

Kapitel 1: Gesundheitsreform 2024 – Ein Überblick

Birgit Schrattbauer/Karl Stöger

1. Ausgangslage
2. Eckpunkte der Gesundheitsreform 2024
 - 2.1 Zentrale Zielsetzungen und Handlungsfelder
 - 2.1.1 Verbesserung der psychischen Versorgung
 - 2.1.2 Qualitätssicherung
 - 2.1.3 Steigerung der Digitalisierung
 - 2.1.4 Sicherung einer bedarfsgerechten Arzneimittelversorgung
 - 2.1.5 Fortführung und Weiterentwicklung des partnerschaftlichen Zielsteuerungssystems
 - 2.2 VUG 2024 – Strukturelle Änderungen im extramuralen Bereich
 - 2.2.1 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz
 - 2.2.1.1 Ziele und Prioritäten für die Planung im ambulanten Sektor
 - 2.2.1.2 Notwendiger Inhalt der Planungen
 - 2.2.1.3 Einseitige Erlassung von Versorgungsplänen durch die Sozialversicherung
 - 2.2.2 KAKuG – Neuerungen im Zusammenhang mit der Bedarfsprüfung
 - 2.2.2.1 Keine Parteistellung der beruflichen Selbstverwaltungskörper mehr
 - 2.2.2.2 Klarstellung der Anhörungsrechte der Sozialversicherung bei Entfall der Bedarfsprüfung
 - 2.2.2.3 Die Planungsverordnungen bleiben
 - 2.2.2.4 Neuregelung der Vergleichsmenge und Neufassung der Kriterien bei der Bedarfsprüfung für selbständige Ambulatorien
 - 2.2.2.5 Marktzulassung der selbständigen Ambulatorien der Krankenversicherungsträger
 - 2.2.3 Sozialversicherungsrecht
 - 2.2.3.1 Höhere Verbindlichkeit der Planungen im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit
 - 2.2.3.2 Ärztliche Stellenplanung und Invertragnahme von Vertragsärzt:innen
 - 2.2.3.3 Weitere Änderungen im ärztlichen Vertragspartnerrecht
 - 2.2.3.4 Eigene Einrichtungen der Krankenversicherungsträger
 - 2.2.3.5 Änderungen im Bereich Wahlärzt:innen
 - 2.2.4 Ärztliches Berufsrecht – Änderungen bei der Zulassung von Gruppenpraxen
3. Zusammenfassung

1. Ausgangslage

Österreich verfügt über ein nach wie vor **sehr leistungsstarkes Gesundheitssystem**, das sich, auch im internationalen Vergleich, durch zahlreiche Vorzüge auszeichnet. Zu erwähnen ist etwa der hohe Deckungsgrad der sozialen KV: Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung im Rahmen der gesetzlichen KV ist mit einer Abdeckung von 99,9% nahezu lückenlos gewährleistet. Österreich gehört zudem zu den EU-Ländern mit den geringsten Werten für einen aufgrund von Kosten, Entfernungen oder Wartezeiten ungedeckten Bedarf an medizinischer Versorgung, und Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung aufgrund des sozioökonomischen Status kommen hierzulande vergleichsweise selten vor.¹⁾

Dennoch ist auch in Österreich der Reformdruck groß, wie nicht zuletzt die beachtliche Zahl an Gesundheitsreformen der letzten 20 Jahre verdeutlicht. Dabei stehen weniger Mängel im Leistungsrecht im engeren Sinne im Fokus, vielmehr liegt der Grund für den wiederkehrenden Reformbedarf, allgemein gesprochen, in gewissen strukturellen Besonderheiten des österreichischen Gesundheitssystems, die sich nachteilig auf die Effizienz der Gesundheitsversorgung auswirken. Das Kernproblem liegt in der bislang mangels politischen Konsenses **nicht überwindbaren kompetenzrechtlichen Aufspaltung** der Zuständigkeiten für das Gesundheitswesen in einen stationären und einen ambulanten Sektor mit eigenen Gesetzmäßigkeiten und vor allem unterschiedlichen Finanzierungsstrukturen.²⁾ Das erschwert eine gesamthafte Planung und behindert die wirkungsvolle Steuerung der Patient:innen zum vielbeschworenen „best point of service“, also dem sowohl therapeutisch als auch gesundheitsökonomisch sinnvollsten Ort der Behandlung. Das wichtigste Anliegen sämtlicher Gesundheitsreformen ab dem Jahr 2005 betraf deshalb die Etablierung eines tragfähigen Systems einer sektorenübergreifenden Gesundheitsplanung und Gesundheitssteuerung.³⁾

Entstanden ist dabei schrittweise ein mittlerweile hochkomplexes Netz aus ineinandergreifenden und aufeinander abgestimmten Planungsinstrumenten. Die gesundheitspolitischen Zielsetzungen, die zentralen Planungsgrundsätze sowie die organisatorischen, institutionellen und finanziellen Rahmenbedingungen der integrativen Gesundheitsplanung und -steuerung werden im Rahmen zweier jeweils befristet zwischen Bund und Ländern abgeschlossener Art 15a-

¹⁾ Vgl. *OECD/European Observatory on Health Systems and Policies* (Hrsg.), *State of Health in the EU – Österreich: Länderprofil Gesundheit 2021*, 14f, abrufbar unter [health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_at_german.pdf](https://ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_at_german.pdf) (abgefragt 24. 6. 2025), wonach für den Erhebungszeitraum 2019 nur 0,3% der österreichischen Bevölkerung einen ungedeckten Versorgungsbedarf gemeldet haben, und auch der etwas höhere Wert im untersten Einkommensquintil (0,7%) deutlich unter dem EU-Schnitt von 3,1% lag.

²⁾ Näher zur Problematik *Mosler*, DRdA 2022, 294ff; *Stöger* in *Enuschat ua*, Planung im Öffentlichen Wirtschaftsrecht 67.

³⁾ Ausführlich dazu und zum Folgenden *Schrattbauer* in *Mosler*, Vertragspartnerrecht 119ff.

Vereinbarungen zum Gesundheitswesen⁴⁾ festgelegt; im Rahmen der auf diesen Vereinbarungen beruhenden privatrechtlichen Zielsteuerungsverträge auf Bundes- und auf Landesebene sowie über die Einbindung in die ebenfalls sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene eingerichteten **Zielsteuerungskommissionen** wird auch die SV in die Planung einbezogen. Die wichtigste Aufgabe dieser Zielsteuerungskommissionen besteht in der **Erstellung der Strukturpläne für das Gesundheitswesen**: Der in der Bundes-Zielsteuerungskommission von Bund, Ländern und SV zu beschließende Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) gibt dabei den Rahmen für die von den Landes-Zielsteuerungskommissionen im Einvernehmen zwischen Land und SV zu erstellenden Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) vor, die die konkrete Versorgungsplanung auf Landesebene beinhalten.

Dem **Problem der fehlenden Rechtsverbindlichkeit** der Strukturpläne⁵⁾ begegnete der Gesetzgeber im Rahmen der Gesundheitsreform 2017⁶⁾ mit der Schaffung einer Möglichkeit zur Verbindlicherklärung von Teilen des ÖSG und der RSG durch die eigens und allein zu diesem Zweck gegründete Gesundheitsplanungs GmbH.⁷⁾ Die Zulässigkeit dieser Konstruktion war in der Lehre äußerst umstritten⁸⁾ und landete schließlich vor dem VfGH, der sie jedoch weitestgehend bestätigte.⁹⁾ Weder zählt die Gesundheitsplanung dem VfGH zufolge zum Kreis der staatlichen Kernaufgaben, die nicht an einen privaten Rechtsträger ausgelagert werden dürfen, noch teilt er die Bedenken hinsichtlich der verfassungsrechtlichen Zulässigkeit von kompetenzübergreifenden „Mischverordnungen“. Auch die strikte Bindung der Gesundheitsplanungs GmbH an die Anträge der – ihrerseits nicht weisungsgebundenen, aber, wie der VfGH hervorhebt, durch die letztverantwortlichen obersten Verwaltungsorgane beherrschten – Zielsteuerungskommissionen sowie den fehlenden inhaltlichen Entscheidungsspielraum der verordnungserlassenden GmbH sieht der VfGH als verfassungskonform an, es verstößt seines Erachtens insb nicht gegen das aus Art 20 Abs 1 B-VG ableitbare Gebot einer ausreichenden Ingerenz der obersten Vollziehungsorgane bei Beleihung eines privatrechtsförmigen Rechtsträgers.¹⁰⁾ Den Vorwurf einer Verletzung der Erwerbsfreiheit durch die in § 3a Abs 3a (nun § 3a Abs 4 Z 1)

⁴⁾ Aktuell sind das die Art 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl I 2025/2, sowie die Art 15a-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl I 2025/1.

⁵⁾ Vgl dazu etwa (jeweils vor dem VUG 2017) mwN Schratlbauer, SozSi 2016, 168; Scholz, Marktzugang 52 ff.

⁶⁾ BGBl I 2017/26.

⁷⁾ Vgl § 23 G-ZG.

⁸⁾ Vgl für eine Auswahl der vertretenen Positionen, jeweils mwN Baumgartner, ZfV 2018/22; M. Friedrich, SPWR 2019, 25; Kopetzki/Perthold-Stoitzner, RdM 2018/2; Schratlbauer, SozSi 2020, 56; Stöger in Baumgartner, Jahrbuch Öffentliches Recht 2018, 11.

⁹⁾ VfGH 30. 6. 2022, G 334 – 341/2021 ua; zu diesem Erk – unterschiedlich krit – zB Wiederin, RdM 2023/2; Stöger in FS Merli 303; Bußjäger, ZfG 2023, 10; Schratlbauer in Mosler, Vertragspartnerrecht 127 ff.

¹⁰⁾ Krit insb zu den beiden letztgenannten Punkten Wiederin, RdM 2023/13 (57 ff).

KAKuG vorgesehene strikte Bindung der krankenanstaltenrechtlichen Bedarfsprüfung für selbständige Ambulatorien an die ÖSG- und RSG-Verordnungen hat der VfGH schließlich überzeugend mit dem Argument verworfen, dass es sich dabei um eine vorweggenommene **abstrakt-generelle Bedarfsprüfung** handelt, die keinen prinzipiellen verfassungsrechtlichen Bedenken begegnet. Beanstandet hat der VfGH lediglich die mangelnde Zustimmung der Länder zur Beleihung der Gesundheitsplanungs GmbH mit den in mittelbarer Bundesverwaltung zu vollziehenden Angelegenheiten des Gesundheitswesens sowie die über die Grenzen einer zulässigen grundsatzgesetzlichen Anordnung hinausgehende Verpflichtung der Landesgesetzgebungen zur Beleihung der Gesundheitsplanungs GmbH mit der Verbindlicherklärung jener Teile des ÖSG und der RSG, die sich auf Angelegenheiten des Art 12 B-VG beziehen. (Nur) Diese Mängel führten zur Aufhebung der einschlägigen Bestimmungen des G-ZG mit Fristsetzung Ende 2023 und wurden mit der G-ZG-Novelle 2024¹¹⁾ behoben.

Wenngleich der VfGH also im Großen und Ganzen die Zulässigkeit des eingeschlagenen Weges zur Realisierung einer sektorenübergreifenden Gesundheitsplanung bestätigt hat, sind damit bei weitem nicht alle Strukturprobleme des österreichischen Gesundheitswesens gelöst. So konnte insb das System einer verbindlichen Angebotsplanung im niedergelassenen Bereich bis zur Gesundheitsreform 2024 nicht in gleicher Weise wie im Bereich der Krankenanstalten greifen, da die Planung der Vertragsarztstellen in der Hand der – dabei nicht strikt an die Planungsvorgaben der Strukturpläne gebundenen – Gesamtvertragsparteien lag. Der VfGH hat dem RSG im Hinblick auf die ärztliche Stellenplanung jedenfalls keine besondere Bedeutung zugemessen und ist davon ausgegangen, dass der RSG alleine die „Richtigkeitsvermutung“ eines älteren Stellenplanes nicht entkräften kann.¹²⁾ Zwar erging diese Judikatur noch zur Rechtslage vor der Gesundheitsreform 2017, es blieb aber auch danach das Verhältnis zwischen den Planungsvorgaben der RSG und den gesamtvertraglichen Stellenplänen unklar.¹³⁾ Vor dem Hintergrund der großen Bedeutung der niedergelassenen Ärzt:innen für die ambulante Gesundheitsversorgung war insofern die Effizienz der gesamthaften Strukturplanung in Bezug auf den ambulanten Sektor des Gesundheitswesens erheblich in Frage gestellt.

Überlagert werden diese Herausforderungen in der Gesundheitsplanung durch massive **faktische Probleme in der vertragsärztlichen Versorgung** der Versicherten: Immer weniger Ärzt:innen entscheiden sich für eine Mitwirkung im Kassenarztsystem, viele ziehen eine Wahlärztztätigkeit vor; Kassenstellen

¹¹⁾ BGBl I 2024/3.

¹²⁾ VfGH Ra 2016/08/0114 DRdA 2017/36 (Mosler) = RdM 2017/96 (Schrattbauer) = JAS 2017, 419 (L. Mayer).

¹³⁾ In den vertragspartnerrechtlichen Bestimmungen war weiterhin nur von der Berücksichtigung der bzw der Bedachtnahme auf die Strukturpläne die Rede; vgl insb § 84a Abs 1 sowie § 342 Abs 1 Z 1 ASVG idF vor BGBl I 2023/191; näher zum Verhältnis zwischen den Planungsvorgaben der Strukturpläne und den gesamtvertraglichen Stellenplänen vor Inkrafttreten der Gesundheitsreform 2024 Mosler, DRdA 2022, 294 (299 ff); Schrattbauer in Mosler, Vertragspartnerrecht 137 ff.

bleiben mancherorts jahrelang unbesetzt. Dies zieht nicht nur die Gefahr einer Überlastung der verbleibenden Kassenärzt:innen und das Problem langer Wartezeiten für die Kassenpatient:innen nach sich, sondern führt zudem zu Ausweichbewegungen ua in Richtung der Spitalsambulanzen und läuft so auch den Bemühungen zur Umgestaltung der nach wie vor sehr krankenhauszentrierten Organisation der Gesundheitsdienstleistungen in Österreich iSe Verlagerung von Leistungen in den ökonomisch meist günstigeren niedergelassenen Bereich zuwider.

Weitere „Dauerbaustellen“ des Gesundheitswesens betreffen ua die **mangelhafte psychosoziale Versorgung** der Versicherten im Falle psychischer Erkrankungen sowie **Herausforderungen in der Medikamentenversorgung**, die ua mit der stark steigenden Kostenbelastung insb durch innovative und extrem teure Arzneimittel, wie sie zB in der Krebstherapie eingesetzt werden, zusammenhängen. Auch hier schafft die mangelnde „Finanzierung aus einer Hand“ große Probleme, wie eine Reihe von – bis zum OGH betriebenen – Rechtsstreitigkeiten um die Verabreichung eines teuren Medikaments gegen eine seltene Erkrankung („Spinraza-Fälle“¹⁴) zeigt, bei dem manche Landeskrankenanstalten auch ältere Jugendliche behandelten, während andere dies aus medizinischen Gründen (zu geringe Erfolgsaussichten) verweigerten. Der OGH hat in diesem Zusammenhang zwar klargestellt, dass dann, wenn nach dem Stand der Wissenschaft iSd § 8 Abs 2 KAKuG nur eine geeignete Behandlungsmethode verfügbar sei, diese unabhängig von den (hohen) Kosten in geeigneten Krankenanstalten mit Aufnahmepflicht auch zur Verfügung gestellt werden muss. Mit anderen Worten: Das Gebot der Behandlung nach dem Stand der Wissenschaft gilt österreichweit (unter Berücksichtigung des Leistungsangebots einer Krankenanstalt) einheitlich, eine Bedachtnahme auf finanzielle Erwägungen ist nur dort möglich, wo mehrere medizinisch gleichwertige Behandlungen möglich wären; der Ort der Behandlung soll nicht über die Art der Behandlung entscheiden. Das Kernproblem, nämlich die **mangelnde Abstimmung** zwischen Bundesländern bzw Krankenanstalten zur Sicherstellung eines einheitlichen Arzneimitteleinsatzes, blieb aber vorerst weiter ungelöst.

Um den hier nur sehr grob skizzierten Problemlagen entgegenzusteuern, wurden mit Ministerratsbeschluss vom 25. 7. 2023 unter dem Titel „*Sofortmaßnahmen Gesundheitsreformpaket – Kassenstellen, Psychosoziale Versorgung, Prävention und Digitalisierung*“ konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Aussicht genommen. Das Ziel einer umfassenden Gesundheitsreform stand zudem im Mittelpunkt der Finanzausgleichsverhandlungen 2023, in deren Rahmen auch die beiden Art 15a-Vereinbarungen zum Gesundheitswesen neu zu verhandeln waren. Realisiert wurden die zu deren Umsetzung erforderlichen bundesrechtlichen Änderungen im Rah-

¹⁴) Vgl insb (aus Sicht der Klagevertreter) *Prutsch/Damitner*, RdM 2021/2, 2; der OGH war mit dem Thema in zwei Fällen befasst, einerseits in der E vom 29. 4. 2021, 2 Ob 49/21 RdM 2021/329 (*Stöger*) und andererseits in der E vom 25. 7. 2023, 2 Ob 125/23f DRdA 2024/28 (*Prinzinger*); zum Ganzen zB auch *Ernst*, RdM 2021/244.

men des **Vereinbarungsumsetzungsgesetzes 2024** (VUG 2024),¹⁵⁾ einem Sammelgesetz, mit dem insgesamt 13 Gesetze novelliert wurden. Im weiteren Sinne ebenfalls der Gesundheitsreform 2024 zuzurechnende Maßnahmen finden sich zudem in Art 27 bis 31 BudgetbegleitG 2024.¹⁶⁾

2. Eckpunkte der Gesundheitsreform 2024

2.1 Zentrale Zielsetzungen und Handlungsfelder

Die mit der Gesundheitsreform 2024 verfolgten Zielsetzungen sind breit gefächert und betreffen höchst unterschiedliche Bereiche. Eine vollständige Auflistung und Beschreibung sämtlicher Ziele und Maßnahmen ist im gegebenen Rahmen weder möglich noch sinnvoll. Es sollen vielmehr im Folgenden einige besonders wichtig erscheinende Schwerpunkte der Reform herausgegriffen werden.

2.1.1 Verbesserung der psychischen Versorgung

Zur Verbesserung der Versorgungssituation von Personen mit psychischen Erkrankungen wurden mit der Novellierung des ASVG, GSVG, BSVG und B-KUVG durch das BudgetbegleitG 2024 mit Wirksamkeit ab 1. 1. 2024 auch **klinisch-psychologische Behandlungen durch klinische Psycholog:innen der ärztlichen Hilfe gleichgestellt**,¹⁷⁾ während zuvor lediglich diagnostische Leistungen dieser Berufsgruppe (sowie psychotherapeutische Behandlungen durch ausgebildete Psychotherapeut:innen) gleichgestellt waren. Wie schon zuvor bei psychotherapeutischen Behandlungen ist zwar keine ärztliche Zuweisung, jedoch eine nachweisliche ärztliche Untersuchung vor oder nach der ersten, jedenfalls aber vor der zweiten Behandlung Voraussetzung für die Inanspruchnahme einer klinisch-psychologischen Behandlung auf Kosten der KV. Eine **Kostenübernahme** durch die KV kommt nach den allgemeinen Regelungen zudem nur dann in Betracht, wenn es sich um eine Krankenbehandlung iSd KV-Rechts handelt, also eine behandlungsbedürftige Krankheit iSd § 120 Z 1 ASVG vorliegt. Die schon bislang im Bereich der Psychotherapie diskutierten **Abgrenzungsprobleme** zwischen krankheitswertigen Gesundheitsstörungen und noch nicht das Ausmaß einer behandlungsbedürftigen Regelwidrigkeit erreichenden Beeinträchtigungen des psychischen Wohlbefindens¹⁸⁾ stellen sich auch bei klinisch-psychologischen Behandlungen. Deren Aufwertung zu einer sozialversicherungsrechtlich der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistung wirft zudem neue Fragen in der Abgrenzung zu den schon bisher gleichgestellten psychotherapeutischen Behandlungen auf, so etwa hinsichtlich der Gleichwertigkeit der beiden Behandlungsmethoden in Bezug auf ihre Eignung zur Behandlung psychischer Erkrankungen, die für die Auswahl der konkreten Therapie von Bedeutung ist:

¹⁵⁾ BGBl I 2023/191.

¹⁶⁾ BGBl I 2023/152.

¹⁷⁾ Vgl § 135 Abs 1 Z 2 lit b iVm § 791 Abs 1 ASVG, § 91 Abs 1 Z 2 lit b iVm § 410 GSVG, § 85 Abs 1 Z 2 lit b iVm § 405 BSVG und § 63 Abs 1 Z 2 lit b iVm § 285 B-KUVG.

¹⁸⁾ Vgl mwN *Schrattbauer in Mosler*, Vertragspartnerrecht 510 ff.

Bei vergleichbarer Zweckmäßigkeit steht dem aus § 133 Abs 2 ASVG ableitbaren Ökonomiegebot zufolge nur die günstigere Behandlungsform zu.

Wesentliches Motiv für die Gleichstellung klinisch-psychologischer Behandlungen durch klinische Psycholog:innen war den Materialien zufolge die Erwartung einer dadurch realisierbaren **Verbesserung beim Zugang zu psychosozialer Betreuung**.¹⁹⁾ Das bedeutet freilich zugleich, dass das Ziel der Maßnahme in einer Ausweitung der Inanspruchnahme von Leistungen bei psychischen Erkrankungen liegt. Die Bedeckung der durch die Gleichstellung zu erwartenden Mehrkosten im Bereich der psychischen Gesundheit soll aus Mitteln des eigens zur Finanzierung von Gesundheitsreformmaßnahmen beim DaV eingerichteten und primär aus Mitteln des Bundes gespeisten²⁰⁾ Fonds gem § 3 Abs 1 GesRefFinG²¹⁾ erfolgen. Konkret sind für das Jahr 2024 50 Mio Euro und im Jahr 2025 25 Mio Euro aus dem Fonds zu verwenden; ab dem Jahr 2026 kann zwar auf allenfalls noch nicht verbrauchte Mittel der beiden Vorjahre für die klinisch-psychologische Behandlung zurückgegriffen werden, es sind aber keine zusätzlichen Mittel mehr vorgesehen.²²⁾ Damit ist (vorerst) nur eine Anschubfinanzierung für das neue Zusatzangebot gesichert.²³⁾

Die unklare Folgefinanzierung ist nicht der einzige Grund, der letztlich auch die Chancen auf das Zustandekommen eines GV zu klinisch-psychologischen Behandlungen erheblich mindert. Der Abschluss eines auch dieses Leistungsangebot umfassenden GV mit der Berufsgruppe der klinischen Psycholog:innen, mit der bereits seit längerem ein GV zur klinisch-psychologischen Diagnostik besteht,²⁴⁾ wäre nun gem § 349 Abs 2 ASVG grds möglich. Klinische Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen bleiben nach wie vor die einzigen Gesundheitsberufe, denen das ASVG trotz Fehlens einer gesetzlichen beruflichen Vertretung den Zugang zum GV eröffnet.²⁵⁾ Im Rahmen des BudgetbegleitG 2024 wurde allerdings das Vertragspartnerrecht dahingehend abgeändert, dass nunmehr der Abschluss eines **GV mit klinischen Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen** nicht mehr obligatorisch, sondern **nur noch fakultativ vorge-**

¹⁹⁾ ErläutRV 2267 BlgNR 27. GP 30.

²⁰⁾ § 3 Abs 2 GesRefFinG sieht neben Mitteln des Bundes auch nicht näher konkretisierte „sonstige Einnahmen“ als Mittel des Fonds vor. Bislang fließen jedoch nur die in § 4 GesRefFinG für die Jahre 2024 bis 2026 vorgesehenen Bundesmittel in den Fonds. Das GesRefFinG soll in Zukunft um weitere Reformmaßnahmen ergänzt werden können, die zB im Rahmen der Finanzausgleichsverhandlungen vereinbart werden (ErläutRV 2267 BlgNR 27. GP 28).

²¹⁾ Gesundheitsreformmaßnahmen-Refinanzierungsgesetz, BGBl I 2023/191.

²²⁾ § 3 Abs 3 Z 3, Abs 4 Z 3 und Abs 5 Z 3 iVm Abs 6 Z 5 GesRefFinG.

²³⁾ Denkbar, aber keineswegs sicher ist, dass nach Vorliegen des gem § 792 Abs 2 ASVG bis zum 30. 9. 2025 vorzulegenden Evaluierungsberichts der GÖG über die Auswirkungen der Gleichstellung weitere Bundesmittel zur Verfügung gestellt werden.

²⁴⁾ Zu diesem GV näher Schratlbauer in Mosler, Vertragspartnerrecht 502 ff.

²⁵⁾ Vertragspartnerin des KVTr ist hier gem § 349 Abs 2 ASVG eine berufliche Interessenvertretung, „deren Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung [...] mit Bescheid festgestellt worden ist“.

sehen ist und zugleich die zuvor ersatzweise bei Nichtzustandekommen eines GV eröffnete Möglichkeit des Abschlusses von EV nach einheitlichen Grundsätzen gestrichen wurde. Für solche EV nach einheitlichen Grundsätzen besteht nach neuer Rechtslage de facto auch kein Bedarf mehr, da bei bloß fakultativem GV zur Ausgestaltung der Rechtsbeziehungen zwischen den KVTr und den Berufsangehörigen ohnehin auf alle möglichen, nach allgemeinem Vertragsrecht erlaubten Vertragsgestaltungen zurückgegriffen werden kann.²⁶⁾ Damit dürfte auch ein endgültiger Schlussstrich unter die alte Diskussion zur Zulässigkeit der schon bislang praktizierten „Vereinslösungen“ im Bereich der Psychotherapie zur Umsetzung eines (auf schwer Erkrankte bzw sozial bedürftige Versicherte eingeschränkten) Sachleistungsangebots²⁷⁾ gezogen sein. Die Möglichkeit anderweitiger, im Hinblick auf die Kostenbelastung der KV für diese uU attraktiverer Vertragsmodelle²⁸⁾ besteht nun freilich auch im Bereich der neuen psychologischen Leistungen.²⁹⁾

2.1.2 Qualitätssicherung

Zahlreiche Maßnahmen zielen im weitesten Sinne auf Verbesserungen im Bereich der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen ab. Dazu gehören insb die unter dem Schlagwort „Qualitätssicherung neu“ beschlossenen Änderungen im Bereich der **ärztlichen Qualitätskontrolle**. Bereits im Rahmen der ÄrzteG-Novelle 2021³⁰⁾ war die Herauslösung der Aufgabe der Qualitätssicherung für den Bereich der niedergelassenen Ärzt:innen aus dem übertragenen Wirkungsbereich der ÖÄK ab 1. 1. 2024 beschlossen worden. Mit dem VUG 2024 wurde nun aber der Grundstein für eine grundlegende Neuausrichtung der ärztlichen Qualitätssicherung gesetzt.³¹⁾

Deren Durchführung obliegt seit 1. 1. 2024 – mit Ausnahme der weiterhin im übertragenen Wirkungsbereich der ÖÄK verbleibenden und durch die ÖQMed durchzuführenden Selbstevaluierung der Ärzt:innen³²⁾ – dem dabei im Auftrag des Gesundheitsministeriums tätig werdenden Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG),³³⁾ womit der berechtigten Forderung nach

²⁶⁾ So bereits zuvor *Mosler* in SV-Komm § 349 ASVG Rz 25 iZm den ebenfalls nur fakultativ vorgesehenen GV zu „anderen“ Vertragspartnern iSd § 349 Abs 3 ASVG.

²⁷⁾ Dazu ausführlich *Schrattbauer* in *Mosler*, Vertragspartnerrecht 514 ff.

²⁸⁾ So löst die Kostenübernahme für bestimmte Versichertengruppen im Rahmen der „Vereinsmodelle“ insb keinen Kostenersatzungsanspruch von Versicherten aus, die außerhalb dieser „Kontingentplätze“ eine Psychotherapie in Anspruch nahmen (§ 131 ASVG); für diese besteht vielmehr nur ein Anspruch auf einen (im Regelfall deutlich niedrigeren) Kostenzuschuss nach Maßgabe der Satzung (§ 131b ASVG).

²⁹⁾ IdS auch die Materialien, ErläutRV 2267 BlgNR 27. GP 247.

³⁰⁾ BGBl I 2021/172.

³¹⁾ Eine eingehende Darstellung der neuen Rechtslage bietet *Stöger* in *Aigner ua*, Handbuch Medizinrecht.

³²⁾ Vgl § 118a ÄrzteG; §§ 118b bis 118f ÄrzteG wurden aufgrund der Auslagerung der übrigen Teile der Qualitätskontrolle an das BIQG ersatzlos gestrichen.

³³⁾ Vgl § 4 Abs 2 Z 8 GöGG iVm § 8 Abs 1 Z 4 und Abs 3, §§ 8a, 9 Abs 2 Z 7 GQG.

einer Übertragung dieser Aufgabe an eine unabhängige Qualitätseinrichtung Folge geleistet wurde. Die Tätigkeit des BIQG im Bereich der Qualitätssicherung und -kontrolle ist nunmehr aber zum einen **sektorenübergreifend** angelegt, adressiert also grds sowohl den extra- als auch den intramuralen Bereich, und soll zum anderen mittel- bis langfristig auch auf **nichtärztliche (freie) Gesundheitsberufe** ausgedehnt werden.³⁴⁾ Wie schnell der Auf- und Ausbau einer solchen sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Qualitätskontrolle zu bewerkstelligen sein wird, bleibt abzuwarten; die rechtlichen Grundlagen wurden aber jedenfalls mit dem VUG 2024 geschaffen. Die Ausführungsregelungen, allen voran die Qualitätssicherungsverordnung 2024³⁵⁾ des BMSGPK, beschränken sich derzeit jedenfalls noch auf die ärztliche Qualitätskontrolle.

Weitere (auch) dem Ziel der Qualitätssteigerung dienende Neuerungen betreffen den in § 11 G-ZG vorgesehenen Aufbau einer Plattform zur gemeinsamen Sekundärnutzung von Daten aus dem Gesundheitsbereich sowie die Einführung einer verpflichtenden und bundesweit einheitlichen Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich als wesentliche Grundlage für die Qualitätsmessung und die kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualität, für die mit dem VUG 2024 die Grundsteine gelegt wurden.³⁶⁾

2.1.3 Steigerung der Digitalisierung

Ein weiteres zentrales Anliegen des VUG 2024 besteht im **Ausbau der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur**, wobei hier besonders die Einrichtung eines sektorenspezifischen Computer-Notfallteams für Gesundheitsdiensteanbieter:innen (Austrian Health CERT) samt Einführung einer Verpflichtung zur Meldung von Sicherheitsvorfällen iSd § 19 NISG für alle Gesundheitsdiensteanbieter:innen, die Betreiber wesentlicher Dienste iSd § 8 NISV sind, an das Austrian Health CERT³⁷⁾ hervorzuheben ist. Diese und weitere Änderungen des GTelG sollen die erforderlichen Grundlagen für den zukünftigen Ausbau telemedizinischer Angebote schaffen,³⁸⁾ um die digitale Transformation im Gesundheitswesen voranzutreiben und die Umsetzung des Prinzips „*digital vor ambulant vor stationär*“³⁹⁾ zu fördern.⁴⁰⁾ Die grundsätzliche **berufsrechtliche Zulässigkeit telemedizinischer Leistungen**, die nach hM bereits auf Basis

³⁴⁾ ErläutRV 2310 BlgNR 27. GP 22.

³⁵⁾ BGBl II 2024/111.

³⁶⁾ Vgl § 7 Abs 1 und 3 Z 2, § 9a Abs 1 Z 1 lit d G-ZG; § 51 Abs 1a ÄrzteG sowie §§ 6, 6a Abs 3 und Abs 4, § 6c Abs 1 und 2 BG Dokumentation im Gesundheitswesen.

³⁷⁾ § 8a GTelG.

³⁸⁾ So die Materialien, ErläutRV 2310 BlgNR 27. GP 18, zur neuen Regelung des § 12a Abs 3 GTelG, wonach das vom Gesundheitsministerium betriebene Gesundheitsportal ab 1. 7. 2025 auch für die eindeutige Identifizierung von Gesundheitsdiensteanbieter:innen und ELGA-Teilnehmer:innen zur Erbringung telemedizinischer Leistungen zur Verfügung gestellt werden kann.

³⁹⁾ Dazu sogleich näher unter 2.1.5.

⁴⁰⁾ Vgl iSd auch die Materialien zur Art 15a-Vereinbarung Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, Vorblatt, WFA und Erläut 2317 BlgNR 27. GP 3 f.

der Rechtslage vor Inkrafttreten des VUG 2024 zu bejahen war,⁴¹⁾ wurde im Rahmen der Novellierung des § 49 Abs 2 ÄrzteG durch das VUG 2024 nun explizit klargestellt.⁴²⁾

Zudem wurden weitere Schritte gesetzt, um den Ausbau und die Vollständigkeit von ELGA weiter voranzutreiben. IdS sind ab 1. 7. 2025 auch Fachärzt:innen der Sonderfächer medizinisch-chemische Labordiagnostik, Hygiene und Mikrobiologie sowie Radiologie zur Speicherung von Gesundheitsdaten in ELGA verpflichtet.⁴³⁾

2.1.4 Sicherung einer bedarfsgerechten Arzneimittelversorgung

Zentrale Maßnahme zur Umsetzung des Ziels der Gewährleistung einer bedarfsgerechten Arzneimittelversorgung im Rahmen des VUG 2024 ist die Einführung eines bundesweit agierenden **Bewertungsboards für ausgewählte Arzneimittel** im intramuralen Bereich bzw an der Nahtstelle zwischen extra- und intramuralem Bereich. Neben der Abschaffung der Amtsparteistellung der ÄK und WK⁴⁴⁾ war die Schaffung des Bewertungsboards der zweite Punkt im VUG 2024, der zu größeren gesundheitspolitischen Diskussionen Anlass gab.

Die Regelungen zum Bewertungsboard als Beratungsorgan im Gesundheitswesen wurden – angesichts des Kontexts zum Arzneimittelrecht uE zutreffend – als bundesgesetzliche Regelungen (Art 10 Abs 1 Z 12 B-VG) im Zweiten Teil des KAKuG (§§ 62d – 62i) erlassen, die „Klammer“ zum eigentlichen Krankenanstaltenrecht (Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG) bilden. Die Bestimmungen des § 19a Abs 3 und 5 sowie § 20 Abs 1, über die im Wesentlichen sichergestellt werden soll, dass die gem § 19a KAKuG einzurichtenden Arzneimittelkommissionen der Krankenanstalten die Empfehlungen des Bewertungsboards auch tatsächlich anwenden.⁴⁵⁾ Dabei handelt es sich gem §§ 62d f KAKuG um ein vom Gesundheitsministerium eingerichtetes und vom Bund finanziertes⁴⁶⁾ Gremium, dessen zentrale Aufgabe darin liegt, auf Basis von Health Technology Assessments (HTAs) und der gemeinsam vom DaV und den Ländern mit den vertriebsberechtigten Unternehmen ausverhandelten Preise Empfehlungen betr den **Einsatz ausgewählter und spezialisierter Arzneimittel** im intramuralen oder an der Naht-

⁴¹⁾ Vgl zum Diskussionsstand vor dem VUG 2024 etwa mwN *Wallner*, RdM 2024/46; *Warter*, DRdA 2020, 205.

⁴²⁾ Zu dieser Änderung ausführlich *Kopetzki*, RdM 2024/1; *Wallner*, RdM 2024/46; kürzer auch *Semmler/Stöger*, Rechtsfragen rund um eHealth: Ein (ausgewählter) Problemaufriss, JMG 2024, 192 (198 f).

⁴³⁾ § 27 Abs 18 iVm § 13 Abs 3 GTelG. Eine allgemeine berufsrechtliche Verpflichtung zur Verwendung von ELGA (sowie e-card, e-card-Struktur und eImpfpass) ist Inhalt der neuen Abs 7 und 9 in § 49 ÄrzteG.

⁴⁴⁾ Näher unter 2.2.2.1.

⁴⁵⁾ Unklar ist freilich, was unter „Anwendung“ der Empfehlungen konkret zu verstehen ist; vgl dazu *C. Fuchs*, RdM-ÖG 2024/2 (4 ff).

⁴⁶⁾ Vgl § 62d Satz 2 iVm § 59f Abs 5 Z 3 KAKuG.