

AMT DER NIEDERÖSTERREICHISCHEN LANDESREGIERUNG
Gruppe Landesamtsdirektion
Abteilung Landesamtsdirektion/Verfassungsdienst
3109 St. Pölten, Landhausplatz 1



Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, 3109

An das
 Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
 Radetzkystrasse 2
 1030 Wien

Beilagen

LAD1-VD-195533/001-2017
 Kennzeichen (bei Antwort bitte angeben)

E-Mail: post.lad1@noel.gv.at
Fax 02742/9005-13610 Internet: http://www.noel.gv.at
Bürgerservice-Telefon 02742/9005-9005 DVR: 0059986

Bezug	BearbeiterIn	(0 27 42) 9005	Durchwahl	Datum
BMGF-96100/0006-II/A/6/2017	Mag. Andreas Haiden		12353	16. Mai 2017

Betrifft

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)

Die NÖ Landesregierung hat in ihrer Sitzung vom 16. Mai 2017 beschlossen, zum 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), wie folgt Stellung zu nehmen:

Zu Artikel 1 (Primärversorgungsgesetz 2017):

Zu § 2:

Primärversorgungseinheiten sollten neben der umfassenden Behandlung auch eine angemessene Diagnostik anbieten, um der Zielsetzung des Entwurfs als Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem gerecht werden zu können.

In § 2 Abs. 1 sollte daher nach der Wortfolge "Angebote zur Förderung von Gesundheit und Prävention vor Krankheiten" die Wortfolge „und für eine angemessene Diagnostik“ eingefügt werden.

Zu § 2 Abs. 2 ist festzustellen, dass in dem darin genannten Kernteam abweichend vom Primärversorgungskonzept „Das Team rund um den Hausarzt“ eine Ordinationsassistenz nicht genannt ist. Es sollte daher in dieser Bestimmung bei den Festlegungen zum Kernteam die Ordinationsassistenz ergänzt werden.

Eine Überarbeitung dieser Bestimmung ist daher erforderlich.

Zu § 4:

In § 4 Z 2 sollten verpflichtende Öffnungszeiten von Montag bis Freitag von jeweils 7 bis 19 Uhr festgelegt werden, um einen direkten Einfluss auf die Entlastung der Spitalsambulanzen zu nehmen.

Zu § 4 Z 4 ist festzustellen, dass seit 7. April 2017 die Gesundheitsnummer „1450 Ihre telefonische Gesundheitsberatung“ im Pilotbetrieb ist. Die Gesundheitsberatung stellt einen Wegweiser durch das Angebot an Gesundheitsdienstleistern dar und soll durch Hinweis auf bestehende Strukturen der Primärversorgung nicht zuletzt zur Entlastung der Spitalsambulanzen beitragen. In diesem Zusammenhang kommt den Primärversorgungseinheiten eine bedeutende Rolle zu. Es sollte daher diese Bestimmung um die Wortfolge „Einbindung und enge Kooperation mit telefonischen Gesundheitsdiensten, wie etwa der Gesundheitsnummer „1450 Ihre telefonische Gesundheitsberatung““ ergänzt werden.

Zu § 4 Z 6 ist festzustellen, dass eine gemeinsame elektronische Patientenakte Voraussetzung für die Sicherstellung der Behandlungskontinuität ist. Um dem zu

entsprechen, ist die verpflichtende Teilnahme an ELGA daher als weitere Anforderung an die Primärversorgungseinheit festzulegen.

In § 4 Z 8 wäre hinsichtlich der infrastrukturellen Ausstattung ein Verweis auf § 5 (Leistungsumfang der Primärversorgungseinheit) aufzunehmen, um die Anforderungen an die infrastrukturelle Ausstattung zu konkretisieren. Es wird daher vorgeschlagen, in § 4 Z 8 die Wortfolge „Vorhandensein der notwendigen“ durch die Wortfolge „Vorhandensein der für die Leistungserbringung gemäß § 5 Abs. 2 notwendigen“ zu ersetzen.

Eine Überarbeitung dieser Bestimmung ist daher erforderlich.

Zu § 5:

Zu § 5 Abs. 1 Z 5 wird vorgeschlagen, den Begriff „Arzneimittelmanagement“ genau zu definieren. Arzneimittelmanagement sollte nicht auf den Betrieb einer Hausapotheke eingeschränkt sein, sondern auch die Überwachung der Medikamentenverordnungen in Hinblick auf Wechselwirkungen, unerwünschte Wirkungen unter Berücksichtigung von Zweckmäßigkeit und therapeutischem Nutzen umfassen. Es sollte daher in dieser Bestimmung nach dem Wort „Arzneimittelmanagement“ die Wortfolge „einschließlich der Überwachung der Medikamentenverordnungen in Hinblick auf Wechselwirkungen und unerwünschte Wirkungen unter Berücksichtigung von Zweckmäßigkeit und therapeutischem Nutzen“ eingefügt werden.

Zu § 5 Abs. 2 ist festzustellen, dass der Leistungsumfang der Primärversorgungseinheit (entsprechend § 2 Abs. 1) hinsichtlich einer angemessenen Diagnostik zu ergänzen wäre. Es sollte daher in dieser Bestimmung nach dem Wort „Zusammensetzung“ die Wortfolge „neben der für eine Primärversorgung angemessenen Diagnostik“ eingefügt werden.

Eine Überarbeitung dieser Bestimmung ist daher erforderlich.

Zu § 6:

Bei Primärversorgungseinheiten, die als Netzwerk an mehreren Standorten eingerichtet werden können, ist aufgrund des Gesetzesentwurfs ein Mehrwert im Verhältnis zum

Status quo nicht erkennbar. Die Einrichtung an mehreren Standorten entfernt sich vom idealtypischen Leistungsprofil einer Primärversorgungseinheit. Es sollten daher gesetzliche Festlegungen zu den Aufgaben des Netzwerkes dahingehend getroffen werden, dass dessen Vernetzungswirkung und Koordinationsfunktion in der allgemein medizinischen Versorgung hervorgehoben werden.

Darüber hinaus sollte im Versorgungskonzept dargestellt werden, wie die an mehreren Standorten eingerichtete Primärversorgungseinheit ihrer Aufgabe als Erstanlaufstelle gerecht werden kann, insbesondere welches Leistungsspektrum an den einzelnen Standorten angeboten wird.

Es wird daher vorgeschlagen, in § 6 Abs. 1 Z 2 lit. c nach dem Wort „Standorten“ die Wortfolge „genaue Definition der Leistungen an den einzelnen Standorten“ einzufügen.

Da die Planungskompetenzen in den Aufgabenbereich der Landesgesundheitsfonds fallen, sollten in § 6 Abs. 2 wesentliche Änderungen des Versorgungskonzepts auch dem Landesgesundheitsfonds anzuzeigen sein. Eine entsprechende Überarbeitung dieser Bestimmung sollte daher erfolgen.

Zu § 8:

Zu § 8 Abs. 6 ist festzustellen, dass Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes auch von den in der Primärversorgungseinheit tätigen Ärzten wahrgenommen werden können sollen. Es wird daher vorgeschlagen, in dieser Bestimmung die Wortfolge „Einer Primärversorgungseinheit können“ durch die Wortfolge „Einer Primärversorgungseinheit und den dort tätigen Ärzten können“ zu ersetzen.

Zu § 10:

Zu § 10 Z 4 ist festzustellen, dass auch Träger einer öffentlichen Krankenanstalt, Tochtergesellschaften von Gebietskörperschaften bzw. von den Gebietskörperschaften eingerichtete Körperschaften und Fonds als Betreiber/Gesellschafter von Primärversorgungseinheiten in Form selbständiger Ambulatorien in Frage kommen. Grundsätzlich ist der Betrieb von Primärversorgungseinheiten nicht Aufgabe des Landes Niederösterreich bzw.

- 5 -

der NÖ Landeskliniken-Holding. In Ausnahmesituationen könnte jedoch aufgrund von Synergieüberlegungen, besonderer örtlicher (peripherer) Lage oder aufgrund eines speziell erforderlichen Leistungsumfanges die Situation eintreten, dass seitens der Sozialversicherungsträger kein Betreiber für eine Primärversorgungseinheit gefunden werden kann. In solchen Fällen könnte eine Betreibergesellschaft aus Sozialversicherung und Land/Landeskliniken-Holding oder auch nur des Landes/der Landeskliniken-Holding eine sinnvolle Möglichkeit darstellen, um eine adäquate Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Auch im Hinblick auf die Notwendigkeit der Bereitstellung von Lehrpraxen im Rahmen der Ärzteausbildung, sollte daher diese Möglichkeit nicht von vornherein ausgeschlossen werden.

In § 10 Z 4 sollte daher anstelle der Wortfolge „Krankenversicherungsträger oder Gebietskörperschaften“ die Wortfolge „Krankenversicherungsträger, Träger einer öffentlichen Krankenanstalt oder Gebietskörperschaften und deren Tochtergesellschaften bzw. von Gebietskörperschaften eingerichtete Körperschaften und Fonds“ treten.

Eine Überarbeitung dieser Bestimmung ist daher erforderlich.

Zu § 14:

Zu § 14 Abs. 1 ist festzustellen, dass die Auswahl zur Invertragnahme der Primärversorgungseinheit entsprechend der Bedarfssituation zu erfolgen hat. Es sollte daher in dieser Bestimmung anstelle der Wortfolge „unabhängig von deren Organisationsform nach § 2 Abs. 5“ die Wortfolge „entsprechend der Bedarfssituation“ treten.

In § 14 Abs. 2 Z 2 sollte die Frist von 6 Monaten auf 3 Monate verkürzt werden, um nicht unnötige Zeit zu verlieren.

In § 14 Abs. 6 sollte neben den BewerberInnen auch der jeweilige Landesgesundheitsfonds über das Ergebnis des Auswahlverfahrens (Reihung der Bewerbungen) informiert werden.

Eine Überarbeitung dieser Bestimmung ist erforderlich.

Weitere Anmerkungen:

Weiters wird darauf hingewiesen, dass im vorliegenden Entwurf die Qualitätssicherung der Primärversorgungseinheiten nicht geregelt wird. Vorgaben zur Qualitätssicherung sind jedoch unverzichtbar, weshalb gefordert wird, im vorliegenden Entwurf Festlegungen zur unabhängigen Qualitätssicherung vorzusehen.

In Weiterentwicklung des Primärversorgungskonzepts „Das Team rund um den Hausarzt“ ist dringend die Aufnahme eines Facharztes für Innere Medizin anzudenken.

Zu Artikel 2 (Änderung des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes):Zu Z. 1 (§ 21 Abs. 9):

Das gesetzlich verankerte Vorschlagsrecht auf Planung der Primärversorgung sollte überdacht werden. Eine gesetzliche Regelung dahingehend, wonach für den Fall, dass ein Land die Landes-Zielsteuerungskommission nicht zeitnah mit solchen Ansuchen befasst – wofür im konkreten Fall wohl begründete Argumente vorliegen werden – dies durch die jeweilige Gebietskrankenkasse zu erfolgen hat, führt dazu, dass die Partner der Zielsteuerung gegeneinander ausgespielt werden, was einer konstruktiven Zusammenarbeit hinderlich sein würde. Ein gesetzliches Vorschlagsrecht suggeriert, dass sich Gesundheitsplanung an den Wünschen der Gesundheitsdiensteanbieter orientiert und Planungsagenden der Disposition von Interessenvertretungen unterliegen könnten. Gesundheitsstrukturplanung findet jedoch auf Expertenebene statt. Die Planungskompetenz ist im Bundesland Niederösterreich gesetzlich beim NÖGUS verankert, die Gesundheitsstrukturplanung erfolgt in Abstimmung mit den Sozialversicherungsträgern in der Landes-Zielsteuerungskommission.

Mit der durch das Vorschlagsrecht verbundenen Befassung der Landes-Zielsteuerungskommission würde ein enormer Verwaltungsaufwand ausgelöst werden. Es wäre mit zahlreichen Vorschlägen und Ansuchen zu rechnen, deren Abweisung umfangreich zu begründen und gegebenenfalls durch Gutachten zu belegen wäre. Es ist dadurch mit nicht unerheblichen Mehrkosten zu rechnen. Diese Kosten werden jedenfalls auszugleichen sein.

Zu den Kosten:

Die finanziellen Auswirkungen der Einrichtung von Primärversorgungseinheiten sind noch nicht abschätzbar, allerdings sind in der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (insbesondere Artikel 31) konkrete Schritte für eine einvernehmlich zwischen den Ländern und den Sozialversicherungsträgern festzulegende Umsetzung vorgesehen.

Eine Ausfertigung dieser Stellungnahme wird unter einem dem Präsidium des Nationalrates elektronisch übermittelt.

Ergeht an:

1. An das Präsidium des Nationalrates

2. An das Präsidium des Bundesrates
3. An alle vom Lande Niederösterreich entsendeten Mitglieder des Bundesrates
4. An alle Ämter der Landesregierungen zu Händen des Herrn Landesamtsdirektors
5. An die Verbindungsstelle der Bundesländer, Schenkenstraße 4, 1010 Wien
6. Bundeskanzleramt-Verfassungsdienst, Ballhausplatz 2, 1010 Wien
7. Landtagsdirektion

NÖ Landesregierung

Mag.^a Mikl-Leitner

Landeshauptfrau

