



Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege und
Konsumentenschutz
Stubenring 1
1010 Wien

BUNDESARBEITSKAMMER

PRINZ-EUGEN-STRASSE 20-22
1040 WIEN
www.arbeiterkammer.at
erreichbar mit der Linie D

Ihr Zeichen	Unser Zeichen	Bearbeiter/in	Tel 501 65	Fax 501 65	Datum
2023-0.162.728	SV-GSt	Stephanie Prinzinger	DW 12476	12695	31.03.2023

Bundesgesetz, mit dem das Primärversorgungsgesetz und das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert werden

Die Bundesarbeitskammer (BAK) bedankt sich für die Übermittlung des Entwurfes des Bundesgesetzes, mit dem das Primärversorgungsgesetz und das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert wird und nimmt dazu Stellung wie folgt:

Die BAK begrüßt grundsätzlich den gegenständlichen Entwurf, darunter vor allem folgende Neuerungen:

Das Wichtigste in Kürze:

- Die BAK befürwortet die – von ihr bereits für die Stammfassung des PrimVG geforderte und künftig bestehende – Möglichkeit, dass auch Angehörige anderer gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe Gesellschafter einer Gruppenpraxis (multiprofessionelle Gruppenpraxis) sein dürfen.
- Begrüßt wird, dass künftig die Möglichkeit besteht, eigene Kinder-PVE zu gründen; ebenso wie die Einbindung von Fachärzten für Frauenheilkunde – und Geburtshilfe.
- Das neu vorgesehene verkürzte Auswahlverfahren in § 14a wird von der BAK befürwortet. Bei Gefahr einer medizinischen Unterversorgung können PVE künftig auch ohne Einvernehmen mit der Ärztekammer errichtet werden. Wir erwarten uns vor dieser Novellierung, dass die Umsetzung der Primärversorgung in Österreich rascher voranschreiten wird.

Folgende Anregungen möchte die BAK festhalten:

- Um ein Arbeiten auf Augenhöhe zu gewährleisten, wäre es wünschenswert, dass auch Vertreter nichtärztlicher Gesundheitsberufe mehrheitlich an Gruppenpraxen für Primärversorgung beteiligt sein dürfen.
- Aus Sicht der BAK wäre die Einbindung von Ärzt:innen weiterer Fachgebiete, je nach regionaler Versorgungssituation, wünschenswert.
- Die BAK regt an, dass Leistungen weiterer Berufsgruppen (zu denken ist an die Gesundheits- und Krankenpflege und an Diätolog:innen) auch außerhalb von PVEs sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähig werden, wobei es auf Grund der unterschiedlichen Verantwortlichkeiten der Gesundheitssystempartner:innen und zur Vermeidung von Doppelgleisigkeiten besonderer Umsicht bedarf. Dies würde der Arztlastigkeit des Systems in der niedergelassenen Versorgung entgegenwirken.
- Die Krankenkassen sollten Ambulatorien zur Primärversorgung auch ohne Zustimmung der Ärztekammer errichten können.

Zu den wesentlichen Bestimmungen des geplanten Entwurfs:

I. Allgemeiner Teil:

Ziel der Primärversorgung ist es, die Gesundheit zu fördern und die Prävention zu stärken sowie eine qualitativ hochwertige und effiziente Krankenbehandlung sicherzustellen. Durch das Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 (BGBl I 2017/131) wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Etablierung von Primärversorgungseinheiten geschaffen. Eine Primärversorgungseinheit nach dem PrimVG ist eine durch verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit nach außen, vor allem gegenüber der Bevölkerung im Einzugsgebiet, als Einheit auftretende Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem und hat als solche Angebote zur Förderung von Gesundheit und Prävention vor Krankheiten und für eine umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen zur Verfügung zu stellen sowie die für eine gesamtheitliche und kontinuierliche Gesundheitsvorsorge und Krankenversorgung erforderlichen Maßnahmen zu koordinieren.

Aufgrund von Umsetzungsproblemen in der Praxis konnte der Zielwert von 75 PVE bis Ende des Jahres 2021 nicht erreicht werden. Angemerkt wird, dass die BAK die Errichtung von 75 Primärversorgungseinheiten bis 2020 bereits im Jahr 2017 als nicht besonders ambitioniert angesehen hat. Nachdem bei Umsetzung der 75 PVE die Primärversorgung nach wie vor nur 5 % der Versorgung in Österreich abdeckt, wäre aus Sicht der BAK ein flächendeckendes Primärversorgungskonzept für eine integrierte Versorgung, insbesondere durch die Zusammenarbeit von Einzelordinationen mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen, wünschenswert.

Um die Primärversorgung rascher in Österreich umzusetzen, soll weiterhin eine Anschubfinanzierung von Sozialversicherung und Länder zur Verfügung gestellt werden. Die rechtliche Grundlage hierfür findet sich in Art 31 der Art 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation

und Finanzierung des Gesundheitswesens. Diese Bestimmung sieht finanzielle Mittel in Höhe von insgesamt 200 Millionen Euro für den Ausbau der Primärversorgung vor. Die Vorhaben sollen entsprechend der Planungsentscheidungen im RSG erfolgen und zu einer Verbesserung der Versorgung und zur Spitalsentlastung beitragen. Die erwähnten Mittel dienen als Zuzahlung zur Anschubfinanzierung bei neuen Vorhaben (zB einmalige Investitionskosten zur Schaffung notwendiger Infrastruktur) und als Zuzahlung zur Finanzierung des Mehraufwandes gegenüber dem Status Quo (zB dauerhafte Finanzierungsregelung für Primärversorgungseinheiten zur Abdeckung des erweiterten Leistungsangebotes durch Integration weiterer Berufsgruppen). Weiters existiert mittlerweile ein Fördertopf von 100 Mio Euro aus EU-Fördergeldern für den Ausbau der Primärversorgung.

Zielsetzung der gegenständlichen Novelle ist es, eine bedarfsgerechte Primärversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, wobei PVE nach dem PrimVG dabei eine wesentliche Rolle einnehmen. Die Errichtung von PVE soll vereinfacht und beschleunigt werden, um Versorgungslücken im Bereich der Primärversorgung zu vermeiden. Die ärztliche Tätigkeit im Rahmen der Allgemeinmedizin soll attraktiver gestaltet und Leistungen der Primärversorgung sollen auch zu Tagesrandzeiten und an Wochenenden den Patienten zur Verfügung gestellt werden.

Mit dem Ausbau der Primärversorgung möchte die Gesundheitspolitik den allgemeinen und direkten Zugang für alle Menschen mit gesundheitlichen Anliegen zu einer umfassenden und qualitativ hochwertigen Grundversorgung in Österreich sicherstellen. Damit alle Menschen gleichberechtigten Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung haben, ist die barrierefreie Zugänglichkeit essenziell. Bereits nach derzeitiger Rechtslage sieht § 4 Z 7 PrimVG vor, dass die PVE über einen barrierefreien Zugang verfügen und bedarfsgerechte Sprachdienstleistungen anbieten muss. Es ist wichtig, in diesem Zusammenhang in permanenten Austausch bzw in Abstimmung mit den Vertretern der Menschen mit Behinderung zu sein sowie im Rahmen der Planung und durch gemeinsame Begehungen der Primärversorgungseinheiten zu klären, wie Barrierefreiheit gestaltet sein muss, damit Menschen mit Behinderung am Angebot der umfassenden Grundversorgung selbstbestimmt teilhaben können.

II. Zu den einzelnen Bestimmungen:

Zu Art 1:

Zu § 2 Abs 2:

Nach § 2 Abs 2 PrimVG in der geltenden Fassung hat die PVE jedenfalls aus einem Kernteam, das sich aus Ärzt:innen für Allgemeinmedizin und Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zusammensetzt, zu bestehen. Orts- und bedarfsabhängig sollen Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendheilkunde Teil des Kernteams sein. § 2 Abs 2 in der vorgeschlagenen Fassung legt fest, dass sich das Kernteam aus mindestens zwei Ärzt:innen für Allgemeinmedizin und Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zusammensetzen muss. Orts- und bedarfsabhängig sollen Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendheilkunde Teil des Kernteams sein.

Der derzeitige Primärversorgungs-Gesamtvertrag sieht drei volle Vertragsarztstellen als Minimum für die Gründung einer PVE vor und wird daher anzupassen sein. Dies ermöglicht bereits niederschwelliger die Gründung einer PVE und wird von der BAK begrüßt.

Nach dem Entwurf soll es überdies künftig möglich sein, dass PVE errichtet werden, die entweder im ärztlichen Kernteam ausschließlich aus Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendheilkunde oder aus Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendheilkunde und einer Ärztin/einem Arzt für Allgemeinmedizin bestehen. Die Gründung von Primärversorgungseinheiten durch Pädiater:innen wurde auch bereits bei Einführung des GRUG 2017 gefordert und wird von der BAK ausdrücklich begrüßt. Die Regelung führt zu einer besseren Sachleistungsversorgung, da PVE über einen Vertrag mit der Sozialversicherung verfügen müssen. Sollte es in einer Versorgungsregion sowohl Bedarf an allgemeinmedizinischer- als auch pädiatrischer Versorgung geben, wären gemischte PVE zu bevorzugen, da dieses Konzept einer optimierten familienärztlichen Versorgung entspricht.

Die Ordinationsassistent:innen, die im ursprünglichen Primärversorgungskonzept „Das Team rund um den Hausarzt“ Teil des Kernteams gewesen sind, aber in der Stammfassung des PrimVG nicht mehr ins Kernteam Eingang gefunden haben, sind nach dem Entwurf leider auch weiterhin nicht Teil des Kernteams. Erfreulicherweise sieht der Primärversorgungs-Gesamtvertrag aber vor, dass sie Teil des Kernteams sind. Die BAK versteht das neue Primärversorgungskonzept als „Das Team rund um den Patienten“, in dem die Gesundheitsberufe auf Augenhöhe mit den Ärzt:innen im Interesse der Patient:innen tätig sind.

Zu § 2 Abs 3:

In § 2 Abs 3 wird ergänzt, dass Fachärzt:innen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe verbindlich und strukturiert in eine PVE eingebunden werden können. Diese Bestimmung wird von der BAK ausdrücklich begrüßt. Auch an dieser Stelle wird angemerkt, dass sich diese neue Bestimmung positiv auf die Sachleistungsversorgung auswirken wird. Darüber hinaus wird angeregt, dass Ärzt:innen, aus jenen Fachgebieten, bei denen aufgrund nichtbesetzter Planstellen ein regionaler Versorgungsengpass besteht, strukturiert in die Primärversorgung einzubinden sind.

Zu § 4:

Bei den Anforderungen an die PVE werden derzeit in § 4 in Z 2 bedarfsgerechte Öffnungszeiten mit ärztlicher Anwesenheit jedenfalls von Montag bis Freitag, einschließlich der Tagesrandzeiten, angeführt. Diese Bestimmung wird im Entwurf dahingehend ergänzt, dass abhängig von den regionalen Gegebenheiten auch die Akutversorgung an Wochenenden und Feiertagen anzustreben ist. Aus den Erläuterungen ergibt sich, dass die Ergänzung insbesondere in Hinblick auf die neu vorgesehenen PVE für Kinder- und Jugendheilkunde getroffen wurden. Eine Akutversorgung auch während der Nachtstunden ist wünschenswert.

Zu § 5:

§ 5 Abs 2 Z 1 wird mit dem gegenständlichen Entwurf eingeführt und sieht im Hinblick auf die PVE für Kinder- und Jugendliche vor, dass altersgerechte Informationen und Anleitung der Patient:innen sowie begleitende Beratung der Personen, die mit der gesetzlichen Vertretung betraut sind, zu erfolgen hat. Aus den Materialien ergibt sich weiters, dass ein neuer Gesamtvertrag nach § 342b ASVG für PVE für Kinder- und Jugendliche notwendig sein wird.

Zu § 9:

Ausdrücklich begrüßt wird, dass durch die Einführung des § 9 Abs 1a nunmehr die rechtliche Möglichkeit geschaffen wird, dass auch Angehörige anderer gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe, die zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigt sind, und in der Primärversorgungseinheit im Kernteam (§ 2 Abs 2) oder gem § 2 Abs 3 hauptberuflich tätig sind, Gesellschafter:innen einer PVE sein können (multiprofessionelle Gruppenpraxis). Aus den Materialien ergibt sich, dass durch die partnerschaftliche Zusammenarbeit eines multiprofessionellen Gründerteams eine intensivere Zusammenarbeit unterstützt werden soll, und die Erweiterung des Handlungs- und Entscheidungsrahmens die Berufszufriedenheit und den Verbleib im Beruf nachhaltig positiv beeinflussen kann.

Neben Allgemeinmediziner:innen kommen als Gesellschafter:innen einer Gruppenpraxis nach dem Entwurf Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendheilkunde, Fachärzt:innen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesunden- und Krankenpflege, Hebammen, Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen, Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflege, die im Medizinische Assistenzberufe-Gesetz und im Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz geregelten Berufe und die gehobenen medizinisch-technischen Dienste in Betracht.

§ 9 wurde weiters durch Z 1b ergänzt, die vorsieht, dass eine PVE als multiprofessionelle Gruppenpraxis, an der Angehörige anderer gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe beteiligt sind, zulässig ist, wenn diese in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung betrieben wird und den zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Ärzt:innen die Mehrheit (mehr als 50 %) am Kapital der Gesellschaft sowie bei der Willensbildung ein bestimmter Einfluss zukommt.

Aus Sicht der BAK ist nicht nachvollziehbar, weshalb nicht auch anderen Vertretern gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe, die zur selbstständigen Berufsausübung berechtigt sind, die Mehrheit am Kapital einer solchen Gesellschaft zukommen sollte. Ein Nutzen dieser 51 % Regelung für die Versorgung der Patient:innen ist nicht erkennbar. Die Möglichkeit, dass auch Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe sich mehrheitlich an einer Gruppenpraxis beteiligen, würde ein Arbeiten auf Augenhöhe zwischen den einzelnen Gesundheitsberufen fördern.

Durch den Primärversorgungsvertrag iSd § 8 PrimVG werden die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu einer Primärversorgungseinheit geregelt. Hinsichtlich Primärversorgungseinheiten, die in der Betriebsform einer Gruppenpraxis (§ 52a ÄrzteG 1998) geführt werden, muss Inhalt des Primärversorgungsvertrags hinsichtlich der ärztlichen Hilfe das auf Kosten der Sozialversicherung zu erbringende Leistungsspektrum entsprechend dem Inhalt des Primärversorgungs-Gesamtvertrags einschließlich der jeweiligen gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung nach § 342b Abs 4 ASVG sein. Inhalt des Primärversorgungsvertrags müssen weiters die durch nichtärztliche Gesundheitsberufe zu erbringende Leistungen samt deren Abgeltung sein, außer diese Leistungen sind bereits in einer Pauschale nach § 342b Abs 3 und 4 ASVG enthalten.

§ 342b Abs 3 ASVG sieht vor, dass die Honorierung sich aus Grund- und Fallpauschalen, Einzelleistungsvergütungen sowie gegebenenfalls aus Bonuszahlungen für die Erreichung definierter Ziele zusammensetzen hat und in Grundzügen im Gesamtvertrag zu vereinbaren ist. Die Grundpauschale dient, unabhängig vom Patientenkontakt zur Abgeltung der zur Verfügung gestellten Infrastruktur, der personellen, technischen und apparativen Ausstattung so-

wie der mit diesen erbrachten Leistungen. Mit Fallpauschalen soll der Behandlungsaufwand pro Patient:in abgebildet werden, wobei nach Indikations- oder Anspruchsgruppen differenziert werden kann. Für Leistungen mit besonderem Betreuungs- und Behandlungsaufwand sind Einzelleistungsvergütungen zu vereinbaren. Bonuszahlungen können für spezielle Versorgungsziele, insbesondere in Umsetzung der im Versorgungskonzept festgelegten Versorgungsziele vereinbart werden. In § 342 Abs 4 ASVG wird weiters normiert, dass bezüglich der Honorierung die Beziehungen auf regionaler Ebene durch gesamtvertragliche Honorarvereinbarungen geregelt werden.

Die Honorierung von Leistungen, die von Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe erbracht werden, müssen im Primärversorgungsvertrag zwischen den Trägern der Sozialversicherung und der Primärversorgungseinheit vereinbart werden. Für Leistungen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) werden die erbrachten Leistungen größtenteils über den Gesamtvertrag über die ärztliche Hilfe zum Beispiel im Rahmen der Fallpauschalen abgegolten.

Leistungen anderer Angehöriger nichtärztlicher Gesundheitsberufe werden derzeit entweder durch Pauschalzahlungen (zB die Übernahme der Gehälter) abgegolten oder es erfolgt eine Abrechnung auf Basis bestehender Kassentarife oder sonstiger Sondervereinbarungen. Für die Verrechnung mit Hebammen besteht zum Beispiel ein eigener Gesamtvertrag, der als Grundlage dienen kann. Aus Sicht der BAK sollte das von der Sozialversicherung für Leistungen nichtärztlicher Gesundheitsberufe zur Verfügung gestellte Honorar als Richtwert für die Gewinnbeteiligung dienen.

Generell wird in diesem Zusammenhang angemerkt, dass die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von berufsrechtlich eigenständig erbringbaren Leistungen von DGKP und der MTD-Berufe auch außerhalb der PVE gestärkt werden muss. Die Krankenbehandlung nach § 133 ASVG wird durch die ärztliche Hilfe erbracht. Diese wird neben Ärzt:innen in unterschiedlichen Organisationsformen auch durch andere Berufsgruppen gewährt, deren Behandlungen jener der ärztlichen Hilfe gleichgestellt werden. Die einzelnen Gesundheitsberufe und teilweise die konkreten Handlungsfelder sind dabei gesetzlich taxativ aufgezählt. Nicht in der taxativen Aufzählung enthalten sind Leistungen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und der Diätologie. Eine Aufnahme weiterer Berufsgruppen in die sozialversicherungsrechtliche Erstattungsfähigkeit von Leistungen bedarf auf Grund der unterschiedlichen Verantwortlichkeiten der Gesundheitssystempartner:innen und zur Vermeidung von Doppelgleisigkeiten besonderer Umsicht. Es wird daher vorgeschlagen, die Leistungen und Tätigkeitsfelder im Zuge einer Aufnahme in ASVG (bzw B-KUVG etc) konkret zu definieren und auf bestimmte Leistungsbereiche einzuschränken. Eine selbstständige Mitwirkung wäre jedenfalls bei den Behandlungspfaden von Disease-Management-Programmen indiziert. In Österreich gibt es derzeit nur das Betreuungs- und Therapieprogramm für Typ-2-Diabetiker:innen – Therapie aktiv. Es besteht jedoch das klare Ziel, auch für weitere chronische Erkrankungen strukturierte Behandlungsprogramme zur integrierten Versorgung in Österreich zu etablieren. Die eigenverantwortliche Tätigkeit von Personen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und der Diätologie könnten hierbei einen maßgeblichen Versorgungsanteil erfüllen. Ein weiteres Tätigkeitsfeld, das seitens der Gesundheits- und Krankenpfleger:innen nach ärztlicher Anordnung als gleichgestellte Leistung erbracht werden könnte, wäre das Wundmanagement. Eine Aufnahme in § 135 ASVG könnte daher auf zwei Leistungsfelder

bezogen sein: Einerseits auf die DM-Programme und auf die Versorgung von Wunden nach ärztlicher Anordnung.

Bei der Beteiligung von Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe ist jedenfalls wichtig, dass auch für diese Berufsgruppen weitere Bestimmungen des § 52a Abs 3 ÄrzteG Anwendung finden. Zu denken ist dabei zB an Z 3 oder 6, wonach die Übertragung und Ausübung von Gesellschaftsrechten unzulässig ist oder jeder Gesellschafter maßgeblich zur persönlichen Berufsausübung in der Gesellschaft verpflichtet ist. Nach Z 7 der genannten Bestimmung ist eine Anstellung von Gesellschaftern unzulässig. Ebenso zentral sind die Bestimmungen des § 52a Abs 3 Z 9 bis 11 ÄrzteG, so sollen auch Vertreter nichtärztlicher Gesundheitsberufe nicht an Weisungen der Gesellschafterversammlung gebunden sein, bzw Versicherten sollte bei der Inanspruchnahme von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, wie zum Beispiel Hebammen oder Psychotherapeut:innen, die Wahl zukommen, wen sie in Anspruch nehmen möchten. Bereits der bestehende Gesamtvertrag für Primärversorgungseinheiten sieht eine freie Arzt- und Behandlerwahl vor. So sollen bei planbaren Behandlungen Patient:innen möglichst vom selben Arzt/ von derselben Ärztin bzw Angehörigen des nichtärztlichen Gesundheitsberufs betreut werden, der/die auch die Behandlung begonnen hat.

Zu § 14:

Die Planungsvorgaben des RSG sollen durch die Gesamtvertragsparteien im Verhandlungsweg im Stellenplan nach § 342 Abs 1 Z 1 in Verbindung mit § 342 Abs 1a ASVG konkretisiert werden, wobei für die Wahrung der in Abs 3 vorgesehenen Frist von sechs Monaten die Einigung zwischen der Österreichischen Gesundheitskasse und jeweiligen Landesärztekammer maßgeblich ist.

Um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten, soll das Auswahlverfahren insgesamt neugestaltet und zeitlich beschleunigt werden. So wird § 14 Abs 2 Z 1 dahingehend abgeändert, dass nicht mehr vorrangig Vertragsärzt:innen eingeladen werden, sondern die Einladungen künftig – wie in den Materialien noch explizit ausgeführt wird – an einen unbeschränkten Bewerberkreis adressiert werden. Bewerbungen können daher sowohl von Vertrags- oder Wahlärzt:innen, Gruppenpraxen oder selbstständigen Ambulatorien abgegeben werden. Vertragsärzt:innen soll aber im Auswahlverfahren in Hinblick auf das bisher bestehende Vertrauen und auch im Sinne der Aufrechterhaltung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit der Vorrang eingeräumt werden.

Bewertungskriterien sind das Versorgungskonzept nach § 6 PrimVG sowie die für die ärztlichen Leistungen in der Reihungskriterien-Verordnung bzw in den darauf beruhenden Reihungskriterien-Richtlinien festgelegten Kriterien.

Zu § 14a:

Neu in das PrimVG eingefügt wurde § 14a, der ein verkürztes Auswahlverfahren vorsieht, wenn zwei offene Planstellen im Bereich der Allgemeinmedizin bzw der Kinder- und Jugendheilkunde innerhalb einer Versorgungsregion im Sinne des Österreichischen Strukturplanes (ÖSG) zur gleichen Zeit mindestens ein halbes Jahr unbesetzt sind.

In diesem Fall hat die ÖGK die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission (L-ZK) über diesen Umstand in Kenntnis zu setzen. Fasst die L-ZK einen Beschluss zur Errichtung einer PVE, hat die ÖGK – unabhängig vom Erfordernis des Einvernehmens mit der Ärztekammer – in Abstimmung mit den anderen KV-Trägern innerhalb von zwei Monaten zur Bewerbung einzu-

laden. Die Einladung hat jedenfalls die Festlegungen im Beschluss der L-ZK im Hinblick auf das erforderliche Leistungsangebot und den vorgesehenen Planungszeitraum sowie die Konkretisierung aus den Anforderungen nach den §§ 4 bis 6 und § 342c ASVG zu folgen. Die Bewertung erfolgt durch die ÖGK in Abstimmung mit den anderen Krankenversicherungsträgern.

In § 14a Abs 4 des Entwurfes wird weiters ausgeführt, dass bei der Auswahl des Versorgungskonzeptes nach § 6, die in der Reihungskriterien-Verordnung bzw in den darauf beruhenden Reihungs-Richtlinien festgelegten Kriterien sowie die spätestens vier Wochen vor der geplanten Auswahl verpflichtend einzuholende Stellungnahme der jeweiligen Landesärztekammer und der örtlich zuständigen gesetzlichen Vertretung der Privatkrankenanstalten heranzuziehen sind. Zu berücksichtigen ist, dass die Vielfalt der Anbieter:innen gewahrt bleibt und keine die Versorgungssituation beherrschende Eigentümerstrukturen entstehen.

Die BAK begrüßt grundsätzlich, dass einer medizinischen Unterversorgung der Bevölkerung entgegengewirkt werden soll und künftig auch ohne Einvernehmen mit der Ärztekammer – unter den genannten Voraussetzungen – PVE errichtet werden können.

Der BAK ist die Verbesserung der niedergelassenen Versorgung der Versicherten ein zentrales Anliegen, das mit dem zügigen Ausbau der Primärversorgung unterstützt wird.

Die BAK regt auch an, dass die Krankenkassen berechtigt sein sollte, Ambulatorien ohne Zustimmung der Ärztekammer unter vereinfachten Bedingungen zu gründen.

Zu Art 2:

Zu § 342 Abs 3:

§ 342 Abs 3 sieht nunmehr vor, dass unter Berücksichtigung der Planungsvorgaben im RSG betreffend Primärversorgungseinheiten die im Rahmen der Primärversorgung gebundenen ärztlichen Vollzeitäquivalente auf den Stellenplan anzurechnen sind. Die Neuregelung des § 342 Abs 3 ASVG soll gewährleisten, dass die Anrechenbarkeit der im Rahmen der PVE gebundenen ärztlichen Vollzeitäquivalente auf den Stellenplan künftig im gleichen Ausmaß im Falle der Invertragnahme einer PVE in Form einer Gruppenpraxis, eines Netzwerks bzw in Form eines selbstständigen Ambulatoriums stattfindet. Bereits in der Stellungnahme zum GRUG 2017 wurde die Anrechnung bei einem selbstständigen Ambulatorium im vollen Ausmaß von der BAK angeregt.

Die BAK ersucht um Berücksichtigung ihrer Anliegen und Anregungen.

