

FAQ – Gesundheitsreform Auswirkungen für niedergelassene Ärzte

Die Gesundheitsreform 2024 hat die kassenärztlich dominierte Versorgungslandschaft umgestaltet und auch Änderungen durch die Schaffung von Ausstattungs- und Verwendungspflichten für die Vertragsärzte und Nicht-Vertragsärzte bewirkt.

Neben den berufsrechtlichen sind sozialversicherungsrechtliche Änderungen vorgesehen.

Überblick

1. **Stellenplan**
2. **100 Kassenstellen zusätzlich für gesamt Österreich – „Bundesstellen“**
3. **Startbonus als Förderung bis zu Euro 100.000,-- für bestimmte Fächer**
4. **Vertragspartnerrecht**
5. **Bundesweit einheitliche Leistungskataloge für alle Krankenversicherungsträger (betrifft alle niedergelassenen Ärzt:innen)**
6. **Digitalisierung**
7. **Qualitätssicherung**
8. **Ambulatorien**
9. **Strukturierte und codierte elektronische Diagnose- und Leistungsdokumentation (betrifft alle niedergelassenen Ärzt:innen)**
10. **Die Gesundheitsreform betrifft Nicht-Vertragsärzt:innen, insbesondere in folgenden Bereichen:**
 - 10.1 **Pflicht zur Verwendung des e-Card-Systems, von ELGA (eMedikation, e Befund und elmpfpass) und Ausnahmen**
 - 10.2 **Pflicht zur elektronischen Honorarnoten-Übermittlung an die ÖGK**
 - 10.3 **Keine generelle Pflicht zur Verwendung des eRezepts**

1. Stellenplan

- In Zukunft sind die verbindlichen Inhalte der ÖSG- und RSG-Verordnungen maßgeblich für die Versorgung. Bei Fehlen einer RSG-Verordnung gilt an deren Stelle die Verordnung zum Versorgungsplan für den niedergelassenen Bereich. Für diese neue Versorgungsplanung können auch eigene Einrichtungen der Versicherungsträger herangezogen werden. Um einer „Konzernbildung“ vorzubeugen, ist gesetzlich festgelegt, dass die Vielfalt der Leistungserbringer gewahrt bleiben muss. Der **Regionale Strukturplan Gesundheit (RSG, Festlegung ausschließlich durch Land OÖ und ÖGK)** regelt die regionale Verortung sowie die Kapazitäten im niedergelassenen Bereich. Der Ärztekammer für OÖ kommt ein **Stellungnahmerecht vor Beschlussfassung in der Landeszielsteuerungskommission (LZK)** zu. Die örtliche Verteilung kann weiterhin auf regionaler Ebene zwischen der ÖGK und der Ärztekammer für OÖ festgelegt werden.
- Die derzeit bestehenden Stellenpläne gelten vorerst bis zur Einigung nach diesen neuen Vorgaben weiter und verlieren spätestens mit Ablauf des 31.12.2025 ihre Gültigkeit.
- Formal sind für die **Ausschreibungen und die Einleitung des Verfahrens zur Auswahl der Vertragsärzt:innen** die Krankenversicherungsträger zuständig. Die konkrete Auswahl der Vertragsärzte hinsichtlich der Reihung sowie der Abschluss

des Einzelvertrages zwischen Sozialversicherungsträger und Arzt erfolgt weiterhin im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ.

- Bei **zweimaliger erfolgloser Ausschreibung** einer Kassenstelle können die Sozialversicherungsträger mit dem Stellenbewerber zur vorübergehenden Versorgung bis zum Abschluss eines Einzelvertrages **ergänzende oder abweichende Regelungen hinsichtlich Öffnungszeiten und Berufssitz treffen**.

2. 100 Kassenstellen zusätzlich für gesamt Österreich – „Bundesstellen“

- Für ganz Österreich wurden im Zuge dieser Gesundheitsreform außerhalb des bestehenden Stellenplans zusätzlich 100 vom Bund finanzierte Kassenstellen geschaffen. **Oberösterreich erhält aufgrund der Verteilung anhand des Bevölkerungsschlüssels davon 17 Kassenstellen.** Die Entscheidungen, wo diese 17 Stellen konkret angesiedelt werden bzw. auch für welche Fächer, liegen ausschließlich bei der ÖGK. Für allfällige Rückfragen ersuchen wir Sie daher um Kontaktaufnahme mit Frau Reitingner (+43 50766-14 104 838) oder Frau Strummer (+43 50766-14 104 811) von der ÖGK – Landesstelle OÖ.
- Die konkrete Auswahl der Vertragsärzte anhand der bestehenden Reihungskriterien bzw. „Punktliste“ erfolgt auch bei diesen „Bundesstellen“ im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ.
- Laut gesetzlicher Regelung können diese zusätzlichen hundert Vertragsarztstellen grundsätzlich für folgende Fachgebiete vergeben werden: Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin für Erwachsene, Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Augenheilkunde und Optometrie, Haut- und Geschlechtskrankheiten und Innere Medizin.
- Unseren Informationen zufolge wird eine **Ausschreibung dieser 17 „Bundesstellen“** von der ÖGK noch im Februar 2024 gewünscht, wobei noch kein genaues Datum bekannt ist. Die Ausschreibung selbst wird die Ärztekammer für Oberösterreich im Auftrag der ÖGK unter <https://www.aekoee.at/ausschreibungen#/ausschreibung> vornehmen.

3. Startbonus als Förderung bis zu Euro 100.000,-- für bestimmte Fächer

- Die Sozialversicherungsträger können nach einheitlichen Vorgaben des Dachverbandes, die am 1. Februar 2024 veröffentlicht wurden, einen Startbonus **bis höchstens** Euro 100.000,- vergeben und zwar **ENTWEDER**
 - **1. für eine dieser zusätzlich geschaffenen Vertragsstellen („Bundesstelle“)** ODER
 - **2. für im jetzigen Stellenplan befindliche Vertragsarztstellen, die bereits zweimal erfolglos ausgeschrieben wurden, sofern es sich um eine Stelle der Fachgebiete Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde oder Frauenheilkunde und Geburtshilfe handelt.**

Für die Gewährung des Startbonus muss der im Einzel- bzw. Primärversorgungsvertrag angeführte Vertragsbeginn zwischen 1. August 2023 und 31. Dezember 2024 liegen.

- Eine weitere Voraussetzung für die Gewährung eines Startbonus ist ein **Kündigungsverzicht für fünf Jahre ab Vertragsabschluss**. Bei früherer Kündigung ist diese Förderung abhängig von der Laufzeit des Vertragsverhältnisses aliquot zurückzuerstatten.

Die Entscheidungen, welche Stellen in welcher Höhe mit einem Startbonus gefördert werden, liegen im **alleinigen** Entscheidungs- und **Verantwortungsbereich des**

Sozialversicherungsträgers, weswegen Ihnen die Ansprechpartner der ÖGK – Landesstelle OÖ, konkret Frau Reitingner (+43 50766-14 104 838) oder Frau Strummer (+43 50766-14 104 811), für weitere Informationen zur Verfügung stehen.

4. Vertragspartnerrecht

- Die **Kündigung des Einzelvertrages** mit einer Kasse bedeutet automatisch die Kündigung aller Kassenverträge. Um zusätzliche Versorgungslücken zu verhindern, soll das Vertragsverhältnis mit den von der Kündigung nicht betroffenen Krankenversicherungsträgern erst zu jenem Zeitpunkt erlöschen, zu dem die Nachbesetzung der gekündigten Planstelle erfolgt.
- Bei **Gruppenpraxen** sind vermehrt Tagesrandzeiten sowie Wochenend- bzw. Nachtzeiten abzudecken.
- Der Inhalt des Gesamtvertrages ist auch Inhalt des Einzelvertrages, allerdings können ohne Zustimmung der Ärztekammer ergänzende oder abweichende Regelungen hinsichtlich Art, Umfang und Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit, insbesondere Regelungen betreffend die Festlegung der Öffnungszeiten, betreffend Spitalsambulanzen entlastende Leistungen oder betreffend dislozierte Standorte, von der Krankenkasse mit dem Arzt getroffen werden. Werden derartige Verträge geschlossen, entfällt allerdings der kollektive Schutz, weil abgeschlossene Verträge bindend sind, auch wenn sie nachteilig sind.
- **Im gesamtvertragslosen Zustand sind Sondereinzelverträge nur mit Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten** ohne Zustimmung der Ärztekammer möglich.

5. Bundesweit einheitliche Leistungskataloge für alle Krankenversicherungsträger

Das Zielsteuerungsgesetz sieht die Herstellung einheitlicher Leistungskataloge (=ELK) je Träger vor. Während die BVAEB und die SVS bereits je einen einheitlichen Leistungskatalog umgesetzt haben, steht das für die ÖGK noch aus. Die Umsetzung des ELK für die ÖGK impliziert den Wegfall der oberösterreichischen Honorarordnung für die ÖGK-OÖ und deren Ersatz durch ein neues österreichweites harmonisiertes Leistungssystem. Wie der ELK inhaltlich gestaltet werden wird, ist noch nicht bekannt. Klar ist, dass sich auch die Kostenerstattung für wahlärztliche Leistungen an die Patientinnen und Patienten an den Vorgaben der ÖGK und des dann neuen ELK orientieren wird. Bis zum Abschluss eines derartigen einheitlichen Gesamtvertrages bleibt der regionale OÖ Gesamtvertrag mit der ÖGK weiter aufrecht und ist bis zu diesem Zeitpunkt auch die Weiterentwicklung sowie der Abschluss neuer Honorarvereinbarungen durch die Ärztekammer für OÖ zulässig.

6. Digitalisierung

- Es gilt der Grundsatz „digital vor ambulant vor stationär“. Der **Ausbau digitaler Services** wird auch im niedergelassenen Bereich vorangetrieben.
- Dieser Grundsatz wird bei der **Patientenlenkung sowie bei Datenlieferung** verstärkt forciert.
- ELGA-Speicherverpflichtung für Labor und Radiologie ab 1.7.2025.
- Bei **Verstößen gegen ELGA-Verpflichtungen** sind nun **Verwaltungsstrafen** vorgesehen.

7. Qualitätssicherung / Ordinationsevaluierung

- Es besteht weiterhin die Evaluierungspflicht für die Ordinationen, Gruppenpraxen und Primärversorgungseinrichtungen.
- Die regulativen und organisatorischen Kompetenzen wurden mit Ausnahme der Selbstevaluierung an das Bundesministerium für Gesundheit und an das **Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen**, (=BIQG) übertragen.
- Der Wissenschaftliche Beirat und der Evaluierungsbeirat als Beratungsgremien werden beibehalten, die Leitung aber von der Österreichischen Ärztekammer an das Gesundheitsministerium übertragen.
- Die operative Umsetzung ist künftig aufgespalten zwischen ÖQMed (Selbstevaluierung) und dem BIQG (Kontrolle, Mängelbehebung, Meldungen, Zertifikat).
- Die QS-Verordnung des Bundesministers mit den inhaltlichen Kriterien und dem detaillierten Verfahren für die nächste Evaluierung ist noch ausständig.
- Die Hygiene-Verordnung als wichtiger inhaltlicher Teil der Ordinationsevaluierung bleibt in der Kompetenz der Österreichischen Ärztekammer.

Für die Ordinationen wird sich der Ablauf kaum ändern, da die Verfahrensschritte gleich bleiben. Die konkreten Änderungen werden erst durch die QS-VO 2024 festgelegt.

- Selbstevaluierung mittels online Evaluierungsfragebogen der ÖQMed. Hier wird es v.a. darauf ankommen, ob die inhaltlichen Kriterien gleich bleiben oder in der QS-VO 2024 wesentlich verschärft werden. Die Österreichische Ärztekammer hat bei der QS-VO 2024 nur ein Mitwirkungsrecht über den Wissenschaftlichen Beirat und eine Möglichkeit zur Stellungnahme durch die Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte.
- Mängelbehebung wird vom BIQG abgewickelt.
- Die Vor-Ort-Kontrollen bei 10% der Ordinationen werden durch das BIQG organisiert. Wie die Vor-Ort-Kontrollen künftig ablaufen, wird maßgeblich von der Auswahl der QS-Beauftragten abhängen, d.h. ob die Kontrollen weiterhin durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erfolgen oder ob das Ministerium dies ändert. Die ÖQMed hat jedenfalls ein gesetzlich eingeräumtes Recht zur Teilnahme an Vor-Ort-Kontrollen.
- Zertifikatsausstellung oder Konsequenzen bei Nichterfüllung: inhaltliche Regelung wie bisher, aber Umsetzung durch das BIQG.
- Ob und wie die Kosten, welche bisher über eine Umlage der Ordinationen finanziert wurden, neu verteilt werden, ist offen.

8. Ambulatorien

- Eigene Einrichtungen der Sozialversicherungen werden Vertragsärzten sowie -gruppenpraxen gleichgestellt. Allerdings wurde eine Bestimmung aufgenommen, wonach beim Abschluss von solchen Verträgen durch die Krankenversicherungsträger sicher zu stellen ist, dass durch den Vertragsabschluss die **Vielfalt der Leistungserbringer gewahrt werden muss** und keine die Versorgungssituation beherrschende Eigentümerstruktur entsteht.
- Die **Ärztekammer hat keine Parteistellung** und keine Anfechtungsmöglichkeit mehr im Bedarfsprüfungsverfahren von Ambulatorien.

9. Strukturierte und codierte elektronische Diagnose- und Leistungsdokumentation

Das Zielsteuerungsgesetz sieht eine unabhängige und sektorenübergreifende Qualitätssicherung vor. Als Voraussetzung dafür wird eine **verpflichtende einheitliche Dokumentation von Diagnosen** im gesamten niedergelassenen Bereich erachtet. § 51 Abs 1a ÄrzteG verpflichtet seit 1.1.2024 alle Ärzt:innen, für die Diagnosedokumentation eine noch zu verordnende Klassifikation anzuwenden, deren genaue Form vom Gesundheitsminister bekanntgemacht werden wird. **Die verpflichtende einheitliche Diagnosedokumentation gilt damit auch für Nichtvertragsärzt:innen.** Diese Regelung ist mit 1.1.2024 in Kraft getreten, wird jedoch erst relevant, wenn seitens des Gesundheitsministers die Klassifikation verordnet wurde und die Ordinationen diese anwenden können.

Die Regelung bedeutet nicht, dass Diagnosen nur auf Honorarnoten in der neuen Form anzubringen sind. Es geht um die Diagnose- und Leistungserfassung in der ärztlichen Dokumentation.

10. Die Gesundheitsreform betrifft auch Nicht-Vertragsärzt:innen in folgenden Bereichen:

10.1 Pflicht zur Verwendung des e-Card-Systems, von ELGA (eMedikation, eBefund und elmpfpass) und Ausnahmen

Berufsrechtlich gilt ab 1.1.2026 die Pflicht zur

- Verwendung des e-Card-Systems,
- Verwendung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) und
- zur Anbindung und Verwendung des elmpfpasses

durch jede:n freiberuflich tätige:n Ärzt:in (§ 49 Abs 7 ÄrzteG). Hierbei macht es daher keinen Unterschied, ob sich ein Arzt/eine Ärztin als Wahl- oder Privatarzt bezeichnet.

Das ÄrzteG sieht eine grundsätzliche Verpflichtung zur Erhebung (§ 2 Z 9 GTelG) und Speicherung von ELGA-Gesundheitsdaten (Medikationsdaten => e-Medikation) vor.

Weiters ist die Dokumentation von Impfungen im **elmpfpass** vorgesehen. Der elmpfpass ist eine eHealth-Anwendung. Werden in einer Ordination keine Impfungen angeboten, die verpflichtend im elmpfpass zu dokumentieren sind, kann auf die Verwendung dieses Tools verzichtet werden. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass eine Impfung, deren verpflichtende Eintragung im elmpfpass vorgeschrieben ist, nicht durchgeführt werden darf, wenn keine Dokumentation im elmpfpass erfolgt (z.B. COVID-19-Impfung).

§ 25 Gesundheitstelematikgesetz sieht ab 1.1.2026 für das Unterlassen der Speicherung der verpflichtenden ELGA-Gesundheitsdaten und das Unterlassen der Eintragung der Impfungen in den elmpfpass eine Verwaltungsstrafe von bis zu € 3.630,00 je Verstoß vor. Sofern aus der Tat eine schwerwiegende Gefahr für Leib, Leben oder die Gesundheit einer Person entstanden ist, beträgt das Höchststrafmaß bis zu € 21.800,00.

Gem § 31a Abs 7a ASVG sind Wahlärzt:innen und Wahlarzt-Gruppenpraxen verpflichtet, die **e-card-Infrastruktur** für Zwecke der Sozialversicherung zu verwenden, und eine Identitätsprüfung der/des Patient:in durchzuführen sowie die rechtmäßige Verwendung der e-Card zu prüfen. Diese Bestimmung tritt ebenfalls mit 1.1.2026 in Kraft. e-Card-Anwendungen der Sozialversicherung sind zB die Versicherungsdatenabfrage, das eRezept

und das ABS-Tool, eKOS, die eAU-Meldung, wobei Nichtvertragsärzten derzeit nur das eRezept mit dem ABS-Tool und eKOS freigeschaltet ist.

§ 135 Abs 3 ASVG beinhaltet als Pendant dazu eine Vorlagepflicht der e-Card für die Patient:innen.

Ausnahmen:

Von diesen berufsrechtlichen Pflichten sind bestimmte Ärzt:innengruppen ausgenommen und zwar

- Gutachter:innen,
- Arbeitsmediziner:innen
- Wohnsitzärzt:innen, jedoch nicht Praxisvertreter:innen.

Ausnahmeregelung wegen Unverhältnismäßigkeit

Von der Pflicht zur Verwendung des e-Card-Systems, der ELGA und des elmpfpass sind Ärzt:innen ausgenommen, für die der damit verbundene Aufwand in organisatorischer und finanzieller Hinsicht unverhältnismäßig ist. Bei der Beurteilung der Verhältnismäßigkeit ist nach den Gesetzesmaterialien der Kostenaufwand für die Investitionen (e-Card, ELGA-System) zu berücksichtigen. Unverhältnismäßigkeit liegt nach den Gesetzesmaterialien vor, wenn insgesamt der damit zusammenhängende Mehraufwand (monatliche laufende Kosten etwa für Wartung in Arztsoftware, Leitungskosten, Investitionskosten, organisatorische Mehrkosten etc.) nicht in Relation mit den Einnahmen und dem zeitlichen Umfang der Wahlarztstätigkeit steht. Es ist sohin eine wirtschaftliche Betrachtung anzustellen. Nach einer Kostenschätzung der zu tätigen Investitionen ist abzuwägen, ob die Investitionen und laufenden Mehrkosten in einem angemessenen Verhältnis zu den Einnahmen stehen. Dabei ist in wirtschaftlicher Hinsicht wohl auch die berufliche Perspektive, etwa die geplante Einstellung der ärztlichen Tätigkeit oder die beabsichtigte Arbeitszeit-Reduktion wegen bevorstehender Pensionierung zu berücksichtigen. Die Gesetzesmaterialien weisen aber auch darauf hin, dass eine differenzierte Beurteilung betreffend die einzelnen Anwendungen vorzunehmen ist, zumal sich nicht automatisch ableiten lässt, dass im Fall der Unverhältnismäßigkeit einer Anwendung (z.B. der Anschaffung und Verwendung des e-Card-Systems) auch eine andere Maßnahme (etwa die Speicherung im elmpfpass) davon umfasst ist. Bei Unklarheit darüber, ob der sich ergebende Aufwand verhältnismäßig ist oder nicht, kann am ehesten der Steuerberater nach Vorlage einer Kostenaufstellung Auskunft geben. Die Abwägung und Entscheidung, ob eine Unverhältnismäßigkeit vorliegt, hat nach der derzeitigen Rechtslage jeder Arzt/jede Ärztin selbst zu treffen. Der Ärztekammer obliegt weder eine Entscheidung darüber, ob eine Unverhältnismäßigkeit vorliegt noch ist uns Ihre Entscheidung darüber bekannt zu geben. Es können daher auch keine individuellen Empfehlungen gegeben werden.

Informationspflicht an Patient:innen

Wenn das e-Card-System oder ELGA nicht verwendet wird, sind die Patient:innen darüber vor Durchführung der ärztlichen Leistungen jedenfalls zu informieren (§ 49 Abs 7 ÄrzteG).

10.2 Pflicht zur elektronischen Honorarnoten-Übermittlung an die ÖGK

Nicht-Vertragsärzt:innen sind verpflichtet, bezahlte Honorarnoten ihrer Patient:innen, für die eine Kostenerstattung, ein Kostenersatz oder ein Kostenzuschuss an die/den Patient:in

geleistet werden kann, elektronisch an die ÖGK zu übermitteln. Das gilt für alle Zahlungsarten. Für die Übermittlung ist die Zustimmung der/des Patient:in notwendig. Die Honorarnoten müssen für die elektronische Übermittlung einem von der Sozialversicherung vorgegebenen Datensatz entsprechen. Der zu verwendende Datensatz ist noch nicht bekannt gegeben worden. Wenn der Datensatz bekannt ist, können Arztsoftware-Anbieter die notwendigen Arbeiten für die Implementierung in die Arztsoftwaresysteme anbieten und durchführen.

Ausnahme von der elektronischen Übermittlungspflicht

Von der elektronischen Übermittlungspflicht der strukturierten Honorarnoten sind gemäß § 32b Abs 2 letzter Satz ASVG Nicht-Vertragsärzt:innen ausgenommen, denen dies nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand möglich ist. Ob das zutrifft, hat jede:r Ärzt:in eigenverantwortlich zu beurteilen. Die Kriterien dafür, ob der Aufwand unverhältnismäßig ist, sind wie oben zu beurteilen.

Geltungsbeginn

Die Bestimmung gilt für alle nicht-vertragsärztlichen Honorarnoten, für die eine Kostenerstattung, ein Kostenersatz oder ein Kostenzuschuss an die/den Patient:in geleistet werden kann, die für ab dem 1.7.2024 erbrachte Leistungen ausgestellt wurden.

Kein Wegfall des Kostenerstattungsanspruches der Patient:innen

Die Übermittlungspflicht der Honorarnoten an die ÖGK durch die/den Nicht-Vertragsärzt:in tangiert den Anspruch der/des Patient:in auf eine Kostenerstattung gem. § 131 ASVG derzeit nicht. Das gilt den Gesetzesmaterialien zufolge sowohl in jenen Fällen, in denen die/der Patient:in keine Zustimmung zur elektronischen Übermittlung der Honorarnote erteilt hat als auch in jenen Fällen, in denen keine Übermittlung durch die/den Ärzt:in erfolgt ist.

10.3 Keine generelle Pflicht zur Verwendung des eRezepts

Die oben dargestellten Pflichten beinhalten keine generelle Pflicht zur Ausstellung elektronischer Rezepte durch Wahlärzt:innen. Nur wenn eine Rezepturbefugnis bei der Krankenkasse beantragt wird, sind verpflichtend eRezepte auszustellen und ist dafür auch das ABS-Tool zu verwenden. Damit eRezept verwendet werden kann, ist das e-Card-System technische Voraussetzung.