



Das Land Steiermark

AMT DER STEIERMÄRKISCHEN LANDESREGIERUNG

Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft

Bundesministerium für Gesundheit und
Frauen
Radetzkystraße 2
1030 Wien

→ Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement

Bearbeiter/in: Mag. Ines Wünsch-
Brandner
Tel.: +43 (316) 877-6219
Fax: +43 (316) 877-3373
E-Mail: gesundheit@stmk.gv.at

Bei Antwortschreiben bitte
Geschäftszeichen (GZ) anführen

GZ: ABT03VD-44121/2017-4; Bezug: BMGF-96100/0006- Graz, am 19.05.2017
ABT08-37407/2017-7 II/A/6/2017
Ggst.: Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017, Bundesbegutachtung,
Stellungnahme

Sehr geehrte Damen und Herren!

Zu dem mit do. Schreiben vom 21. April 2017, obige Zahl, übermittelten Entwurf eines Bundesgesetzes, 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), wird seitens des Landes Steiermark folgende Stellungnahme abgegeben:

Der Entwurf des Primärversorgungsgesetzes 2017 und des Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 ist eine zu begrüßende Vorgangsweise, die eine flexible Entwicklung ermöglicht und nicht auf Standardgesundheitszentren abzielt. Verschiedene zulässige Organisationsformen werden adäquate Einrichtungen in Stadt und Land leichter ermöglichen.

Wie die Erläuternden Bemerkungen klarstellen (Seite 2 Pkt 5.) ist eine langfristige Umsetzung das Ziel. Dazu legt der Entwurf des Zielsteuerungsvertrags auf Bundesebene fest, dass bis 2021 in der Steiermark die Anzahl der in Betrieb genommener Primärversorgungseinheiten mit 11 zu erreichen ist.

Die langfristige Umsetzung gibt auch die Möglichkeit aus den Erfahrungen zu lernen. Begrüßt wird, dass Primärversorgungseinheiten entweder von Ärzten oder von öffentlichen bzw. Non-Profit-Organisationen zu betreiben sind (§ 10).

Neben der Umsetzung der rechtlichen Rahmenbedingungen ist die kommunikative Begleitung des Implementierungsprozesses für den Auf- und Ausbau von Primärversorgungseinheiten von großer Bedeutung. So wurde im Rahmen der Sitzung der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 24.4.2017 von Seiten der Länder die Notwendigkeit einer zielgerichteten kommunikativen und medialen Begleitung des Implementierungsprozesses der Primärversorgung angesprochen. Dabei wurden Bedenken im Zusammenhang mit der Verwendung der Begriffe „Primärversorgungseinheit“ bzw. „Primärversorgung“ geäußert. 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.

I. Zum Primärversorgungsgesetz 2017:

Zu § 2 (Primärversorgungseinheit):

In den Erläuterungen zu § 2 Abs. 2 wird für das Primärversorgungskonzept „Das Team rund um den Hausarzt“ ausgeführt, dass dem Kernteam auch Ordinationsassistenten anzugehören haben. Eine entsprechende Regelung sollte in § 2 Abs. 2 ergänzt werden.

Wird gemäß § 2 Abs. 5 Z 2 eine Primärversorgungseinheit als Netzwerk, z.B. in Form eines Vereins, geführt, so kann dieses 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 landesfondsfinanzierten Krankenanstalten bzw. deren Träger nicht Netzwerkpartner sein können. Es kann aber eine Abstimmung im Leistungsangebot zwischen Primärversorgungseinheiten und landesfondsfinanzierten Krankenanstalten zweckmäßig sein, weshalb auch landesfondsfinanzierte Krankenanstalten bzw. deren Träger als Netzwerkpartner zugelassen werden sollten.

Zu § 4 (Anforderungen an die Primärversorgungseinheit):

Im vorliegenden Gesetzesentwurf sind keine verpflichtenden Mindestbesetzungen und Öffnungszeiten vorgesehen. Im Hinblick auf die Entlastung der Spitalsambulanzen sollten Regelungen zu Mindestgrößen geschaffen werden. Eine Mindestbesetzung von drei Ärztinnen/Ärzten und eine Mindestöffnungszeit von 60 Stunden könnten vorgesehen werden.

Nach § 4 Z 7 ist eine bedarfsgerechte Sprachdienstleistung anzubieten. Dabei ist nicht klar, wie diese in der Praxis erfolgen soll. Wenn mit dieser Anforderung eine Verpflichtung der PVE vorgesehen ist, Dolmetscher zur Verfügung zu stellen, hätte dies nicht unbeträchtliche Kostenauswirkungen. In der Konsequenz müssten im ASVG Kostentragungsregelungen für Sprachdienstleistungen aufgenommen werden.

Eine Formulierung, die vorsieht, dass bedarfsgerechte Sprachdienstleistungen nach Erforderlichkeit und Möglichkeit angeboten werden, wird vorgeschlagen. Ergänzend sollten in den Erläuterungen Beispiele für Sprachdienstleistung genannt werden. Das Spektrum kann von einem mehrsprachigen Anamnesebogen bis hin zu einem Dolmetscher reichen.

Zu § 7 (Zweckwidmung finanzieller Mittel):

§ 7 verweist auf Art. 31 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, wonach Primärversorgungseinheiten jedenfalls als sektorenübergreifende Vorhaben definiert werden. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, 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). Nach Art. 31 Abs. 5 erfolgt die Entscheidung über die projektbezogene Finanzierungsaufteilung einvernehmlich in der Landes-Zielsteuerungskommission, wobei der Aspekt der Spitalsentlastung wesentlich ist. Eine Automatik der Mitfinanzierung bzw. eine Vorgabe eines fixen Prozentsatzes der Mitfinanzierung durch die Länder im Rahmen der Art. 15a Vereinbarung ist nicht vorgesehen.

In den Erläuternden Bemerkungen zu § 7 wird klarstellend präzisiert, dass Primärversorgungseinheiten sektorenübergreifende Vorhaben im Sinne des Art. 31 sind, für deren Errichtung und Betrieb seitens der Sozialversicherung Mittel zweckgewidmet werden können. Diese Präzisierung sollte auch in den Gesetzestext aufgenommen werden.

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 (Verträge mit der Primärversorgungseinheit):

Die in dieser Bestimmung eingeräumte Möglichkeit der Übertragung von Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes (wie etwa Totenbeschau, Untersuchungen nach dem UbG) auf die Primärversorgungseinheit wird grundsätzlich positiv gesehen. 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.

Hinzuweisen ist darauf, dass aus § 8 Abs. 4 nicht ersichtlich ist, ob für Ambulatorien die gleichen Honorare wie für sonstige Primärversorgungseinheiten zur Anwendung gelangen. Eine dahingehende Regelung, die dazu beiträgt, dass hier keine wettbewerbsverzerrenden Faktoren zum Tragen kommen, wäre sinnvoll.

Die Bestimmung des Abs. 6 sollte zur Klarstellung überarbeitet werden, dass der Primärversorgungseinheit und den dort tätigen Ärztinnen/Ärzten die genannten Aufgaben übertragen werden können.

Im Hinblick auf die Notwendigkeit der Gewährleistung von Synergien zwischen verschiedenen Bereitschaftsdiensten (Sprengelarzt, kurative Dienste, Notarztdienste) wird angeregt, die Möglichkeit der Übertragung von Notarztdiensten bzw. notärztlichen Tätigkeiten auf die Primärversorgungseinheiten vorzusehen. Sofern dies durch die Regelung in § 8 Abs. 6 Ziffer 2 Primärversorgungsgesetz ohnehin möglich ist, sollte darauf in den Erläuternden Bemerkungen hingewiesen werden.

Zu § 9 (Primärversorgungseinheiten in Form von Gruppenpraxen):

In vorangegangenen Gesetzesentwürfen zum Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 war im Ärztegesetz die Möglichkeit der Anstellung von Ärztinnen/Ärzten in Gruppenpraxen vorgesehen, 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 grundsätzlich zu einer derartigen Regelung bekannt.

Zu § 10 (Primärversorgungseinheiten in Form von selbstständigen Ambulatorien):

§ 10 Ziffer 4 des Gesetzesentwurfs sieht vor, dass Gesellschafterinnen und Gesellschafter von Primärversorgungseinheiten in Form von selbstständigen Ambulatorien nur gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste, Krankenversicherungsträger oder Gebietskörperschaften sein können.

Bei den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten ist das Vorliegen der Gemeinnützigkeit nach § 16 KAKuG Grundvoraussetzung für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes, den Trägern der landesfondsfinanzierten Krankenanstalten, insbesondere Gemeindeverbänden, kommt jedoch kein Gemeinnützigkeitsstatus zu. Es sollte daher zur Klarstellung 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.“

Die Wortfolge „maßgeblich zur persönlichen Berufsausübung“ in § 10 Z 4 ist unklar, weshalb zumindest in den Erläuternden Bemerkungen Kriterien ausgeführt werden sollte, wann von einer maßgeblichen Berufsausübung gesprochen werden kann.

Ein negativer Beigeschmack bleibt aber insofern bestehen, als Krankenversicherungsträger und Gebietskörperschaften zunehmend in den extramuralen Bereich drängen und mit der vorgenannten Regelung dazu auch entsprechend legitimiert werden.

Zu § 11 (Primärversorgungseinheit als Ausbildungsstätte):

Die im Entwurf vorgesehene Möglichkeit von Primärversorgungseinheiten die Funktion als Ausbildungsstätte wahrzunehmen, sollte in eine Verpflichtung umgewandelt werden, zumal diese vom Versorgungsauftrag und vom Leistungsumfang prädestiniert für eine umfassende Ausbildungsmöglichkeit in verschiedenen Gesundheitsberufen wären.

Zu § 12 (Bezeichnungsschutz und Informationspflicht):

Die Bestimmung des § 12 Abs. 2 Z 2 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):

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

Die Bewertung der eingelangten Bewerbungen soll nach § 14 Abs. 4 durch die örtlich zuständige GKK erfolgen. Wenn es im Einzelfall bei Vorliegen der in der Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 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.

Notwendigkeit von Übergangsregelungen:

Ähnlich wie in Wien und Oberösterreich sind auch in der Steiermark bereits Pilotprojekte im Sinne der Primärversorgung gestartet. Bestehende Pilotprojekte sollten als PVEs im Sinne des vorliegenden Gesetzesentwurfes gesehen werden bzw. wenn diese Pilotprojekte den Bestimmungen dieses Gesetzes entsprechen, diese ohne Auswahlverfahren etc. in ein solches PVE übergeführt werden können. Entsprechende Übergangsbestimmungen wären hierfür vorzusehen.

II. Zu Artikel 2 (Änderung des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes):

Zu § 21 Abs. 9:

Die Bestimmung des Entwurfs in dieser Form wird abgelehnt und sollte überarbeitet werden.

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

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. 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.

III. Zu Artikel 7 (Änderung des Unterbringungsgesetzes)

Wie schon oben erwähnt, erscheint die Regelung systematisch nicht ganz schlüssig, wenn beim untersuchungsberechtigten Kreis physische Personen und die PVE aufgezählt werden. Das Wort „Primärversorgungseinheit“ sollte durch die Wortfolge „Ärztin/Arzt einer Primärversorgungseinheit“ ersetzt werden.

Weiters wird angeregt, den Kreis der untersuchungsberechtigten Personen auch auf Ärztinnen/Ärzte von öffentlichen Krankenanstalten auszudehnen.

Eine Ausfertigung dieser Stellungnahme wird in elektronischer Form auch dem Präsidium des Nationalrates übermittelt.

Mit freundlichen Grüßen
Für die Steiermärkische Landesregierung
Der Landesamtsdirektor

Mag. Helmut Hirt
(elektronisch gefertigt)

Ergeht per E-Mail:

1. dem Präsidium des Nationalrates
begutachtungsverfahren@parlament.gv.at
2. allen steirischen Mitgliedern des Nationalrates
3. allen steirischen Mitgliedern des Bundesrates
4. allen Ämtern der Landesregierungen
5. allen Klubs des Landtages Steiermark
sowie der Direktion des Landtages Steiermark
6. der Verbindungsstelle der Bundesländer
beim Amt der NÖ Landesregierung

zur gefälligen Kenntnisnahme.