

Bundesministerium für
Gesundheit und Frauen
Radetzkystraße 2
1031 Wien

Dampfschiffstraße 2
A-1031 Wien
Postfach 240

Tel. + (1) 711 71 - 0
Fax + (1) 711 94 - 25
office@rechnungshof.gv.at

Wien, 22. Mai 2017
GZ 302.857/001-2B1/17

Entwurf eines Gesundheitsreformumsetzungsgesetzes 2017 – GRUG 2017

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Rechnungshof (RH) dankt für den mit Schreiben vom 21. April 2017, GZ. BMGF-96100/0006-II/A/6/2017, übermittelten im Betreff genannten Entwurf und nimmt hiezu im Rahmen des Begutachtungsverfahrens aus der Sicht der Rechnungs- und Gebarungskontrolle wie folgt Stellung:

1. Allgemeines

Der RH weist einleitend kritisch darauf hin, dass die Grundlagen für den vorliegenden Gesetzesentwurf:

- die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (1340 BlgNR XXV. GP),
- die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (1339 BlgNR XXV. GP) und
- das mit BGBl. I Nr. 26/2017 kundgemachte Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017 – VUG 2017 (Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) erlassen wird sowie das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das ASVG, das GSVG, das BSVG, das BKUVG, das Ärztegesetz 1998, das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH und das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen geändert werden)

keinem Begutachtungsverfahren unterzogen wurden.

Der RH hält kritisch fest, dass ihm aufgrund dieser Vorgangsweise keine Gelegenheit gegeben wurde, zu den mit diesen Regelungen vorgeschlagenen rechtlichen Maßnahmen und den damit verbundenen finanziellen Auswirkungen für das öffentliche Gesundheitswesen – insbesondere hinsichtlich des in den genannten Bestimmungen festgelegten „Ausgabendämpfungspfads“ – Stellung zu nehmen. Dieser „Ausgabendämpfungspfad“ betreffend die öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege wird in den

Erläuterungen der o.a. Bestimmungen wie folgt dargestellt:

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ausgabenobergrenze (in Mio. EUR)	25.563	26.483	27.410	28.342	29.277	30.214
Jährlicher Ausgabenzuwachs		3,6 %	3,5 %	3,4 %	3,3 %	3,2 %

Der RH hat in seinen Positionen für eine nachhaltige Entwicklung Österreichs (Reihe 2016/2, S. 211 ff.) u.a. festgehalten, dass Handlungsbedarf für eine Reduktion der stationären Kapazitäten besteht und daher das im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 angestrebte Ziel einer Leistungserbringung am „best point of service“ und die damit einhergehende teilweise Verlagerung von Leistungen in den niedergelassenen Bereich positiv beurteilt. Er hat jedoch auch darauf hingewiesen, dass ein umfassendes Konzept für die Umsetzung fehlte. Der vorliegende Entwurf regelt – obwohl als Gesundheitsreformumsetzungsgesetz bezeichnet – einen Teilbereich des erforderlichen „umfassenden Konzepts“, indem er die rechtlichen Rahmenbedingungen für die neuen Primärversorgungseinheiten festlegt, die eine solche Verlagerung erleichtern sollen. Der RH beurteilt diesen ersten Umsetzungsschritt zwar positiv, hält aber gleichzeitig fest, dass die Reformwirksamkeit der Einrichtung von Primärversorgungseinheiten (ob diese bspw. – wie im Entwurf ausgeführt – durch eine gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstige Erbringung von Leistungen tatsächlich zu einer Ausgabendämpfung im Gesundheitswesen beitragen werden) auf Grundlage des Entwurfs nicht beurteilbar ist.

Dies insbesondere deshalb, weil entscheidende Details (insbesondere das konkrete Leistungsangebot, Regelung der Öffnungszeiten, Qualitätssicherungsmaßnahmen) nicht aus dem vorliegenden Entwurf hervorgehen, sondern erst in den Primärversorgungsverträgen von den Sozialversicherungsträgern mit den Vertragspartnern festgelegt werden sollen.

Daher bleibt auch unklar, in welchem Ausmaß die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Kostendämpfung im Bereich der „Ärztlichen Hilfe“ beitragen können, zumal die Erbringung ärztlicher Leistungen am „best point of service“ und ihre Steuerung von zentraler Bedeutung für die Kostendämpfungen sind und die zur Erreichung der Ausgabenobergrenzen beitragen sollen (siehe hiezu auch TZ 5 des Berichts des RH Reihe Bund 2016/3, „Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung“).

2. Geplante Regelungen

2.1 Zu den Primärversorgungseinheiten nach dem Primärversorgungsgesetz 2017 (§ 2 PVG 2017)

(1) In den Anwendungsbereich des vorliegenden Entwurfs für ein Primärversorgungsgesetz fallen solche Primärversorgungseinheiten, die sich durch verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit gemäß einem Versorgungskonzept auszeichnen und nach außen als einheitliche Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem auftreten. Des weiteren müssen sie:

- eigene Rechtspersönlichkeit besitzen,
- im jeweiligen Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) abgebildet sein und



- über einen Primärversorgungsvertrag mit den in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern, jedenfalls aber mit der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse verfügen.

Die Voraussetzung der eigenen Rechtspersönlichkeit der Primärversorgungseinheiten wird insbesondere vor dem Hintergrund von etwaigen Haftungsfragen – gemäß § 13 des Entwurfs müssen Primärversorgungseinheiten deshalb auch über eine Haftpflichtversicherung verfügen – grundsätzlich positiv beurteilt.

(2) Grundsätzlich soll eine Primärversorgungseinheit entweder an einem Standort, dann ausschließlich in den Organisationsformen Gruppenpraxis und selbständiges Ambulatorium (siehe dazu auch Pkt. 2.4), oder als Netzwerk von Einzelordinationen an mehreren Standorten eingerichtet werden können. Für den zweiten Fall ist gemäß § 2 Abs. 5 des Entwurfs – vor dem Hintergrund der Notwendigkeit einer eigener Rechtspersönlichkeit – beispielhaft die Organisationsform eines Vereines angeführt.

Die Erläuterungen enthalten diesbezüglich weder eine Begründung für die besondere Geeignetheit der Vereinsstruktur („wäre vorstellbar“) noch Ausführungen darüber, ob in einem solchen Fall einerseits das Vereinsgesetz uneingeschränkt zur Anwendung kommen soll bzw. ob andererseits die Bestimmungen des Vereinsgesetzes ausreichend sind. Demgegenüber würden für als GmbH organisierte Gruppenpraxen bspw. spezielle Regelungen hinsichtlich der organschaftlichen Vertretung und des Verhältnisses von ärztlichem und nichtärztlichem Personal gelten. Der RH regt daher eine entsprechende Ergänzung der Erläuterungen an.

2.2 Zu weiteren Anforderungen an Primärversorgungseinheiten nach dem Primärversorgungsgesetz 2017 (§ 4 PVG 2017)

Zu den Erläuterungen zu § 4 des Entwurfs ist darauf hinzuweisen, dass die Anforderungen einer wohnortnahen Versorgung und einer guten verkehrsmäßigen Erreichbarkeit unbestimmt bleiben. Da die Erläuterungen nicht klarstellen, ob darunter auch die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln gemeint ist, bleibt ungeklärt, ob bzw. unter welchen Rahmenbedingungen ein Netzwerk von Einzelordinationen an mehreren Standorten in einer ländlichen Region überhaupt möglich ist. Die Erläuterungen sollten daher dementsprechend näher ausgeführt werden.

2.3 Zum Versorgungskonzept der Primärversorgungseinheiten nach dem Primärversorgungsgesetz 2017 (§ 6 PVG 2017)

Zur Sicherstellung der Anforderungen und des Leistungsumfanges sieht § 6 des Entwurfs die Vereinbarung eines Versorgungskonzepts vor, das im Innenverhältnis Leistungen und Organisation der Primärversorgungseinheit regeln soll. Die Erläuterungen nennen hierzu ausschließlich Beispiele für Regelungen zur Aufbau- und Ablauforganisation, nicht aber zu den Regelungen betreffend Leistungen. So bleibt beispielsweise unklar, was unter den in Abs. 1 Z 1 lit. c genannten Regelungen zur Sicherstellung der Kontinuität der Betreuung von chronisch und multimorbid Erkrankten zu verstehen ist. Darüber hinaus bleiben Details zum Verhältnis Versorgungskonzept / Primärversorgungsvertrag offen, bspw. wie die Einhaltung des Konzepts durch das Team der Primärversorgungseinheit sichergestellt werden kann. Eine Ergänzung der Erläuterungen sollte auch in diesem Punkt erfolgen.

2.4 Zu den Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien (§ 10 PVG 2017 i.V.m. § 14 PVG 2017 und § 342 Abs. 3 ASVG)

(1) § 10 Z 1 PVG 2017 setzt für die Errichtungsbewilligung für eine Primärversorgungseinheit in Form eines selbständigen Ambulatoriums unter anderem voraus, dass eine Primärversorgungseinheit im RSG abgebildet ist und – als Ergebnis eines Verfahrens nach § 14 PVG 2017 – eine vorvertragliche Zusage der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrags vorliegt.

§ 14 PVG 2017 sieht diesbezüglich eine Konkretisierung der Planungsvorgaben des RSG durch die Gesamtvertragsparteien (im Stellenplan nach § 342 Abs. 1 Z 1 i.V.m. § 342 Abs. 1a ASVG) im Verhandlungsweg und daran anschließend ein Bewerbungsverfahren vor, wobei die Bewerbungen in einer ersten Phase beschränkt sein sollen, und zwar auf die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie ihre Vertrags-Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin, deren Planstellen im Stellenplan (§ 342 Abs. 1a ASVG) für die konkrete Primärversorgungseinheit vorgesehen sind. Abhängig von den Planungsvorgaben des RSG sind erforderlichenfalls weitere berufsberechtigte Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und gegebenenfalls Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde zur Bewerbung um einen Primärversorgungsvertrag einzuladen.

Nach Ansicht des RH ergibt sich aus dieser vorgeschlagenen Bestimmung nicht mit hinreichender Deutlichkeit, ob sich die bezeichneten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte (einschließlich Vertrags-Gruppenpraxen) nur für eine Primärversorgungseinheit in der Betriebsform einer Gruppenpraxis bzw. einer Gruppenpraxis mit dislozierten Standorten oder auch für eine Primärversorgungseinheit in der Betriebsform eines Ambulatoriums bewerben dürfen. Dieselbe Unklarheit besteht auch in der ersten Phase des Bewerbungsverfahrens gemäß § 14 Abs. 3 des Entwurfs (im Falle einer fehlenden Einigung über die Umsetzung der Planungsvorgaben im Stellenplan).

Überdies sollte geprüft bzw. erläutert werden, ob der Ausschluss von Bewerberinnen und Bewerbern, die eine Primärversorgungseinheit in der Rechtsform eines selbständigen Ambulatoriums zu betreiben beabsichtigen, in der ersten Phase der Bewerbungsverfahren unionsrechtlich zulässig wäre (siehe dazu auch Punkt 2.6).

(2) Die Möglichkeit, sich als Gesellschafterin/Gesellschafter an einer Primärversorgungseinheit in Form eines selbständigen Ambulatoriums zu beteiligen, soll auf gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste, Krankenversicherungsträger oder Gebietskörperschaften eingeschränkt werden (§ 10 Z 4 PVG 2017). Dieser gänzliche Ausschluss gewinnorientierter Gesellschafterinnen/Gesellschafter erscheint jedoch insbesondere deshalb nicht uneingeschränkt zweckmäßig, weil nicht sichergestellt ist, dass sich eine ausreichende Zahl gemeinnütziger Anbieter im Sinne von § 10 Z 4 PVG 2017 um den Betrieb von Primärversorgungseinheiten bewirbt. Ein Mangel an gemeinnützigen Bewerbern könnte dazu führen, dass an bestimmten im Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) abgebildeten Standorten keine Primärversorgungseinheit betrieben werden kann.

Aus Gründen einer verbesserten Sicherstellung einer im RSG angestrebten Versorgungsstruktur könnte daher erwogen werden, gewinnorientierte Erwerber nicht gänzlich vom Betrieb einer Primärversorgungseinheit in der Rechtsform eines Ambulatoriums auszuschließen, die Gemeinnützigkeit jedoch im Auswahl-



verfahren positiv zu werten (bei gleich guten Konzepten und mehreren Bewerbern – siehe dazu auch Punkt 2.6).

(3) Die Erläuterungen zu § 10 PVG 2017 führen weiters aus, dass etwa die Bestimmungen betreffend Krankenhaushygieniker/innen bzw. Hygienebeauftragte (Ausführungsbestimmungen zu § 8a Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten – KAKuG) und Technische Sicherheitsbeauftragte (Ausführungsbestimmungen zu § 8b KAKuG) nicht mit dem Angebot in der Primärversorgung und den damit gegebenen Erfordernissen in Einklang stünden.

Der RH hält diesbezüglich fest, dass eine Reduktion der gesetzlich vorgesehenen technischen und hygienischen Vorgaben insofern problematisch erscheint, weil derzeit geltende qualitätssichernde Mindeststandards (so regelt bspw. § 8a KAKuG auch die Aufgaben der/des Krankenhaushygienikers/in bzw. Hygienebeauftragten) nicht unterschritten werden dürfen. Es ist im übrigen nicht erkennbar, dass sich die in der Betriebsform des Ambulatoriums geführten Primärversorgungseinheiten in relevanter Weise von sonstigen Ambulatorien unterscheiden würden, die den Vorgaben von § 8a und § 8b KAKuG weiterhin entsprechen müssen.

Es wird daher angeregt, die Vertretbarkeit der in Aussicht genommenen Ausnahmeregelungen etwa betreffend sicherheitstechnische und hygienische Qualitätsstandards bzw. -vorgaben – insbesondere im Interesse höchstmöglicher Patientenbehandlungssicherheit – nochmals kritisch zu überdenken bzw. jedenfalls adäquate Qualitätsvorgaben/-standards sicherzustellen.

(4) Laut § 10 Z 3 PVG sollen ferner Primärversorgungseinheiten von der Verpflichtung ausgenommen werden, Arzneimittelkommissionen einzurichten. Der RH weist darauf hin, dass auch die Erläuterungen keine nähere Begründung für diese Ausnahmeregelung enthalten.

(5) Der vorgeschlagene § 342 Abs. 3 ASVG differenziert danach, ob der Stellenplan die Umsetzung der Planungsvorgaben vor Durchführung eines Auswahlverfahrens regelt oder nicht. Wird die Primärversorgungseinheit nach Umsetzung der Planungen im Stellenplan dennoch als selbständiges Ambulatorium unter Vertrag genommen, so erfolgt eine Reduktion des Stellenplans um die im selbständigen Ambulatorium gebundenen ärztlichen Vollzeitäquivalente jeweils bei Freiwerden einer geeigneten Planstelle. Regelt der Stellenplan die Umsetzung der Planungsvorgaben vor Durchführung eines Auswahlverfahrens (nach § 14 Abs. 3 PVG 2017) hingegen nicht, so ist der Stellenplan in halbem Ausmaß der im selbständigen Ambulatorium gebundenen Vollzeitäquivalente zu reduzieren. In den Erläuterungen wird diese Differenzierung nicht begründet.

Der RH regt daher an, nähere Erläuterungen zu den in (4) und (5) genannten Regelungen und Differenzierungen aufzunehmen.

2.5 Vertragliche Beziehungen zwischen Trägern der Krankenversicherung und Primärversorgungseinheiten (342b und 342c ASVG)

Die vorgeschlagenen §§ 342b und 342c ASVG regeln die vertraglichen Beziehungen zwischen Trägern der Krankenversicherung und Primärversorgungseinheiten (ausgenommen jener in der Rechtsform selbstständiger Ambulanz).

§ 342c Abs. 13 ASVG sieht für den Fall, dass kein Primärversorgungs(*gesamt*)vertrag zwischen Hauptverband und Ärztekammer zustande kommt beziehungsweise vorliegt, die Möglichkeit des Abschlusses von Primärversorgungs-Sondereinzelverträgen nach einheitlichen Grundsätzen vor. Dieser bedarf jedoch der Zustimmung der örtlich in Betracht kommenden Gebietskrankenkasse und der zuständigen Ärztekammer. Auch die Erläuterungen legen nicht näher dar, wie diese erforderlichen Zustimmungen erreicht werden sollen, wenn eben gerade kein Konsens über den Inhalt eines Gesamtvertrages über die Primärversorgung erzielt werden konnte.

2.6 Zum Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten nach dem Primärversorgungsgesetz (§ 14 PVG 2017)

Zum Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten sieht der Entwurf vor, dass zunächst jene Vertragsärztinnen und -ärzte von der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse, deren Planstellen im RSG abgebildet sind, einzuladen sind. Der RH weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Erläuterungen keine Ausführungen zur Frage einer etwaigen Anwendbarkeit des Vergaberechts auf das Auswahlverfahren und allenfalls vorhandene Rechtfertigungsgründe für das Absehen von einer öffentlichen Ausschreibung enthalten.

Sofern innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten ab Einladung keine geeignete Bewerbung vorliegt, hat die Einladung zur Bewerbung über diesen Personenkreis hinaus zu erfolgen. Für den Fall, dass keine geeignete Bewerbung aus den Reihen der bestehenden Vertragsärztinnen bzw. -ärzten der Versorgungsregion vorliegt und eine Bewerbung aus dem größeren Personenkreis vorliegt, ist nicht geregelt, wie Doppelstrukturen vermieden werden sollen.

Der RH regt daher auch zu den genannten Punkten/Fragestellungen nähere Erläuterungen an.

3. Zur Darstellung der finanziellen Auswirkungen

Gemäß § 17 Abs. 2 BHG 2013 ist jedem Entwurf für ein Regelungsvorhaben und jedem sonstigen Vorhaben, von dem Mitglied der Bundesregierung oder dem haushaltsleitenden Organ, in dessen Wirkungsbereich der Entwurf ausgearbeitet oder das Vorhaben geplant wurde, eine der WFA-Finanzielle-Auswirkungen-Verordnung (WFA-FinAV, BGBI. II Nr. 490/2012 i.d.F. BGBI. II Nr. 69/2015) 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 Gesundheitsreform 2013 hatte u.a. auch das Ziel, die Ausgaben im Gesundheitsbereich angepasst an die Steigerungen des BIP zu dämpfen. Hierzu sollten laut Entwurf (§ 3 Abs. 2 Z 4 PVG) auch die Primärversorgungseinheiten durch eine gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstige Erbringung von Leistungen beitragen. Gleichzeitig sind für die Finanzierung des Ausbaus der Primärversorgung durch solche Primärversorgungseinheiten, aber auch der ambulanten Fachversorgung öffentliche Mittel notwendig.

In Art. 31 der derzeit noch nicht kundgemachten neuen Art. 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sind über die Laufzeit dieser Vereinbarung bis 2020 dafür 200 Mio. EUR zweckgewidmet. Gemäß dieser Vereinbarung werde die Finanzierungsaufteilung individuell und projektbezogen auf Basis der zwischen Ländern und Sozialversicherung festgelegten Planungsscheidungen im RSG im Rahmen der Budgetverantwortung von Ländern und Sozialversicherung vereinbart werden.

Dazu weist der RH einleitend darauf hin, dass die Erläuterungen zum vorliegenden Entwurf keine näheren Angaben zu den Annahmen, Ausgangsgrundlagen beziehungsweise den Schätzungen enthalten, die zur Berechnung der angegebenen 200 Mio. EUR führen. Auch die Erläuterungen zum Entwurf der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (in § 31 der noch nicht kundgemachten Vereinbarung wird die Summe von 200 Mio. EUR genannt) enthalten keine näheren Angaben zur Herleitung des angegebenen Betrags.

Darüber hinaus sollen diese Mittel nicht ausschließlich dem Aufbau der Primärversorgung, sondern insbesondere auch dem Aufbau von näher bezeichneten Versorgungsangeboten in der ambulanten Fachversorgung gewidmet sein. Es ist demnach nicht ersichtlich, im welchem Ausmaß Mittel zum Ausbau der Primärversorgung Verwendung finden sollen.

Die – nicht konkret bezifferten – Mehrausgaben ergeben sich offenbar aus den gemäß dem Gesetzesentwurf abzuschließenden Verträgen, insbesondere aus dem Gesamtvertrag für Primärversorgungseinheiten betreffend ärztliche Hilfe (siehe den vorgeschlagenen § 342b ASVG) in Verbindung mit den Primärversorgungsverträgen und Primärversorgungs-Einzelverträgen (siehe den vorgeschlagenen § 342c ASVG und § 8 Abs. 3 Z 2 und 3 PVG 2017). Die Erläuterungen enthalten keine Ausführungen, inwieweit und aus welchen Gründen sich aus diesen Vertragsabschlüssen Mehrkosten im Vergleich zur derzeit bestehenden Vertragslage ergeben werden.

Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens führt unter anderem aus, dass die Vorhaben unter anderem „zur Spitalsentlastung“ beizutragen haben. Die Erläuterungen zu den finanziellen Auswirkungen dieser Vereinbarung aber auch des vorliegenden Entwurfs eines Gesundheitsreformumsetzungsgesetzes enthalten jedoch keine Ausführungen, ob und inwieweit sich daraus Einsparungen im Bereich der Krankenanstalten ergeben werden.

Zur Übertragung von Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes¹ an Primärversorgungseinheiten nach § 8 PVG 2017, mit der ein bestehender Mangel an amtsärztlichem Personal ausgeglichen werden soll, wird abschließend angemerkt, dass auch der laut Entwurf vorgesehene Kostenersatz für die Primärversorgungseinheiten in den Darstellungen über die finanziellen Auswirkungen nicht erwähnt wird.

Die finanziellen Auswirkungen sind demnach weder hinsichtlich der Mehrausgaben noch hinsichtlich möglicher Einsparungen konkretisiert. Die Erläuterungen zu den finanziellen Auswirkungen entsprechen daher aus Sicht des RH nicht den Anforderungen des § 17 BHG 2013 und der hierzu ergangenen Verordnung der Bundesministerin für Finanzen – WFA-FinAV, BGBl. II Nr. 490/2012 i.d.g.F.

Von dieser Stellungnahme wird jeweils eine Ausfertigung dem Präsidium des Nationalrates und dem Bundesministerium für Finanzen übermittelt.

Mit freundlichen Grüßen

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

F.d.R.d.A.:



¹ Aufgaben gemäß § 8 Unterbringungsgesetz sowie freiheitsbeschränkende Maßnahmen nach dem § 5 Heimaufenthaltsgesetz, die amtliche Totenbeschau und weitere Aufgaben die aufgrund bundes- oder landesgesetzlicher Regelungen von Angehörigen der Gesundheits- und der Sozialberufe durchzuführen sind.