

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen  
Radetzkystraße 2  
1030 Wien  
E-Mail: vera.pribitzer@bmgf.gv.at

Auskunft:

Mag. Sven Schneider  
T +43 5574 511 20214

Zahl: PrsG-412-60/BG-20  
Bregenz, am **12.05.2017**

Betreff: Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz 2017 – PVG 2017) erlassen und das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz und das Unterbringungsgesetz geändert werden (Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 – GRUG 2017); Entwurf; Stellungnahme  
Bezug: Schreiben vom 21. April 2017, GZ: BMGF-96100/0006-II/A/6/2017

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu dem im Betreff genannten Gesetzesentwurf wird Stellung genommen wie folgt:

### I. Allgemeines

#### **Bekenntnis zur nachhaltigen Sicherstellung und zum Ausbau der Primärversorgung**

Zunächst bekennen sich die Länder – wie dies auch im Rahmen der LandesgesundheitsreferentInnenkonferenz in Innsbruck deutlich zum Ausdruck gebracht wurde – zu einem bedarfsgerechten Ausbau der Primärversorgung sowie zur Schaffung der hierfür notwendigen geeigneten rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen. Die Länder sehen dabei die nachhaltige Sicherstellung der Primärversorgung als große aktuelle gesundheitspolitische Herausforderung im extramuralen Bereich, um wohnortnahe und qualitätsvolle medizinische Versorgung in den Regionen auch in Zukunft sicherstellen zu können.

## Begriff Primärversorgungseinheit

Der Begriff „Primärversorgungseinheit“ mit speziellen Anforderungen (§ 4), konkret definiertem Leistungsumfang (§ 5) sowie verpflichtendem Versorgungskonzept (§ 6) wird im Gesetz (§ 12 Primärversorgungsgesetz) verankert; es darf dabei – ausgehend von einem unterschiedlich erfolgenden Ausbaugrad der Primärversorgung in den einzelnen Bundesländern – nicht außer Betracht bleiben, dass neben den – im Rahmen des Gesetzes – zu etablierenden neuen „Primärversorgungseinheiten“ weiterhin insbesondere auch EinzelärztInnen für Allgemeinmedizin in den Regionen im Rahmen der Primärversorgung tätig sein werden. Deren Engagement muss daher auch in Hinkunft die gebotene Wertschätzung erfahren, um die Primärversorgung auch in jenen Regionen sicherzustellen, in welchen (noch) keine „Primärversorgungseinheiten“ im Sinne des Primärversorgungsgesetzes etabliert werden können.

## Kommunikative Begleitung des Implementierungsprozesses

Im Rahmen der Sitzung der Bundes-Zielsteuerungskommission am 24.4.2017 wurde von Seiten der Länder die Notwendigkeit einer zielgerichteten kommunikativen und medialen Begleitung des Implementierungsprozesses der Primärversorgung angesprochen; dabei wurden Bedenken geäußert im Zusammenhang mit der Verwendung der Begriffe „Primärversorgungseinheit“ bzw. „Primärversorgung“. Unabhängig von der Schaffung und Umsetzung der notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen wird es den Zielsteuerungspartnern im Gesundheitswesen obliegen, eine für die Bevölkerung bzw. die PatientInnen verständliche gemeinsame Kommunikation des Versorgungsbereiches Primärversorgung sicherzustellen, um das Bewusstsein und das Verständnis der Bevölkerung für diese neue Versorgungsform im niedergelassenen Bereich auch in Hinkunft sicherzustellen. Dadurch soll der Auf- und Ausbau von Primärversorgungseinheiten unterstützt werden.

## II. Zu den einzelnen Bestimmungen

### Zu Artikel 1 (Primärversorgungsgesetz 2017 – PVG 2017)

#### Zu § 2 Abs. 5 Z. 2 (Rolle der öffentlichen Krankenanstalten im Rahmen eines Primärversorgungs-Netzwerkes):

Wird eine Primärversorgungseinheit als Netzwerk, z.B. in Form eines Vereins, geführt, so kann diese nur aus freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten, anderen nichtärztlichen Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen oder deren Trägerorganisationen gebildet werden. Aus dieser Regelung ergibt sich, dass die öffentlichen Krankenanstalten bzw. deren Träger nicht Netzwerkpartner sein können. Dennoch kann es zweckmäßig sein, dass es zu Abstimmungen im Leistungsangebot zwischen Primärversorgungseinheiten und öffentlichen Krankenanstalten kommt; es sollten daher auch öffentliche Krankenanstalten bzw. deren Träger als Netzwerkpartner zugelassen werden.

Zu § 4 Z. 7 (Bedarfsgerechte Sprachdienstleistungen):

Wie soll die bedarfsgerechte Sicherstellung von Sprachdienstleistungen erfolgen – wird damit eine Verpflichtung der PVE vorgesehen, Dolmetscher zur Verfügung zu stellen? Bisher hat es im extramuralen bzw. intramuralen Bereich keine derartigen gesetzlichen Verpflichtungen gegeben. Das wäre also in dieser Form Neuland mit nicht unbeträchtlichen Kostenauswirkungen. Entsprechend müssten dann im ASVG Kostentragungsregelungen für Sprachdienstleistungen aufgenommen werden.

Zu § 7 (Zweckwidmung finanzieller Mittel; Aspekt der Spitalsentlastung; keine Automatik der Mitfinanzierung durch Länder):

§ 7 verweist auf den Art. 31 der Art. 15a B-VG Vereinbarung Organisation und Finanzierung. Primärversorgungseinheiten werden in dieser Bestimmung jedenfalls als sektorenübergreifende Vorhaben definiert. Dabei ist zu betonen, dass die primäre Zuständigkeit der Sozialversicherungsträger für die Primärversorgung im Rahmen der Verhandlungen zu den Art. 15a B-VG Vereinbarungen ausdrücklich außer Streit gestellt wurde (Art. 31 Abs. 1 der Art. 15a B-VG Vereinbarung Organisation und Finanzierung). Aus der Sicht der Länder wird in diesem Zusammenhang angemerkt, dass nach Art. 31 Abs. 5 die konkrete Entscheidung über die Finanzierungsaufteilung individuell projektbezogen einvernehmlich in der Landes-Zielsteuerungskommission erfolgt. Aus der Sicht der Länder ist dabei der Aspekt der Spitalsentlastung wesentlich. Damit wurde klargestellt, dass eine Automatik der Mitfinanzierung bzw. eine Vorgabe eines fixen Prozentsatzes der Mitfinanzierung durch die Länder im Rahmen der Art. 15a Vereinbarung eben nicht vorgesehen wurde.

In den Erläuternden Bemerkungen zu § 7 wird klarstellend präzisiert, dass Primärversorgungseinheiten solche sektorenübergreifende Vorhaben im Sinne des Art. 31 sind, für deren Errichtung und Betrieb seitens der Sozialversicherung Mittel zweckgewidmet werden können. Es sollte daher diese Präzisierung auch in den Gesetzestext aufgenommen werden; es sollte somit lauten: „*Primärversorgungseinheiten nach diesem Bundesgesetz sind sektorenübergreifende Vorhaben im Sinne des Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, für deren Errichtung und Betrieb Mittel der Sozialversicherung zweckgewidmet werden können.*“

Eine mögliche Mitfinanzierung durch die Länder bzw. Landesfonds wird ohnehin unter Beachtung der in der Art. 15a B-VG genannten Kriterien zu regeln sein. Auch aus Gründen der möglichen Mitfinanzierung – abhängig vom Ausmaß der Spitalsentlastung – erscheint es prüfenswert, die öffentlichen Krankenanstalten bzw. deren Träger als Netzwerkpartner im Sinne des § 2 Abs. 5 Ziffer 2 Primärversorgungsgesetz zuzulassen.

Zu § 8 (Übertragung von Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes):

Für die Länder ist die Möglichkeit sehr wesentlich, dass Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes (wie etwa Totenbeschau, Untersuchungen nach dem UbG) auf die Primärversorgungseinheit übertragen werden können. Die Möglichkeit der gemeinsamen und

synergetischen Organisation von kurativen und sprengelärztlichen Diensten ist im Hinblick auf die mittel- und langfristige Sicherstellung des öffentlichen Gesundheitsdienstes von entscheidender Bedeutung.

### **Übertragung Aufgaben im Bereich Notarztwesen möglich?**

Im Hinblick auf die – allein schon aus Ressourcengründen - gebotene Notwendigkeit der Gewährleistung von Synergien zwischen verschiedenen Bereitschaftsdiensten (Sprengelarzt, kurative Dienste; Notarztdienste) wird gefordert, auch die Möglichkeit der Übertragung von Notarztdiensten bzw. notärztlichen Tätigkeiten auf die Primärversorgungseinheiten vorzusehen; in ländlichen Regionen sind ÄrztInnen für Allgemeinmedizin in peripherie Notarztsysteme eingebunden; es sollte daher auch die Möglichkeit vorgesehen werden, durchaus – vom Leistungs- und Versorgungsangebot – breiter aufgestellte Primärversorgungseinheiten ebenfalls in die Notarztversorgung einzubinden.

Sofern dies durch die Regelung in § 8 Abs. 6 Ziffer 2 Primärversorgungsgesetz ohnehin möglich ist, sollte auf die Möglichkeit der Übertragung der notärztlichen Tätigkeit in den Erläuternden Bemerkungen hingewiesen werden.

### Zu § 9:

#### **Verfassungsbestimmung zur Gruppenpraxenregelung im Ärztegesetz**

In den dem Begutachtungsverfahren vorangehenden Entwürfen des Gesundheitsreformumsetzungsgesetzes, insbesondere in dem Entwurf, der Gegenstand der Befassung durch die LandesgesundheitsreferentInnenkonferenz war, war im Ärztegesetz – in dieser Form erstmalig – die Möglichkeit für Ärzte in Gruppenpraxen vorgesehen, Ärzte anzustellen, wobei das Verhältnis zwischen GesellschafterInnen und Vollzeitäquivalenten der angestellten ÄrztInnen die Verhältniszahl 1:1 nicht übersteigen durfte.

Diese Regelung findet sich nun nicht mehr im gegenständlichen Begutachtungsentwurf. Obwohl durch eine derartige Regelung ein bisheriges Abgrenzungsmerkmal (Anstellung von Ärzten) zwischen Ordinationsstätten und selbstständigen Ambulatorien – zumindest in Bezug auf die Primärversorgungseinheiten - aufgegeben würde, haben sich die LandesgesundheitsreferentInnen dennoch grundsätzlich zur Zweckmäßigkeit einer derartigen Regelung bekannt. Das Land bekennt sich zu einer derartigen Bestimmung, zumal dadurch die Versorgungswirksamkeit der Gruppenpraxis im Bereich der Primärversorgung erhöht werden kann; dies betrifft in besonderer Weise auch die Sicherstellung von kurativen Bereitschaftsdiensten.

### Zu § 10 (Rolle der landesfondsfinanzierten Krankenanstalten bei der Primärversorgung):

Wie im Rahmen der LandesgesundheitsreferentInnenkonferenz deutlich zum Ausdruck gebracht wurde, liegt es im Interesse der Verantwortungsträger für die landesfondsfinanzierten Krankenanstalten, dass die Primärversorgung – im Vorfeld von Krankenhäusern – im extramuralen Bereich auch in Hinkunft in den Regionen versorgungswirksam sichergestellt wird. Es liegt daher nicht in der grundsätzlichen Absicht der Träger landesfondsfinanzierter Krankenanstalten, Primärversorgung selbst anzubieten.

Dennoch kann in bestimmten Regionen die Situation eintreten, dass es im extramuralen Bereich nicht gelingt, eine Primärversorgungseinheit zu etablieren. In diesem Fall stellt sich dann die Frage, ob und in welcher Form landesfondsfinanzierte Krankenanstalten – subsidiär – Träger von Primärversorgungseinheiten sein können bzw. ob sich diese an selbstständigen Ambulatorien beteiligen können. Im Rahmen der GesundheitsreferentInnenkonferenz wurde in diesem Zusammenhang grundsätzlich davon ausgegangen, dass Träger von landesfondsfinanzierten Krankenanstalten nicht selbst Träger der Primärversorgung sein sollten; jedoch sollten Träger landesfondsfinanzierter Krankenanstalten Gesellschafter von selbstständigen Ambulatorien sein können; der Gesetzesentwurf sieht hierzu in § 10 Ziffer 4 Primärversorgungsgesetz vor, dass Gesellschafterinnen und Gesellschafter von Primärversorgungseinheiten in Form von selbstständigen Ambulatorien nur gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste, Krankenversicherungsträger oder Gebietskörperschaften sein können. Nun ist zwar bei den öffentlichen Krankenanstalten das Vorliegen der Gemeinnützigkeit nach § 16 KAKuG Grundvoraussetzung für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes; den Trägern der landesfondsfinanzierten Krankenanstalten, insbesondere Gemeindeverbänden, kommt jedoch kein Gemeinnützigenstatus zu.

Es sollte daher zur Klarstellung im Primärversorgungsgesetz folgende Formulierung in § 10 Ziffer 4 aufgenommen werden:

*„Gesellschafterinnen und Gesellschafter von Primärversorgungseinheiten in Form von selbstständigen Ambulatorien dürfen nur gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher und sozialer Dienste, Krankenversicherungsträger, Träger einer landesfondsfinanzierten Krankenanstalt oder Gebietskörperschaften und deren Tochtergesellschaften sein.“*

Landesrechtlich müssen in einzelnen Bundesländern darüber hinaus noch die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass insbesondere für die Trägerschaft und den Betrieb von Krankenhäusern eingerichtete Gemeindeverbände auch weitere Aufgaben erfüllen dürfen (insbesondere Gesellschafter eines selbstständigen Ambulatoriums zur Primärversorgung).

Ferner ist der Begriff „maßgeblicher Umfang“ unklar. Es sollten hier zumindest in den Erläuternden Bemerkungen Kriterien formuliert werden, wonach das beurteilt werden kann.

#### Zu § 11:

#### **Primärversorgungseinheit als Ausbildungsstätte**

Es ist sehr wichtig, dass die Primärversorgungseinheit als Ausbildungsstätte für die Ausbildung von TurnusärztInnen und weiteren Gesundheitsberufen herangezogen werden kann.

Im Entwurf ist vorgesehen, dass eine PVE die Funktion einer Lehrpraxis wahrnehmen kann. Von Seiten der Länder wird es als zweckmäßig angesehen, Primärversorgungseinheiten zu verpflichten, als Lehrpraxen zu fungieren, zumal diese vom Versorgungsauftrag und vom Leistungsumfang prädestiniert wären für eine umfassende Ausbildungsmöglichkeit in verschiedenen Gesundheitsberufen.

**Zu § 12 Abs. 2 Z.2:**

Diese Bestimmung ist unklar. Was bedeutet leicht erkennbar? Wer ist der „einzelne Leistungsanbieter“? Einen Behandlungsvertrag mit dem einzelnen Leistungsanbieter im Rahmen eines PVE soll es nicht geben. Es gibt nur den Vertrag mit der PVE.

**Zu § 14:****Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten: Kaskade darf nicht zu dauerhaften additiven Angeboten führen**

Die Gleichbehandlung im Auswahlverfahren kann sich wohl nur auf die beiden erstgenannten Organisationsformen Gruppenpraxis und selbstständiges Ambulatorium beziehen, nicht jedoch auf den Typus eines Netzwerkes.

Es bestehen weiterhin Bedenken, ob dieses gestufte Vorgehen (zunächst Vertragsärzte, dann Ambulatorien) aus verfassungs-, wettbewerbs- und vergaberechtlichen Gründen gerechtfertigt ist.

§ 14 Abs. 4: Die Bewertung der eingelangten Bewerbungen soll durch die örtlich zuständige GKK erfolgen. Wenn es im Einzelfall bei Vorliegen der in der Art. 15a B-VG Organisation und Finanzierung genannten Kriterien zu einer Mitfinanzierung durch die Länder kommt, haben diese dann ebenfalls Einfluss auf die Bewertung?

In diesem Zusammenhang ist davon auszugehen, dass Land und SV im Rahmen des RSG mögliche Standorte für Primärversorgungseinheiten planen und beschließen; die Invertragnahme einer im RSG festgelegten Primärversorgungseinheit wird dann durch die SV erfolgen.

**Zu Artikel 2 (Änderung des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes):****Klare Ablehnung dieses Vorschlags**

Gesetzliche Berufsvertretungen der Gesundheitsdiensteanbeiter und der Gemeinde- bzw. Städtebund sollen nach § 21 Abs. 9 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz Vorschläge an das Land oder die Sozialversicherung auf Planung der Primärversorgung in einem bestimmten Einzugsgebiet und um Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission richten können; sofern nicht das jeweilige Land die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission zeitnah mit einem solchen Ansuchen (Hinweis: nun wurde aus dem Vorschlag bereits ein Ansuchen) befasst, hat dies durch die jeweilige Gebietskrankenkasse zu erfolgen. Die von den Sozialversicherungsträgern in der Landes-Zielsteuerungskommission nominierten VertreterInnen haben darauf hinzuwirken, dass ein solches Ansuchen nach sachlichen Kriterien, insbesondere zeitliche Verfügbarkeit, Wohnnähe, Leistungsangebot und finanzielles Gleichgewicht des Gesundheitssystems, geprüft wird.

Ein gesetzlich verankertes Recht für gesetzliche Interessensvertretungen bzw. für den Gemeinde- und Städtebund, Vorschläge bzw. – gar – Ansuchen an das Land oder die Sozialversicherung einzubringen und damit die Befassung der Landes-Zielsteuerungskommission zu erzwingen, wird

weiterhin strikt abgelehnt. Die Planung im Rahmen des RSG, welcher auch für die Planung von Primärversorgungseinheiten relevant sein wird, hat sich am Bedarf der Bevölkerung und an den Gesichtspunkten einer bedarfsgerechten und qualitätsvollen Versorgung zu orientieren und nicht an Wünschen und Forderungen von Berufsgruppen bzw. Interessensvertretungen. Bei Aufnahme der gegenständlichen Regelung in das Gesetz könnten viele Interessierte ihre Ideen einbringen; es wäre mit unzähligen Forderungen zu rechnen, die – aufgrund der vorgesehenen Befassungspflicht – zu einem enormen administrativen und bürokratischen Aufwand führen würden; Abweisungen müssten mit Gutachten hinterlegt und umfassend begründet werden, da ein Rechtsanspruch auf Entscheidung statuiert werden würde.

Die gesetzlich vorgesehene Befassungspflicht der Landes-Zielsteuerung sowie das vorgesehene konkurrierende bzw. kontrollierende Vorgehen des Landes bzw. der Gebietskrankenkasse würden jedenfalls zu einem enormen Bürokratieschub führen, wobei mit dem im Gesetz statuierten „Recht Vorschläge bzw. Ansuchen einzubringen“ falsche Erwartungen bzw. Hoffnungen geweckt werden; es würde der Anschein erzeugt werden, dass Planungsagenden der Disposition von Interessensvertretungen unterliegen können. Aus Sicht der Länder würde dadurch ein falsches Signal gesetzt werden. Wir fordern daher die Streichung dieser Regelung.

Unabhängig davon steht es – wie bereits bisher schon – jeder Gemeinde, jedem Gemeindeverband bzw. auch Interessensvertretungen frei, Anregungen und Wünsche an das Land bzw. die Sozialversicherung heranzutragen. Ein derartiges Vorgehen entspricht der bisherigen Usance. Auch werden typischerweise Gemeinden, Gemeindeverbände bzw. Interessensvertretungen im Rahmen von Planungsprozessen, insbesondere im Rahmen des Verfahrens der Ausarbeitung des Regionalen Strukturplanes Gesundheit, in Regionalkonferenzen bzw. in sonstigen partizipativen Prozessen eingebunden und nach Möglichkeit deren Wünsche berücksichtigt.

### **Zu Artikel 7 (Änderung des Unterbringungsgesetzes):**

#### **Zu § 8:**

Die Regelung des § 8 ist prinzipiell im Sinn der Länder; systematisch erscheint die Regelung nicht ganz schlüssig, wenn zunächst physische Personen aufgezählt werden, dann die PVE; eine PVE wird zwar Rechtspersönlichkeit haben; kann jedoch nicht die Unterbringung anordnen. Es sollte daher formuliert werden: „Arzt einer Primärversorgungseinheit“.

Weiters wird angeregt, den Kreis der untersuchungsberechtigten Personen auch auf öffentliche Krankenanstalten auszudehnen.

### III. Anregungen außerhalb des Entwurfs

#### Zu Artikel 1 (Primärversorgungsgesetz 2017 – PVG 2017)

##### Mindestgröße für Primärversorgungseinheiten:

Derzeit sind im Entwurf keine Mindestbesetzungen/Öffnungszeiten vorgesehen, um kleine PVE hintanhalten zu können. Es wird angeregt, Regelungen zu Mindestgrößen zu schaffen.

##### Kein individuelles Bedarfsprüfungsverfahren:

Die Bedarfsbeurteilung für eine Primärversorgungseinheit muss im Rahmen des RSG erfolgen; es soll daher kein individuelles Bedarfsprüfungsverfahren nach dem Krankenanstaltenrecht (bei selbstständigen Ambulatorien) bzw. nach dem Ärztegesetz (bei Gruppenpraxen) stattfinden.

##### Notwendigkeit von Übergangsregelungen:

Wie im Rahmen der LandesgesundheitsreferentInnenkonferenz präsentiert, bestehen in einzelnen Bundesländern bereits erfolgreich etablierte Pilotprojekte im Bereich der Primärversorgung. Für diese Bundesländer ist es daher von entscheidender Bedeutung, dass im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes entsprechende Übergangsregelungen zur Fortführung dieser Pilotprojekte geschaffen werden.

Abschließend darf seitens der Länder festgehalten werden, dass diese den Prozess zur raschen Finalisierung der rechtlichen Rahmenbedingungen für Primärversorgungseinheiten unterstützen.

Die Länder erwarten sich jedoch eine fundierte Auseinandersetzung mit den geäußerten Kritikpunkten und entsprechende Anpassung in den vorgelegten Entwürfen.

Für weitere Gespräche in diesem Zusammenhang stehen die Länder gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüße

Für die Vorarlberger Landesregierung  
Die Landesrätin

Dr. Bernadette Mennel

Nachrichtlich an:

1. Präsidium des Bundesrates, Dr. Karl Renner-Ring 3, 1017 Wien, E-Mail:  
begutachtungsverfahren@parlinkom.gv.at
2. Präsidium des Nationalrates, Dr. Karl Renner-Ring 3, 1017 Wien, E-Mail:  
begutachtungsverfahren@parlament.gv.at
3. Bundeskanzleramt-Verfassungsdienst , Ballhausplatz 2, 1014 Wien, E-Mail: v@bka.gv.at
4. Herrn Edgar Mayer, Egelseestraße 83, 6800 Feldkirch, E-Mail: mac.ema@cable.vol.at
5. Herrn Dr Magnus Brunner, E-Mail: magnus.brunner@parlament.gv.at
6. Herrn Christoph Längle, Thomas Lirer Weg 32, 6840 Götzis, E-Mail: c.laengle@gmx.biz
7. Herrn Karlheinz Kopf, Rheinstraße 24, 6844 Altach, E-Mail: karlheinz.kopf@oevpklub.at
8. Herrn Elmar Mayer, E-Mail: elmar.mayer@spoe.at
9. Herrn Norbert Sieber, Fluh 37, 6900 Bregenz, E-Mail: norbert.sieber@parlament.gv.at
10. Herrn Dr. Reinhard Eugen Bösch, Dr. Karl Renner-Ring 3, 1017 Wien, E-Mail:  
reinhard.boesch@fpoe.at
11. Herrn Bernhard Themessl, E-Mail: bernhard.themessl@tt-p.at
12. Herrn Dr Harald Walser, E-Mail: harald.walser@gruene.at
13. Herrn Christoph Hagen, E-Mail: christoph.hagen@parlament.gv.at
14. Herrn Mag Gerald Loacker, Dr. Karl Renner-Ring 3, 1017 Wien, E-Mail:  
gerald.loacker@parlament.gv.at
15. Amt der Burgenländischen Landesregierung, Landhaus, 7000 Eisenstadt, E-Mail:  
post.lad@bgld.gv.at
16. Amt der Kärntner Landesregierung, Arnulfplatz 1, 9021 Klagenfurt, E-Mail:  
post.abt2v@ktn.gv.at
17. Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, Landhausplatz 1, 3109 St. Pölten, E-Mail: post.landnoe@noel.gv.at
18. Amt der Oberösterreichischen Landesregierung, Landhausplatz 1, 4021 Linz, E-Mail:  
verfd.post@ooe.gv.at
19. Amt der Salzburger Landesregierung, Chiemseehof, 5010 Salzburg, E-Mail:  
landeslegistik@salzburg.gv.at
20. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Landhaus, 8011 Graz, E-Mail:  
post@stmk.gv.at
21. Amt der Tiroler Landesregierung, Wilhelm-Greil-Straße 25, 6020 Innsbruck, E-Mail:  
post@tirol.gv.at
22. Amt der Wiener Landesregierung, Rathaus, 1082 Wien, E-Mail: post@md-r.wien.gv.at
23. Verbindungsstelle der Bundesländer, Schenkenstraße 4, 1010 Wien, E-Mail:  
vst@vst.gv.at
24. Institut für Föderalismus, z. Hd. Herrn Dr. Peter Bußjäger, Maria-Theresien-Straße 38b,  
6020 Innsbruck, E-Mail: institut@foederalismus.at
25. VP-Landtagsfraktion, 6900 Bregenz, E-Mail: landtagsklub@volkspartei.at
26. SPÖ-Landtagsfraktion, 6900 Bregenz, E-Mail: gerhard.kilga@spoe.at

27. Landtagsfraktion der Freiheitlichen, 6900 Bregenz, E-Mail: landtagsklub@vfreiheitliche.at
28. Landtagsfraktion der Grünen, 6900 Bregenz, E-Mail: landtagsklub.vbg@gruene.at
29. NEOS - Das Neue Österreich und Liberales Forum, E-Mail: sabine.scheffknecht@neos.eu
30. Abt. Finanzangelegenheiten (IIIa), Intern
31. Abt. Gesundheit und Sport (IVb), Intern
32. Abt. Vermögensverwaltung (IIIb), Intern
33. Abt. Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa), Intern
34. Abt. Sanitätsangelegenheiten (IVd), Intern

 AMT DER VORARLBERGER LANDESREGIERUNG AMTSSIGNATUR	<p>Dieses Dokument wurde amtssigniert.</p> <p>Dieses Dokument ist amtssigniert im Sinne des E-Government-Gesetzes.</p> <p>Mechanismen zur Überprüfung des elektronischen Dokuments sind unter <a href="https://pruefung.signatur.rtr.at/">https://pruefung.signatur.rtr.at/</a> verfügbar.</p> <p>Ausdrucke des Dokuments können beim Amt der Vorarlberger Landesregierung Landhaus A-6901 Bregenz E-Mail: land@vorarlberg.at überprüft werden.</p>
---	---