

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

Wien, 12. April 2023
GZ 2023-0.171.125

Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Primärversorgungsgesetz und das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert werden

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Rechnungshof (RH) dankt für den mit Schreiben vom 2. März 2023, GZ 2023-0.162.728, übermittelten, im Betreff genannten Entwurf und nimmt zu diesem im Rahmen des Begutachtungsverfahrens aus der Sicht der Rechnungs- und Gebarungskontrolle wie folgt Stellung:

1. Inhaltliche Bemerkungen

1.1 Zu den beabsichtigten Änderungen im Bereich der Primärversorgungseinheiten

(1) Mit dem vorliegenden Entwurf soll der bundesweite Ausbau und die Attraktivierung der Primärversorgung gestärkt werden. Dazu sieht der Entwurf u.a. folgende Änderungen des Primärversorgungsgesetzes (PrimVG), BGBl. I 131/2017, vor:

- Durch die Abschaffung der bisherigen Stufenregelung soll das Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten beschleunigt werden (§ 14 PrimVG).
- In Fällen, in denen zumindest zwei Planstellen im Bereich der Allgemeinmedizin bzw. in der Kinder- und Jugendheilkunde in der jeweiligen Versorgungsregion zumindest ein halbes Jahr unbesetzt sind, soll künftig ein verkürztes Auswahlverfahren zur Anwendung gelangen (§ 14a PrimVG).
- Um Kindern und Jugendlichen einen niederschweligen Zugang zur Primärversorgung zu gewährleisten, soll es künftig möglich sein, dass sich das ärztliche Kernteam einer Primärversorgungseinheit ausschließlich bzw. überwiegend aus Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendheilkunde zusammensetzt (§ 2 Abs. 2 PrimVG).
- Zur Stärkung der Kooperation von Fachärzt*innen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit

anderen Gesundheitsberufen (z.B. diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Hebammen) im Rahmen einer Primärversorgungseinheit und zur Ermöglichung eines Fokus auf Familiengesundheit, Gynäkologie und Hebammenbetreuung soll die Option, Vertrags-Fachärzt*innen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe z.B. durch eine Kooperationsvereinbarung verbindlich und strukturiert in eine Primärversorgungseinheit einzubinden, ausdrücklich im Gesetz verankert werden (§ 2 Abs. 3 PrimVG).

- Künftig soll es auch für Angehörige der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe möglich sein, an multiprofessionellen Gruppenpraxen als Gesellschafter*innen beteiligt zu sein, wodurch es zu einer weiteren Attraktivierung von Primärversorgungseinheiten im Sinne eines berufsgruppenübergreifenden Ansatzes kommen soll (§§ 2 Abs. 5 Z 1 lit. a, 9 Abs. 1 und 1a sowie 1b PrimVG).

(2) In seinem Bericht „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ (Reihe Bund 2021/30) setzte sich der RH auch mit dem Ausbau der Primärversorgung auseinander. Der RH hielt in TZ 26 des angeführten Berichts fest, dass laut Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 bis Ende 2021 zumindest 75 Primärversorgungseinheiten bis Ende 2021 realisiert sein sollten. Tatsächlich waren im Dezember 2019 von den bis Ende 2021 angestrebten 75 Primärversorgungseinheiten lediglich 16 umgesetzt. Das im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013–2016 vereinbarte Ziel, pro Land mindestens 1 % der Bevölkerung in Primärversorgungseinheiten zu versorgen, sowie das im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 festgelegte Ziel, diesen Versorgungsgrad zu steigern, erreichten nur Oberösterreich, die Steiermark und Wien.

Im angeführten Bericht wies der RH auf Hindernisse bei der Einführung der Primärversorgung hin, wie insbesondere die Unkündbarkeit der Vertragspartner*innen, die wirtschaftlichen Risiken im Falle eines Zusammenschlusses und die Zustimmungspflicht der Landesärztekammer (für monetäre Anreize in den gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen). Daher empfahl der RH dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und der Österreichischen Gesundheitskasse, *„die Ziele zur Versorgungswirkung der Primärversorgung zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen sowie ein Konzept zum Change Management mit konkreten Maßnahmen zur Erreichung der angestrebten Ziele für die Primärversorgung zu entwickeln.“* (Schlussempfehlung 39).

Der RH weist daher positiv auf die nunmehr vorgesehene Ermöglichung der Beteiligung von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen als Gesellschafter*innen von Gruppenpraxen, die geplante Beschleunigung des Auswahlverfahrens, die Schaffung eines verkürzten Auswahlverfahrens, die Ermöglichung von Primärversorgungseinheiten für Kinder- und Jugendheilkunde sowie die optionale Einbeziehung von Fachärzt*innen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe hin, weil diese Maßnahmen zur Attraktivierung und zum Ausbau der Primärversorgung beitragen können. Aus Sicht des RH berücksichtigen diese Maßnahmen die angeführte Empfehlung des RH teilweise.

1.2 Zum weiteren Ausbau der Primärversorgung

In dem angeführten Bericht hielt der RH in TZ 27 kritisch fest, dass lediglich zwei der Ende 2019 vorhandenen 16 Primärversorgungseinheiten als Netzwerke eingerichtet waren. Der RH erachtete

gerade im ländlichen Raum aufgrund der geringeren Bevölkerungsdichte auch Primärversorgungsnetzwerke als zweckmäßig. Schließlich wies der RH auch darauf hin, dass die verpflichtende Abbildung im Stellenplan und die Delegation der Honorierung auf Landesebene Einigungen mit der Landesärztekammer erforderlich machten, was die Umsetzung von Primärversorgungseinheiten ebenfalls verlangsamte.

Der RH empfahl dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und der Österreichischen Gesundheitskasse, *„für den weiteren Ausbau der Primärversorgung eine Strategie zur Forcierung von Primärversorgungsnetzwerken, zur Gewinnung von neuen Vertragspartnerinnen und –partnern und zur Umsetzung der Vergütungsziele zu entwickeln und auf eine zeitnahe Umsetzung in den Rechtsgrundlagen hinzuwirken“*.

Aus Sicht des RH setzt der vorliegende Entwurf die Empfehlung im Hinblick auf die Forcierung von Primärversorgungsnetzwerken und die erforderliche Einigung mit den Landesärztekammern nicht um.

2. Zur Darstellung der finanziellen Auswirkungen

(1) Die Erläuterungen führen aus, dass derzeit 38 Primärversorgungseinheiten nach dem PrimVG eingerichtet seien, als Zielzustand werden bundesweit zumindest 45 weitere Primärversorgungseinheiten bis Ende 2026 definiert.

Im Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 bzw. 2022–2023 waren bis Ende 2021 bzw. sind spätestens mit Ende 2023 75 Primärversorgungseinheiten vorgesehen.

Der RH weist darauf hin, dass aus den Erläuterungen nicht hervorgeht, ob der angestrebte Zielzustand von den derzeit laut den Erläuterungen bestehenden 38 Primärversorgungseinheiten ausgeht oder von jenen 75 Primärversorgungseinheiten, die im Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2022–2023 als Zielwert für Ende 2023 vorgesehen sind. Der RH regt eine diesbezügliche Klarstellung an.

(2) Die Erläuterungen führen zu den finanziellen Auswirkungen aus, dass die Finanzierung entsprechend der Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens individuell und projektbezogen auf Basis der zwischen Ländern und Sozialversicherung festgelegten Planungsentscheidungen im RSG im Rahmen der jeweiligen Budgetverantwortung von Ländern und Sozialversicherung erfolge. Die Verwendung von Mitteln erfolge in Abhängigkeit von der Planung in den einzelnen RSG und dem Fortschritt der Implementierung der Primärversorgungseinheiten.

(3) Der RH weist darauf hin, dass eine Abschätzung der finanziellen Auswirkungen möglich wäre, etwa durch Veranschlagung der Kosten für die Errichtung und den Betrieb einer Primärversorgungseinheit (anhand von Erfahrungswerten für die bestehenden Primärversorgungseinheiten) und Hochrechnung auf die angestrebte Anzahl an Primärversorgungseinheiten. In eine Abschätzung wären auch die Wirkung von Fördermaßnahmen und die Entwicklung des Honorarvolumens bei den Krankenversicherungsträgern miteinzubeziehen. Weiters erachtet es der RH als zweckmäßig, bei der Kostenabschätzung aufgrund der unterschiedlichen Kostenstruktur – insbesondere in der Gründungsphase – eine Unterscheidung nach Primärversorgungszentren und –netzwerken

vorzunehmen und auch die jeweiligen durchschnittlichen Anlaufkosten gesondert von den durchschnittlichen laufenden Kosten auszuweisen. Weiters wäre bei einer Kostenabschätzung zu berücksichtigen, inwiefern bei der Gründung der zusätzlichen Primärversorgungseinheiten bereits bestehende Versorgungsstrukturen einbezogen werden. Hier wären allfällige Überführungen von ärztlichen Planstellen in Primärversorgungseinheiten entsprechend zu berücksichtigen bzw. Angaben im Hinblick auf den in Primärversorgungseinheiten zu überführenden Anteil an bestehenden Strukturen zweckmäßig.

(4) Der RH weist darauf hin, dass der Ausbau der Primärversorgung auch Teil des Österreichischen Aufbau- und Resilienzplans 2020–2026 ist. Für die Förderung von Primärversorgungsprojekten wurden Österreich 100 Mio. EUR aus der Aufbau- und Resilienzfazilität der Europäischen Kommission gewährt. Aus den Erläuterungen geht nicht hervor, ob bzw. inwiefern diese Mittel bei der Abschätzung der finanziellen Auswirkungen berücksichtigt wurden bzw. zu berücksichtigen wären. Der RH regt deshalb eine Ergänzung der Erläuterungen zu den finanziellen Auswirkungen an.

(5) Der RH merkt an, dass Art. 31 der Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I 98/2017, vorsieht, dass die Länder und die Sozialversicherung bis 2020 insgesamt 200 Mio. EUR zur Finanzierung von sektorenübergreifenden Vorhaben, insbesondere den Aufbau der Primärversorgung, zweckzuwidmen hatten. Die Erläuterungen zu den finanziellen Auswirkungen des gegenständlichen Entwurfs treffen jedoch keine Aussage zu den solchermaßen bereits aufgewendeten Mitteln. In TZ 28 des angeführten Berichts kritisierte der RH, dass die Bundes-Zielsteuerungskommission keine Richtlinien über die Verwendung der vorgesehenen Mittel erlassen hatte und kein Monitoring über die finanziellen Aufwendungen erfolgte. Der RH verweist aus Anlass des gegenständlichen Begutachtungsverfahrens auf seine Empfehlung an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, *„in der nächsten Zielsteuerungsperiode sicherzustellen, dass z.B. durch entsprechende Informationen in den Zielsteuerungsgremien Transparenz über die zusätzlichen Aufwendungen für den Betrieb und die Gründung von Primärversorgungseinheiten besteht“* (Schlussempfehlung 7).

(6) Gemäß § 17 Abs. 2 Bundeshaushaltsgesetz 2013 (BHG 2013) ist jedem Entwurf für ein Regelungsvorhaben von dem Mitglied der Bundesregierung, in dessen Wirkungsbereich der Entwurf ausgearbeitet wurde, eine der WFA-Finanzielle-Auswirkungen-Verordnung (WFA-FinAV) entsprechende Darstellung der finanziellen Auswirkungen im Rahmen der wirkungsorientierten Folgenabschätzung anzuschließen. Gemäß § 3 Abs. 2 der WFA-FinAV sind bei den Angaben zur Abschätzung der finanziellen Auswirkungen die Grundsätze der Relevanz, der inhaltlichen Konsistenz, der Verständlichkeit, der Nachvollziehbarkeit, der Vergleichbarkeit und der Überprüfbarkeit zu beachten.

Die Erläuterungen zu den finanziellen Auswirkungen entsprechen aus den oben genannten Gründen nicht den Anforderungen des § 17 BHG 2013 und der hiezu ergangenen WFA–FinAV i.d.g.F.

Mit freundlichen Grüßen

Die Präsidentin:
Dr. Margit Kraker

F.d.R.d.A.:
Beatrix Pilat