, werden zusätzlich besser gestellt. Dies scheint sachlich nicht gerechtfertigt.

Sollte die Einschränkung dennoch aufrecht bleiben, so müssten zumindest in den Erläuterungen, die hinsichtlich der Gemeinnützigkeit derzeit lediglich auf § 35 BAO verweisen, konkrete Beispiele für derartige „gemeinnützige Anbieter“ angeführt werden.

Weiters sollte klargestellt werden, dass Gemeinnützigkeit im Sinne der BAO, und nicht gemäß § 16 KAKuG gemeint ist.

Zu Art. 1 - § 11 PVG

PVE sollten jedenfalls die Funktion als Ausbildungsstätte für die Ausbildung von Turnusärzten und weiterer Gesundheitsberufe wahrnehmen. Das Wort „kann“ wäre daher durch „**soll**“ zu ersetzen.

Angeregt wird die Aufnahme einer eigenen Regelung für PVE als Lehrpraxen, wobei jede PVE die dort festgelegten Kriterien erfüllen sollte. Dadurch wäre gewährleistet, dass jede PVE als Lehrpraxis tätig sein kann.

In diesem Zusammenhang wird festgehalten, dass großer Bedarf an Ausbildungsstätten, vor allem im ärztlichen Bereich, besteht.

Zu Art. 1 - § 12 Abs. 2 Z 1 PVG

Redaktionell ist anzumerken, dass auf § 6 Abs. 1 Z 1 lit. b und d verwiesen wird. Da es eine lit. d nicht gibt, ist der Verweis entsprechend zu adaptieren.

Zu Art. 1 - § 12 Abs. 2 Z 2 PVG

Siehe bereits die Einleitung: § 12 Abs. 2 Z 2 regelt, dass es für die Patienten leicht erkennbar sein muss, „ob sie einen allfälligen Behandlungsvertrag mit der PVE oder der/dem einzelnen Leistungsanbieterin/Leistungsanbieter abschließen“.



Es ist aber nicht ersichtlich, wer mit „der/dem einzelnen Leistungsanbieterin/-Leistungsanbieter“ gemeint ist.

Sind unter dem verwendeten Begriff daher – wovon nach den Erläuterungen auszugehen ist – der einzelne Arzt innerhalb des Netzwerks der PVE zu verstehen, so erachten wir eine derartige Konstellation für nicht zweckmäßig. Vielmehr ist aus unserer Sicht zu gewährleisten, dass die PVE für sämtliche ärztliche und nicht-ärztliche Leistungen im Rahmen ihrer Behandlungsverträge haftet.

Sollte sich der Inhalt dieser Regelung jedoch darauf beziehen, dass darunter die Partner außerhalb der PVE (also die „Primärversorgungs-Partner“ im Sinne des Konzepts) zu verstehen sind, müsste dies klarer zum Ausdruck gebracht werden.

Aus der derzeitigen Formulierung könnte gefolgert werden, dass ein Patient die Wahl hat, ob er einen Arzt als niedergelassenen Arzt, in eigenen Namen und Auftrag, oder die PVE, deren „Mitglied“ der Arzt ist, in Namen und Auftrag der PVE, in Anspruch nimmt.

Das ist, nachdem die (kranken!) Patienten üblicherweise mit den Feinheiten des Gesundheits-(vertrags-)rechts nicht vertraut sind, unzumutbar.

Da gemäß § 342c Abs. 12 ASVG die Verträge von Vertragsärzten, die an einer PVE teilnehmen, erlöschen, stellt sich weiters die Frage, welche Konsequenzen sich daraus ergeben bzw. welche Rolle hier die Primärversorgungs-Einzelverträge spielen.

Bei Ärzten mit Primärversorgungs-Einzelvertrag ist auch hier unklar, ob der Arzt berechtigt ist, im eigenen Namen Vertragsleistungen für die PVE zu erbringen bzw. wer diese Leistungen mit der Kasse abrechnet (der einzelne Arzt oder die PVE?). Eine Klarstellung wäre erforderlich.

Es sollte keinen Behandlungsvertrag mit einzelnen Leistungsanbietern geben, da die PVE nach außen als Einheit auftritt.

§ 12 Abs. 2 Z 2 wäre daher beispielsweise wie folgt zu formulieren:

*„... leicht erkennbar ist, dass sie einen allfälligen Behandlungsvertrag mit der PVE **und nicht mit der/dem einzelnen Leistungsanbieterin/Leistungsanbieter abschließen und**“*



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Zu Art. 1 - § 12 Abs. 2 Z 3 PVG

§ 12 Abs. 2 Z 3 regelt, dass die PVE die Vorsorge zu treffen hat, dass *„eine Weitergabe der für den jeweiligen Behandlungsfall erforderlichen Gesundheitsdaten an die in diesem Fall eingebundenen Behandlerinnen und Behandler innerhalb der PVE erfolgt.“*

Es wäre zu präzisieren, wer von dem Begriff *„Behandlerinnen und Behandler“* umfasst ist (ausschließlich Ärzte oder auch andere Gesundheitsdienstleister?).

Da das PVG keine Anforderungen an die Dokumentation von Gesundheitsdaten an die PVE stellt, ist davon auszugehen, dass dafür die bestehenden Berufspflichten gelten (Ärztegesetz, KAKuG, GTelG und damit ELGA).

Eine PVE in Form eines Netzwerkes, die z. B. auf Vereinsbasis errichtet ist, träge somit keine Verpflichtung in Richtung Dokumentation von Gesundheitsdaten? Diese Auswirkung wäre zu verhindern!

Unklar würde damit auch, wer im Fall eines Behandlungsfehlers infolge mangelnder Dokumentation gegenüber dem Patienten haftet: der einzelne Arzt oder die PVE?

Zu klären wäre weiters das Thema *„PVE und ELGA“*: PVE sind nicht als ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter definiert, eine Anpassung des § 2 Z 10 GTelG 2012 wäre vorzusehen.

PVE in Form von Gruppenpraxen und Ambulatorien sind bereits jetzt von § 2 Abs. 10 GTelG umfasst.

PVE in Form von Netzwerken wären mangels Anführung in § 2 Z 10 GTelG keine ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter, weshalb die Verpflichtung, an ELGA teilzunehmen, beim einzelnen Arzt verbliebe. Da dieser aber als Person (nicht als Mitglied einer PVE) während der Dauer seiner Mitgliedschaft in der PVE allenfalls zum Wahlarzt werden könnte (wenn das nicht verhindert wird, siehe § 342c Abs. 12 ASVG), ist er nicht zur Dokumentation in ELGA verpflichtet – siehe § 27 Abs. 3 GTelG 2012, letzter Satz:

„Dies [die Nutzung der ELGA-Komponenten (§ 24) zur Verwendung von ELGA-Gesundheitsdaten] gilt jedoch nicht für freiberuflich tätige Ärzte und Ärztinnen, Gruppenpraxen sowie selbstständige Ambulatorien (§ 3a KAKuG) hinsichtlich der Verpflichtung gemäß § 13 Abs. 3 Z 4 und 6, wenn diese ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter in keinem Vertragsverhältnis zu einem Träger der gesetzlichen Sozialversicherung stehen.“



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Im Vertragsverhältnis zu einem Sozialversicherungsträger steht bei einer PVE die juristische Person, nicht aber der einzelne Arzt, es sei denn, er hätte einen Primärversorgungs-Einzelvertrag abgeschlossen. Dieser ist aber nicht verpflichtend abzuschließen. Diese Unschärfe muss jedenfalls bereinigt werden.

Zu Art. 1 - § 14 PVG

Angemerkt wird, dass das gesamte Auswahl- und Besetzungsverfahren administrativ aufwendig und in manchen Teilen schwer oder gar nicht nachzuvollziehen ist.

Es sollte jedoch dringend dafür Sorge getragen werden, dass diese Verfahren transparent und nachvollziehbar ablaufen und nicht Organisationsformen von vornherein ausgeschlossen bleiben, z. B. eigene Einrichtungen und Institute (auch allenfalls von Ländern bzw. Fondskrankenanstalten eingerichtete). Aus vergaberechtlicher Sicht ist anzumerken, dass nach dem aktuellen Entwurf des BVergG 2017 Dienstleistungen, die als nichtwirtschaftliche Dienstleistungen von allgemeinem Interesse organisiert werden, vom Vergaberegime ausgenommen sind (Anhang XVI C BVergG 2017).

Vor allem die vorgesehene stufenweise Ausweitung der zur Bewerbung einzuladenden Ärzte ist im Detail nicht nachvollziehbar. Es ist zwar sinnvoll, dass im bewerbungsverfahren zuerst alle Vertragsärzte eingeladen werden, in der zweiten Stufe sollte aber keine Unterscheidung mehr zwischen freiberuflich tätigen Ärzten und selbständigen Ambulatorien gemacht werden.

Darüber hinaus geht aus dem Entwurf nicht hervor, wie die von Krankenversicherungsträgern als eigene Einrichtungen betriebenen PVE etabliert werden können und im Auswahlverfahren zu berücksichtigen sind. Offen bleibt damit die Frage, welchen Einfluss die Gründung von selbständigen Ambulatorien, die von Krankenversicherungsträgern betrieben werden (§ 10 Z 4 PVG), auf das Auswahlverfahren hätte.

Der den Krankenversicherungsträgern obliegende Versorgungsauftrag muss es ermöglichen, die Gründung von PVE als eigene Einrichtungen auch vereinfacht vor einem Auswahlverfahren umsetzen zu können.

Die Regelungen zum Ablauf des Auswahlverfahrens in § 14 PVG sind somit nicht praktikabel und wären neu zu gestalten.

Die Auswahl von PVE könnte im Rahmen des RSG, wie auch die Auswahl von Vertragsärzten, im Gesamtvertrag auf Landesebene geregelt werden. Wenn sich bestehende Vertragsärzte zu PVE zusammenschließen und der RSG dies ermöglicht,



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

bedarf es keiner Auswahl mehr. Dann wären nur die Bedingungen für den Primärversorgungsvertrag festzulegen.

Es wäre daher zu prüfen ob es nicht sinnvoller wäre, wenn auch seitens der KV Träger nur ein Primärversorgungsvertrag für alle abgeschlossen wird. In diesem Fall wäre sicherzustellen, wie und auf welche Weise die interne Abstimmung in der Sozialversicherung erfolgt.

Die Regelungen in § 14 PVG iVm § 342 Abs. 3 ASVG sind daher nochmals zu überdenken und entsprechend zu adaptieren.

Zu Art. 1 - § 14 Abs. 5 PVG

Es ergibt sich folgender Widerspruch:

§ 342c Abs. 1 ASVG schließt die Anwendung des § 343 ASVG und damit auch § 343 Abs. 1a ASVG aus. Die Erläuterungen (Seite 12) klären, dass die Verordnung über die Reihungskriterien nicht anzuwenden ist.

Gemäß § 14 Abs. 5 Z 2 PVG sind aber für die Auswahl der PVE unter anderen „die Reihungskriterien-Verordnung bzw. die in den darauf beruhenden Reihungs-Richtlinien festgelegten Kriterien“ heranzuziehen.

Fraglich ist daher, ob entweder eigene Kriterien oder eine eigene Reihungskriterien-Verordnung für PVE zu erstellen sind oder Z 2 gänzlich zu streichen ist.

Nach dem letzten Absatz ist bei der Auswahl sicherzustellen, dass durch den Vertragsabschluss die Vielfalt der Anbieter gewahrt bleibt und in der Versorgungsregion keine die Versorgungssituation beherrschenden Eigentümerstrukturen entstehen.

Diese Regelung ist zu unbestimmt. Es wäre klarzustellen, ob die Vielfalt der Anbieter z. B. schon dann gewahrt ist, wenn ein weiterer Vertragspartner in der Region vorhanden ist.

Die vorgesehene Verpflichtung, bei der Auswahl auf beherrschende Eigentümerstrukturen zu achten, muss ebenfalls konkretisiert werden. Auf Basis der vorliegenden Bestimmung ist nicht klar ersichtlich, ab wann ein „die Versorgungssituation beherrschender Eigentümer“ vorliegt. Diesbezüglich sind auch die Ausführungen in den Erläuterungen, wonach „monopolartige oder – ähnliche Anbieterstrukturen“ darunter zu subsumieren sind, zu wenig konkret.



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

In Z 3 wäre zu regeln, wozu die Landesärztekammer und die Wirtschaftskammer ihre Stellungnahmen abgeben sollen – zum Bedarf analog Krankenanstaltenrecht und den Regelungen für Gruppenpraxen oder zu anderen Themen?



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Art. 2

Änderung des Gesundheits- Zielsteuerungsgesetzes



Zu Art. 2 Z 1 - § 21 Abs. 10 G-ZG

Die Änderung sollte entfallen.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Partner der Gesundheitsreform schon jetzt im Rahmen ihrer Zuständigkeit zweckentsprechend handeln.

Bereits heute ist es sinnvoll und möglich, dass Interessenvertretungen wie Kammern und Vereine, aber auch Bürgermeister und andere gewählte Organe bzw. Abgeordnete Anregungen an Entscheidungsträger herantragen und diese Anregungen auch geprüft werden. Das muss nicht im Gesetz eigens verankert werden.

Mit der Bestimmung würde letztlich allen Intervenienten, gleichgültig welcher Motivation, ein Recht eingeräumt, ihre Vorschläge in der Landes-Zielsteuerungskommission geprüft zu erhalten. Das ist überschießend und nicht zielorientiert.

Auch wirtschaftliche Interessen von Anbietern würden auf diese Weise (bereits im Vorfeld von Vergabeverfahren) begünstigbar werden.

Die Formulierung „einer den RSG betreffenden Angelegenheit“ ist noch dazu unklar und kann zu verschiedenen Interpretationen der Systempartner sowie zu Streitigkeiten über mögliche Formalfehler im Stellungsnahmeverfahren führen.

Dies wäre der Fall, wenn eine Ärztekammer vermeint, dass ihr ein Stimmrecht zukommt, die Landes-Zielsteuerungskommission jedoch nicht zu einer Stellungnahme einlädt. Außerdem birgt das Verfahren die Gefahr von Verzögerungen im Beschlussfassungsprozess.

Eine entsprechende Neuregelung ist nicht erforderlich und würde den Ergebnissen der Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG widersprechen, in denen eine Einigung zwischen Bund und Ländern unter Einbeziehung der Sozialversicherung festgeschrieben wurde, nicht aber die Einbeziehung von Interessenvertretungen auch in Randbereiche („betreffende Angelegenheit“) der RSG-Erstellung.

Hinsichtlich der Stellungnahme wäre eine Zielsetzung zu normieren. Die für die Ärztekammer vorgesehene Zielsetzung („insbesondere hinsichtlich der Umsetzbarkeit im Stellenplan“) scheint nicht ausreichend.

Es erscheint weiters unangemessen, dass nur die Vertreter des Bundes und der Sozialversicherung die Verpflichtung trifft, eine Einbindung der Ärztekammern sicherzustellen. Diese Verpflichtung wäre allen Teilnehmern am Entscheidungsprozess, somit auch den Ländervertretern in den L-ZK zu überbinden.



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Art. 3

88. Novelle zum ASVG

(da das ASVG mittlerweile weit über 300 Novellen aufweist, wird vorgeschlagen, in Zukunft von der Fortsetzung der Novellenzählung abzusehen. Sie trägt mittlerweile nur mehr zur Verwirrung bei. Auch die Novellen zum BSVG und GSVG werden im vorliegenden Entwurf nicht mehr nummeriert.)



Zu Art. 3 Z 1 - § 131 Abs. 3 ASVG

Unklar ist, ob aufgrund der Anführung der PVE in § 338 ASVG eine Kostenerstattung nach den derzeit geltenden Regelungen gewollt ist. Sollte dies bejaht werden, ist festzulegen, welche Tarife als Basis für die Berechnung der Erstattungsbeträge heranzuziehen sind.

Die Bestimmung sollte auch in § 88 Abs. 3 erster Satz BSVG ergänzt werden.

Zu Art. 3 Z 2 - § 131a ASVG

Unklar ist, ob ein vertragsloser Zustand überhaupt rechtlich möglich ist, da das Bestehen eines Vertrags Teil der Formalerfordernisse einer PVE darstellt.

Eine PVE bedarf nach dem vorgeschlagenen § 2 Abs. 4 PVG eines Primärversorgungsvertrages, dessen Inhalt sich gemäß § 8 Abs. 1 PVG in den Fällen, in denen die PVE nicht in Form eines selbständigen Ambulatoriums betrieben wird, nach den Regelungen „des Gesamtvertrages nach § 342b ASVG oder eines Primärversorgungs-Sondereinzelvertrages nach § 342c Abs 13 ASVG“ bestimmt. Eine PVE unterliegt daher stets einer dem Primärversorgungsvertrag übergeordneten vertraglichen Regelung zwischen Sozialversicherung und Ärztekammer?

Eine Klarstellung wäre erforderlich.

Zu Art. 3 Z 3 - § 135 Abs. 1 ASVG

Die PVE werden im vorliegenden Entwurf nicht als gleichgestellte Erbringer von Leistungen der ärztlichen Hilfe normiert. Unklar ist, ob dies im Hinblick auf das mit Einführung der PVE verfolgte Ziel der besseren Versorgung bewusst unterblieben ist.

Da in PVE auch Angehörige von nichtärztlichen Gesundheits- und Sozialberufen tätig sein können (§ 2 Abs. 3 PVG), diese jedoch aufgrund der geltenden Rechtslage nicht als Leistungserbringer im Rahmen der Krankenbehandlung tätig sein dürfen (§ 135 Abs. 1 ASVG), stellt sich die Frage, wie die Abrechnung für die von diesen Personen erbrachten Leistungen erfolgen soll. Sollte beabsichtigt sein, dass auch derartige Leistungen auf Rechnung der Krankenversicherung erbracht werden sollen, so müsste dies rechtlich ausdrücklich vorgesehen werden. Es erscheint diesbezüglich nicht ausreichend, diese Berufsgruppen in § 135 Abs. 1 ASVG anzuführen, da die Gleichstellung mit der ärztlichen Hilfe nach dieser Bestimmung nur für Leistungen erfolgt, die im Rahmen der Krankenbehandlung erbracht werden.



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Sollte beabsichtigt sein auch Leistungen von DiätologInnen bzw. Leistungen die durch Pflegeberufe erbracht werden, in die Leistungspflicht der Krankenversicherung zu überführen, würde dies jedenfalls eine massive Ausweitung der Leistungspflicht der Krankenversicherung darstellen und wäre darüber hinaus mit einer signifikanten Kostensteigerung verbunden.

Zudem wären auch die gleichlautenden Bestimmungen des § 85 Abs. 1 erster Satz und Abs. 3 erster Satz BSVG an die neue Textierung des ASVG angepasst.

Darüber hinaus sollten auch § 135 Abs. 2 ASVG und § 85 Abs. 2 BSVG um die PVE ergänzt werden.

Zu Art. 3 Z 7 - § 339 Abs. 1 ASVG

Die geplante Regelung zur Fristanrechnung ist völlig unklar. Ein Grund dafür, dass sich im Zusammenhang mit eigenen Einrichtungen die Fristen zur Einigung mit der Ärztekammer um die Dauer von Auswahlverfahren nach § 14 des PVG verkürzen, ist nicht ersichtlich und lässt sich auch den Erläuterungen nicht entnehmen.

Die beabsichtigte Ergänzung bietet in der jetzigen Formulierung einen Interpretationsspielraum, der in der Praxis zu Streitigkeiten führen kann.

§ 14 Abs. 2 Z 2 PVG sieht eine sechsmonatige Frist für die erste Stufe des Auswahlverfahrens vor – gemäß § 339 ASVG sind jeweils drei Monate für die Abstimmung zwischen dem Krankenversicherungsträger mit der Landes-Ärztekammer und im Anschluss dem Hauptverband mit der Österreichischen Ärztekammer normiert.

Da davon auszugehen ist, dass weiterhin beide Abstimmungsschritte durchgeführt werden müssen, kann sich die Frist daher nicht um sechs Monate verkürzen. Eine konkrete Dauer für die beiden Abstimmungsschritte ist jedoch nicht vorgesehen.

Erforderlich wäre ein Entfall des § 339 ASVG und einer Adaptierung des KAKuG wie folgt:

§ 3a Abs. 9 KAKuG sollte wie folgt lauten:

„Die Errichtungsbewilligung für ein selbständiges Ambulatorium, dessen Rechtsträger ein Krankenversicherungsträger ist, ist zu erteilen, wenn damit eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots für die Versicherten und deren anspruchsberechtigte Angehörige erreicht werden kann. Dies ist vom Krankenversicherungsträger nachzuweisen. Wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017, geregelt ist, kann der



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Nachweis über die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen erbracht werden. Das gilt auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger Dritte mit dem Betrieb eines selbständigen Ambulatoriums betraut.“

Im Kontext mit dieser Änderung wäre auch § 3b Abs. 2 KAKuG wie folgt zu ändern:

„(3) Die Bewilligung zum Betriebe des selbständigen Ambulatoriums eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn eine Errichtungsbewilligung gemäß § 3a Abs. 9 vorliegt und die Voraussetzungen des Abs. 1 Z 2 bis 4 gegeben sind.“

Weiters wird vorgeschlagen, die zwingende Vorschrift des bisherigen § 339 ASVG aus Gründen der Praktikabilität in eine „Kann“-Bestimmung zu ändern.

Zu Art. 3 - § 342 Abs. 1 Z 9 ASVG

Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Barrierefreiheit als Regelungsgegenstand des Gesamtvertrages entfallen soll. Es wird vorgeschlagen, die Bestimmung beizubehalten.

Zu Art. 3 Z 9 - § 342 Abs. 1a ASVG

Es ist nicht zielführend, dass zum Zeitpunkt der Aufnahme von PVE im Stellenplan derart detaillierte Vorgaben bereits festgelegt werden müssen, ohne konkret zu wissen, ob die betroffenen Vertragsärzte vor Ort Interesse haben.

Aus unserer Sicht ist der Terminus „Erstellung des Stellenplans“ unpassend, da es Stellenpläne bereits gibt.

Wir schlagen vor, an dieser Stelle den Begriff „Überarbeitung“ zu verwenden.

Der in angeführte Verweis auf das BGBl. I Nr. 26/2017 betrifft das Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017 und sollte daher gestrichen werden.

Zu Art. 3 Z 10 - § 342 Abs. 3 ASVG

Im Zusammenhang mit der erforderlichen Anstellungsmöglichkeit für Ärzte in PVE, die in Form einer Gruppenpraxis geführt werden (siehe Stellungnahme zu § 9 PVG) wäre die Regelung der Anrechnung von angestellten Ärzten unbedingt erforderlich. Hierfür sollte daher eine Ergänzung in Abs. 3 unter Einfügung einer neuen Ziffer geschaffen werden.

Es wird nochmals auf die Notwendigkeit der Anrechnung von angestellten Ärzten einer PVE auf den Stellenplan hingewiesen.



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Regelt der Stellenplan die PVE und es wird in Form eines Ambulatoriums installiert, sind die Planstellen entsprechend voll zu reduzieren. Regelt der Stellenplan die PVE nicht, und ein Ambulatorium wird installiert, sind die Planstellen nur zur Hälfte zu reduzieren.

Diese Regelung schafft geradezu Anreize für die Ärztekammer, PVE nicht in den Stellenplan aufzunehmen.

Weiters ist nicht nachvollziehbar, weshalb gemäß Abs. 3 Z 2 lit. a im Falle des Vertragsabschlusses mit einem selbständigen Ambulatorium nur die Hälfte der in diesem Ambulatorium gebundenen ärztlichen Vollzeitäquivalente zu reduzieren ist.

Die Regelung ist auch sachlich nicht gerechtfertigt.

Sie führt zum Aufbau von Doppelstrukturen und ist abzulehnen.

Weiters wird nicht berücksichtigt, wie vorzugehen ist, wenn eine PVE aus Nichtvertragsärzten besteht.

Zu Art. 3 Z 10 - § 342 Abs. 3 Z 1 ASVG

Es wäre ein allgemeiner Standard für die Messung von „Vollzeitäquivalenten“ zu schaffen. Die Bestimmung erscheint noch nicht ausreichend determiniert und wäre zu präzisieren.

Zu Art. 3 Z 10 - § 342 Abs. 3 Z 2 ASVG

Der Verweis in lit. b auf den Sechsten Teil 1. Unterabschnitt ist nicht korrekt. Es sollte klargestellt werden, ob in diesem Zusammenhang der Sechste Teil Abschnitt I oder der Sechste Teil Abschnitt II 1. Unterabschnitt gemeint ist.

Zudem ist die Bedeutung des Begriffes „geeignete Planstelle“ im letzten Teilsatz unklar. Wir schlagen dazu folgende Änderung vor: *„jeweils bei Freiwerden einer für die PVE vorgesehenen Planstelle.“*

Zu Art. 3 - § 342b ASVG

Da für PVE in Form von selbständigen Ambulatorien in § 10 PVG ausdrücklich eine maßgebliche persönliche Berufsausübung vorgesehen ist, wird aus Gründen der Gleichbehandlung eine vergleichbare Regelung auch für PVE in Form von Gruppenpraxen vorgeschlagen. Denkbar wäre hierfür eine Aufnahme in § 342b Abs. 2 Z 7 *„Vorsehen von Regelungen zur Leistung der Ordinationszeit der tätigen Ärztinnen/Ärzten in prozentuellem Ausmaß“*.



Hinsichtlich der Leistungsinhalte der Grundpauschale gemäß Abs. 3 wird angemerkt, dass aus unserer Sicht unter den beschriebenen Inhalten jegliche Leistungen der Ärzte und sonstigen Gesundheits- und Sozialberufe abgegolten werden können – dies wird durch die Formulierung „zur Abgeltung der zur Verfügung gestellten Infrastruktur [...], sowie der mit dieser erbrachten Leistungen“ zum Ausdruck gebracht und auch durch die in § 8 Abs. 3 Z 3 PVG formulierte Ausnahme zur Spezifizierung der Leistungen samt deren Abgeltung, sofern diese nicht bereits in einer Grundpauschale enthalten sind, verdeutlicht.

Wenn diese Meinung nicht geteilt wird, ist eine entsprechende Konkretisierung im aktuellen Entwurf dahingehend notwendig.

Des Weiteren sollte ergänzt werden, dass eine gegebenenfalls vorliegende Bereitstellung der Infrastruktur eine Minderung des Mindestanteils der Grundpauschale bedingen sollte, da diese auch zur Abgeltung der Aufwendungen für Infrastruktur vorgesehen ist.

Zu Art. 3 Z 12 - § 342b Abs. 2 ASVG

Bei der Auswahl der PVE wird auf § 14 PVG und eine Abstimmung mit den anderen Krankenversicherungsträgern verwiesen, beim Abschluss des Primärversorgungsvertrages nach § 8 PVG jedoch nicht.

Zu Art. 3 Z 12 - § 342b Abs. 3 ASVG

Es findet sich das ursprünglich angedachte Mischhonorierungsmodell aus Grund- und Fallpauschalen, Einzelleistungen und Bonuszahlungen. Laut Erläuterungen soll ein reines Pauschalssystem nur als Übergangsmodell zulässig sein. Dies macht Gesamtpauschalhonorierungen wie aktuell in einem Pilotprojekt der VA für Eisenbahnen und Bergbau unmöglich.

In dieser Regelung sollte ergänzend aufgenommen werden, dass durch die Grundpauschale auch koordinierende Aufgaben (insbesondere auch innerhalb der PVE sowie ein Wartezeitenmanagement und eine Lotsenfunktion) abgedeckt sind.

Nach dem vorliegenden Entwurf soll der Behandlungsaufwand pro Patient mit Fallpauschalen abgebildet werden, wobei derzeit nur nach Indikationsgruppen differenziert werden kann. Eine Unterscheidung sollte jedoch auch nach Altersgruppen möglich sein.

Im vierten Satz wird festgehalten, dass die *Grundpauschale* unabhängig vom Patientenkontakt zur Abgeltung der zur Verfügung gestellten Infrastruktur, der techni-



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

schen und apparativen Ausstattung sowie der mit dieser erbrachten Leistungen dient. In den Erläuterungen wird ausgeführt, dass die an Stelle der durch die Ärztin/den Arzt von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe erbrachten Leistungen ebenfalls in der *Grundpauschale* enthalten sind.

Anders als in den Erläuterungen findet sich im Gesetzestext kein Hinweis darauf, dass in der *Grundpauschale* auch jene Leistungen, welche von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe erbracht werden, enthalten und im Zuge der Honorarverhandlungen zu ermitteln sind.

Unseres Erachtens ist die personelle Ausstattung mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe nicht unter „Infrastruktur“ zu subsumieren und fallen diese Leistungen nicht unter die *Grundpauschale*.

Sofern diese Leistungen anderer Gesundheitsberufe in das Fallpauschale einzubeziehen sind, müsste es daher in den Erläuterungen richtigerweise „*Fallpauschale*“ heißen.

Sollte eine Einbeziehung in die *Grundpauschale* beabsichtigt sein, müsste im Gesetzestext nach dem Wort „*Infrastruktur*“ die Wortfolge „*der personellen Ausstattung*“ ergänzt werden.

Zudem wird darauf hingewiesen, dass in den Erläuterungen in der Überschrift zu „[...] §§ 342b samt Überschrift ASVG und 706 Abs. 2“ richtigerweise „§§ [...] 706 Abs. 3“ zu zitieren wäre.

Zu Art. 3 Z 12 - § 342b Abs. 4 ASVG

Die Vereinbarung eines einheitlichen Honorierungssystems auf Bundesebene wird z. B. von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse strikt abgelehnt – beim Honorierungssystem ist auf regionale Gegebenheiten Rücksicht zu nehmen und ist eine Flexibilität je nach notwendigem finanziellen Anreiz zu ermöglichen. Damit ist auch die Schlussbestimmung hinsichtlich pauschaler Honorierung hinfällig.

Es sind bei der Honorierung auch unterschiedliche Kostenstrukturen zu berücksichtigen (vgl. nur die Grundstückspreise), die besser durch eine regionale Regelung berücksichtigt werden können.

Es ist nicht klar ersichtlich, ob diese Regelung auch auf PVE anwendbar ist, die in der Rechtsform nach § 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG betrieben werden. Eine Klarstellung wäre wünschenswert.



Zu Art. 3 - § 342c Abs. 2 ASVG

Es ist festgelegt, dass der Abschluss des Primärversorgungsvertrages der örtlich in Betracht kommenden Gebietskrankenkasse obliegt, der sodann für alle Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern wirksam ist.

Unklar ist, ob die Sonderversicherungsträger (SVA, VAEB, BVA, aber auch die KFAs) nach wie vor eigene Vertragsabschlüsse mit PVE sollen vornehmen können.

Im Hinblick auf die Vorschrift des § 2 Abs. 4 PVG, wonach „jedenfalls“ die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse Vertragspartner der PVE sein muss, gehen wir davon aus, dass es nur einen Vertrag geben kann, der auch für die Sonderversicherungsträger durch die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse abgeschlossen wird.

Eine diesbezügliche Klarstellung erscheint unbedingt notwendig. Auf die Ausführungen und Anregungen zu § 14 PVG wird verwiesen.

Zu Art. 3 - § 342c Abs. 4 ASVG

Regelungen für den Fall des Erreichens der Altersgrenze durch einen an der PVE beteiligten Arzt analog § 343 Abs. 2 Z 7 ASVG wären zu ergänzen.

Zu Art. 3 - § 342c Abs. 7 ASVG

Die normierte Kündigungsfrist von drei Monaten entspricht jener in § 343 Abs. 4 ASVG. Im Hinblick auf die notwendige Planung bzw. das langwierige Ausschreibungsverfahren ist die Frist in Zusammenhang mit PVE jedoch zu kurz und sollte auf sechs Monate verlängert werden.

Nach der Textierung des Abs. 7 zweiter Satz hat der Kündigung ein Schlichtungsversuch voranzugehen.

In diesem Zusammenhang wird jedoch nicht unterschieden, ob der Primärversorgungsvertrag von einem Krankenversicherungsträger oder der Primärversorgungseinrichtung gekündigt wird. Die Kündigung eines Primärversorgungsvertrages setzt nicht zwingend Streitigkeiten voraus, weshalb es in solchen Fällen sinnlos ist, einen Schlichtungsversuch vorzunehmen.

Zudem ist fraglich, ob ein Schlichtungsversuch z. B. bei schwerwiegenden Vertrags- oder Berufspflichtverletzungen, die nach der Judikatur der Schiedskommissionen bislang eine sofortige Kündigung durch den Krankenversicherungs-



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

träger ermöglicht haben, angesichts der Erschütterung des Vertrauens in einem solchen Fall überhaupt zumutbar ist.

Wir gehen davon aus, dass für die Schlichtung von Streitigkeiten zwischen einem Krankenversicherungsträger und der PVE die Paritätische Schiedskommission gemäß § 344 ASVG sowie die Landesschiedskommission zur Entscheidung über die Wirksamkeit einer Kündigung gemäß § 345 ASVG zuständig sind.

Ein (zwingender) Schlichtungsversuch nach Ausspruch einer Kündigung ist daher aus unserer Sicht keinesfalls notwendig und sollte daher gestrichen werden.

Ergänzend dazu regen wir eine Adaptierung der §§ 344 und 345 ASVG an.

Die Gesamtkonzeption des PVG zeigt, dass PVE jedenfalls Vertragspartner der jeweils zuständigen Gebietskrankenkasse sein sollen.

Bereits in Art. 50 Abs. 5 Z 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wurde als Auftrag an den Gesetzgeber festgehalten, das Sozialversicherungsrecht dahingehend zu ändern, dass die Kündigung des § 2-Kassenvertrages die Kündigung sämtlicher Einzelverträge zur Folge hat.

An dieser Stelle wird daher die Normierung einer entsprechenden, sowohl für PVE als auch für Vertragsgruppenpraxen und Vertragsärzte verbindlichen Vorschrift angeregt.

Vorgeschlagen wird daher, sowohl in § 343 als auch sinngemäß in § 342c folgenden Text anzufügen:

„Steht ein Arzt/eine Ärztin oder eine Gruppenpraxis in einem Vertragsverhältnis zu mehreren Krankenversicherungsträgern, so bewirkt die Kündigung des Vertrages mit der Gebietskrankenkasse auch die Vertragsauflösung mit den übrigen Krankenversicherungsträgern nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz.“

Zu Art. 3 - § 342c Abs. 8 ASVG

Es wäre klarzustellen, was in Abs. 8 Z 4 mit dem *„Wegfall der dem Auswahlverfahren nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes 2017 zugrunde gelegten Voraussetzungen oder wesentliche Änderung derselben“* gemeint ist, zumal § 14 PVG das Auswahlverfahren für PVE regelt.

Ebenso wäre die im letzten Satz normierte Ausnahme vom Entfall der aufschiebenden Wirkung im Falle einer Kündigung nach Z 4 klarzustellen.



Weiters wäre die in § 342c Abs. 8 normierte Kompetenz der Landesschiedskommission zur Entscheidung über den Einspruch gegen die Kündigung auch in § 345 abzubilden.

Zu Art. 3 Z 12 - § 342c Abs. 12 ASVG

Gemäß § 342c Abs. 12 ASVG erlöschen die bestehenden Einzelverträge von Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen, wenn (und so lange) sie sich zu einer PVE zusammenschließen.

Da es nicht zwingend erforderlich ist, dass eine PVE mit allen Krankenversicherungsträgern Verträge abschließt, sondern im Minimum mit der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse, stellt sich die Frage, wie § 342c Abs. 12 zu verstehen ist, wenn Vertragsärzte, die Verträge mit allen Kassen haben, sich zu einer PVE zusammenschließen, die nur einen Vertrag mit der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse abschließt. Dem Wortlaut folgend, würden ungeachtet dessen auch die Verträge mit den Sondersicherungsträgern erlöschen.

Zu Art. 3 Z 12 - § 342c Abs. 12 iVm § 706 Abs. 2 ASVG

Aus Sicht der OÖGKK ist die Regelung zum Wiederaufleben der Einzelverträge nach Ausscheiden aus der PVE Regelung abzulehnen, da sie die Überführung von Vertragsarztstellen in PVE hemmen wird.

Zu Art. 3 Z 12 - § 342c Abs. 13 ASVG

Abs. 13 sieht die Möglichkeit des Abschlusses von Primärversorgungs-Einzelverträgen auch für den Fall vor, dass es bis 31. Dezember 2018 zu keinem Gesamtvertragsabschluss gemäß § 342b ASVG kommt.

Ein nach dieser Bestimmung abzuschließender Primärversorgungs-Sondereinzelvertrag sollte der Zustimmung „*der örtlich in Betracht kommenden Krankenversicherungsträger*“ bedürfen, um auch die Sondersicherungsträger entsprechend zu berücksichtigen.

Zudem wird die vorgesehene Möglichkeit durch die Verpflichtung zur Zustimmung der örtlich zuständigen Ärztekammer massiv erschwert. Es wird bezweifelt, dass in einem solchen Fall die örtlich zuständigen Landesärztekammern ihre notwendige Zustimmung zu den dann vom Hauptverband abzuschließenden Primärversorgungs-Sondereinzelverträgen geben werden. Die Regelung scheint daher wenig Erfolg bringend.

Für eine komplikationslose und rasche Umsetzung von PVE wäre es dringend erforderlich, derartige Einzelverträge auch ohne Zustimmung der Ärztekammer ab-



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

schließen zu können. Die Wortfolge „und der zuständigen Ärztekammer“ ist daher zu streichen.

Es sollte gesetzlich ausgeschlossen werden, dass eine in Vertrag genommene PVE nach einer gewissen Zeit den Einzelvertrag zur jeweiligen Gebietskrankenkasse beendet. Eine diesbezügliche Regelung in § 342c ist unbedingt erforderlich, wonach die Kündigung des Einzelvertrags mit der Gebietskrankenkasse auch die Vertragsauflösung mit den übrigen Krankenversicherungsträger bewirkt.

Aus vergaberechtlicher Sicht ist auch in diesem Zusammenhang Einiges anzumerken:

Derzeit wird ein neues Vergabegesetz vorbereitet. Die diesbezügliche europäische Richtlinie 2014/14/EU hält in Erwägungsgrund 1 fest *„Die Vergabe öffentlicher Aufträge durch oder im Namen von Behörden der Mitgliedstaaten hat im Einklang mit den im Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) niedergelegten Grundsätzen zu erfolgen, insbesondere den Grundsätzen des freien Warenverkehrs, der Niederlassungsfreiheit und der Dienstleistungsfreiheit sowie den sich daraus ableitenden Grundsätzen wie Gleichbehandlung, Nichtdiskriminierung, gegenseitige Anerkennung, Verhältnismäßigkeit und Transparenz. [...]“*

Daher würde sich die Frage der Anwendbarkeit des BVergG 2017 vor allem in Bezug auf das Primärversorgungsgesetz 2017 stellen.

Der Verfassungsgerichtshof (VfGH) hat sich bereits 2004 (B 1278/02 ua) mit der Frage auseinandergesetzt, ob die Vergabe von Planstellen iSd ASVG dem Vergaberegime des BVergG unterliegt. Er stellte damals fest, dass der Gesamtvertrag nicht dem Vergaberecht unterliegt, da der Gesamtvertrag keine Dienstleistungen beschafft, sondern lediglich die Abrechnungsmodalitäten regelt:

„[...] Zum Zwecke dieser Krankenbehandlung schließt der Krankenversicherungsträger mit der ärztlichen Interessenvertretung zunächst einen sog. Gesamtvertrag, der den Inhalt des in der Folge mit dem einzelnen Arzt zu schließenden Einzelvertrags determiniert (§ 342 Abs1 Z 2 ASVG). Die Auswahl der Vertragsärzte erfolgt im Anschluss daran im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer. Durch den Abschluss solcher Verträge wird den Leistungsberechtigten die Heilbehandlung in der Regel kostenfrei verschafft. Die dabei anfallenden Kosten werden nämlich direkt zwischen Krankenversicherungsträger und den einzelnen Leistungserbringern verrechnet (vgl. Mosler, Probleme bei der "Vergabe" von Kassenverträgen an Ärzte/Ärztinnen, RdA 1996, 430). Weil in dieses System der sog. Sachleistungsvorsorge nicht alle Leistungserbringer einbezogen sind, kann der Versicherte grundsätzlich auch Leistungserbringer in Anspruch nehmen, mit denen der Krankenversicherungsträger keinen Einzelvertrag abgeschlossen hat; im Falle der Behandlung durch einen solchen Arzt entfällt aber (allein) die Direktverrechnung mit dem Krankenversicherungsträger. Jedenfalls wird aber jener Vertrag, dessen Gegenstand die ärztliche Dienstleistung ist, zwischen dem Arzt und dem Patienten geschlossen. Das BVergG regelt demgegenüber die Vergabe einer Leistung, die ein privater Auftragnehmer einem öffentlichen Auf-



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

traggeber gegen Entgelt erbringt. [...] Der Abschluss des Einzelvertrages zwischen Versicherungsträger und Facharzt bewirkt allein, dass der Facharzt eine dem Leistungsberechtigten gegenüber - durch ausdrücklich oder konkludent zustande gekommenen Behandlungsvertrag - erbrachte Leistung direkt über den Versicherungsträger abrechnen kann. Ohne Einzelvertrag hat der Leistungsberechtigte zunächst für die Leistung selbst zu bezahlen, kann sich in der Folge aber beim Versicherungsträger zu näher geregelten Bedingungen regressieren. Ein Kassenvertrag betrifft daher nicht eine entgeltliche Dienstleistung, die der Arzt dem Versicherungsträger gegenüber erbringt, sondern bloß die Abwicklung des dem Versicherten gegenüber dem Krankenversicherungsträger zustehenden Kostenersatzes (vgl. in diesem Sinne auch [VfGH vom 25.11.2002, B46/00] VfSlg. 16.697/2002 betreffend Krankentransportdienstleistungen).“

„[...] Ein Krankentransport ist an sich keine selbstständige Leistung der Krankenbehandlung, sondern gilt als akzessorische Leistung. [...] Diese Verpflichtung [Kostentragungspflicht für Krankentransporte] besteht jedoch nur gegenüber Versicherten und sonstigen Anspruchsberechtigten und ausschließlich dann, wenn es sich um eine notwendige Krankenbehandlung im Sinne des ASVG handelt. [...] Zusammengefasst wären daher folgende Vertragsbeziehungen zu unterscheiden: Die Gemeinden müssten in Entsprechung ihres gesetzlichen Auftrags entsprechende Vorsorge für die Krankenförderung treffen. Dazu würden sie sich entweder eigener Beförderungsdienste oder Dritter bedienen. Gegenstand dieser vertraglichen Beziehung sei die Erbringung des Krankentransportes. Die NÖ GKK wiederum würde Verträge über die Kostenübernahme für die Beförderung erkrankter Versicherter und sonstiger Anspruchsberechtigter mit den von den Gemeinden bereits vertraglich beauftragten Beförderungsorganisationen abschließen. Vertragsgegenstand sei hier aber lediglich die Festlegung der Höhe des direkt verrechenbaren Entgeltes und nicht die Erbringung einer Dienstleistung im Sinne der Anhänge IA und IB der Dienstleistungsrichtlinie. [...] Mit einem derartigen Vertrag wird aber weder generell noch für den Einzelfall ein Auftrag zur Erbringung der Transportdienstleistung erteilt. [...]“ VfGH vom 25.11.2002, B46/00;

Unter Bedachtnahme der zitierten VfGH-Erkenntnisse sieht das GRUG 2017 zur Errichtung einer PVE das Gesamt-/Einzelvertragsmodell nach Bedarfsfeststellung im Rahmen des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) vor. Der Primärversorgungsvertrag, der die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu einer PVE regelt, richtet sich nach dem Gesamtvertrag oder einem Primärversorgungs-Sondereinzelvertrag (§ 8 Abs. 1 PVG 2017).

Ob sich die Sichtweise des VfGH angesichts der Rechtsentwicklung der letzten 13 Jahre aufrecht erhalten lässt, ist zweifelhaft.

Nach dem Ministerialentwurf des Bundesvergabegesetzes 2017 (BVergG 2017) wären nämlich (nur!) „Dienstleistungen im Rahmen der gesetzlichen Sozialversicherung, wenn sie als nichtwirtschaftliche Dienstleistungen von allgemeinem Interesse organisiert werden“ (Anhang XVI C. BVergG 2017) sowie „nicht wirtschaftliche Dienstleistungen von allgemeinem Interesse (an sich)“ (§ 9 Abs. 1 Z 18 BVergG 2017) vom Vergaberecht ausgenommen.

Aus dem Vorhergehenden scheint besonderes Augenmerk auf die Bestimmungen geboten, in welchen auf den Leistungsinhalt des Primärversorgungsvertrages Be-



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

zug genommen wird, um auch diesen Bereich als Abrechnungsmodalitäten zu gestalten, ohne dass von einem Sozialversicherungsträger weder generell noch für den Einzelfall ein Auftrag zur Erbringung der Dienstleistung erteilt wird (§ 8 Abs. 1 und 2 PVG).

Sollte das PVG dem Vergaberegime unterliegen, ist ein darin vorgesehenes Auswahlverfahren den Regeln des BVergG 2017 gegenüber wohl subsidiär.

Aus finanzieller Sicht kann abschließend festgehalten werden, dass gemäß Art 31 der Art. 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und die Finanzierung des Gesundheitswesens eine Zweckwidmung (Mittelreallokation) in Höhe von 200 Mio. Euro im Rahmen der jeweiligen Budgetverantwortlichkeit von Ländern und Sozialversicherung erfolgt (und im Rahmen der vereinbarten Ausgabenobergrenzen).

Im Übrigen regen wir an, das Regelungsregime der Primärversorgungs-Sondereinzelverträge in einem eigenen Paragraphen zu normieren, da § 342c die Überschrift „Primärversorgungsvertrag und Primärversorgungs-Einzelvertrag“ hat.

Alternativ dazu schlagen wir vor, den Abs. 13 aus systematischen Gründen in den § 342b zu verschieben, zumal Primärversorgungs-Sondereinzelverträge nur dann abgeschlossen werden können, wenn ein bundesweiter Gesamtvertrag nicht zustande kommt.

Darüber hinaus halten wir den Begriff „Primärversorgungs-Sondereinzelvertrag“ vor dem Hintergrund der bestehenden Terminologie im ASVG für unpassend; wir schlagen stattdessen den Begriff „Primärversorgungs-Sondervertrag“ vor.

Zu Art. 3 Z 13 - § 343 Abs. 1b ASVG

Die Formulierung sollte dahingehend erweitert werden, dass sämtliche RSG-Planungen, also nicht nur betreffend PVE, zu berücksichtigen sind, sodass die Landesschiedskommission auch im Falle von Streitigkeiten über die Nachbesetzung von Allgemeinmediziner- und Facharztstellen an den RSG gebunden ist.

Zu Art. 3 Z 15 - § 350 Abs. 1 Z 2 lit. a ASVG

In den Erläuterungen (S 10) ist hierzu ausgeführt, dass lediglich die PVE nach dem Primärversorgungsgesetz 2017 ergänzt werden.

In der nunmehr vorgeschlagenen Fassung des Gesetzestextes findet sich ein Verweis auf § 1 Rezeptpflichtgesetz, anstatt wie vormals abschließend die befugten Vertragsärzte aufzulisten. Im zitierten Rezeptpflichtgesetz werden neben Ärzten



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

auch Tierärzte und Dentisten genannt. Der nunmehrige Verweis schafft daher Unklarheiten, die in den Erläuterungen nicht erörtert werden.

Es wird daher folgender Wortlaut vorgeschlagen:

„a) durch einen/eine Arzt/Ärztin, Zahnarzt/Zahnärztin, Dentisten/Dentistin, die in einem Vertragsverhältnis zum Krankenversicherungsträger steht oder in einer Vertrags-Gruppenpraxis oder PVE tätig ist oder“

Zu Art. 3 Z 16 - § 706 Abs. 2 ASVG

Aus dem Kreis der Sonderversicherungsträger wird darauf hingewiesen, dass auch deren Zustimmung zur Mitnahme der Planstelle vorgesehen werden sollte.

Zu Art. 3 Z 16 - § 706 Abs. 3 ASVG

Es ist nicht nachvollziehbar, dass in der Übergangsphase nur ein Pauschalsystem zulässig sein soll.

Aus unserer Sicht wäre ein gemischtes System aus Grundleistungspauschale und/oder Einzelleistungssystem sinnvoll und daher gesetzlich vorzusehen.

Andernfalls wäre zu begründen, warum ein Einzelleistungssystem mögliche betriebswirtschaftliche Risiken oder Unabwägbarkeiten beim Umstieg nicht genauso abdecken kann.



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Art. 4

Änderung des Gewerblichen Sozialversiche- rungsgesetzes



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Zu Art. 4 - § 91 GSVG – nicht im Entwurf, Ergänzungsvorschlag

Es sollte verankert werden, dass ärztliche Hilfe auch durch PVE erbracht werden kann.

Zu Art. 4 - § 193 GSVG

Es sollte ausdrücklich geregelt werden, dass

- § 342b Abs. 4 ASVG auch auf die SVA der gewerblichen Wirtschaft angewendet wird, d.h. vom Hauptverband eine Zustimmung der SVA der gewerblichen Wirtschaft für den Abschluss der Honorarvereinbarung einzuholen ist;
- bei der Auswahl einer PVE (vgl. § 342c ASVG) die Zustimmung der SVA der gewerblichen Wirtschaft einzuholen ist;
- der Einzelvertrag mit einer PVE von der SVA der gewerblichen Wirtschaft abgeschlossen wird (§ 342c ASVG).



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Art. 5

Änderung des Bauern- Sozialversicherungsgesetzes



Zu Art. 5 - § 181 BSVG

Um sicher zu stellen, dass der gemäß § 342b ASVG abgeschlossene Gesamtvertrag auch für die SVA der Bauern bindend ist und diese Vertragspartei ist vorgeschlagen, die PVE entweder in Z 1 leg cit nach den Gruppenpraxen oder in einer eigenen Ziffer anzuführen.

Zu Art. 5 – Ergänzungsvorschläge, nicht im Entwurf

Der Vollständigkeit halber wären folgende Ergänzungen erforderlich (Aufnahme der PVE bzw. Anpassung analog den entsprechenden Bestimmungen des ASVG):

- § 74 Abs. 3 BSVG (entspricht § 116 Abs. 3 ASVG)
- § 81 Abs. 1 zweiter Satz BSVG (entspricht § 132a ASVG)
- § 85 Abs. 1, Abs. 2 und Abs. 3 (siehe § 135 Abs. 1 erster Satz ASVG).
- § 88 Abs. 3 BSVG (siehe § 131 Abs. 3 erster Satz ASVG).

Die Inkrafttretensbestimmung des § 360 BSVG ist entsprechend zu adaptieren.



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Gesundheits- und Sozialbereich- Beihilfengesetz (GSBG)

Ergänzungsvorschlag



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Zu Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG) – nicht im Entwurf, Ergänzungsvorschlag

Von den unter § 1 Abs. 1 Z 1 UStG fallenden Umsätzen sind nach § 6 Abs. 1 Z 19 die Umsätze aus Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin, die im Rahmen der Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Dentist, Psychotherapeut, Hebamme sowie als freiberuflich Tätiger im Sinne des § 35 Abs. 1 Z 1 iVm § 11 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, des § 7 Abs. 1 iVm § 1 Z 1 bis 7 des MTD-Gesetzes sowie § 45 Z 1 iVm § 29 des Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetzes durchgeführt werden, steuerfrei.

In PVE sollen nicht nur ärztliche Hilfe und dieser gleichgestellte Leistungen, sondern auch andere Leistungen (z. B. Sozialberatung) angeboten werden.

Im Zusammenhang mit dem GSBG stellt sich nunmehr die Frage der korrekten Abrechnung; insbesondere in den Fällen, in denen eine Pauschalhonorierung (also gemeinsame Honorierung von ärztlicher Hilfe, dieser gleichgestellten Leistungen und nichtärztlichen Leistungen) vorgesehen ist: Fallen PVE gänzlich unter den Anwendungsbereich des GSBG, oder weiterhin nur in dem Ausmaß, in dem sie ärztliche Hilfe und dieser gleichgestellten Leistungen erbringen? Eine entsprechende Klarstellung wäre erforderlich.