



Amtssigniert. SID2017051085911  
Informationen unter: amtssignatur.tirol.gv.at

Amt der Tiroler Landesregierung

**Verfassungsdienst**

**Dr. Marold Tachezy**

Telefon 0512/508-2210

Fax 0512/508-742205

verfassungsdienst@tirol.gv.at

An das  
Bundesministerium für  
Gesundheit und Frauen

p.a. vera.pribitzer@bmgf.gv.at

DVR:0059463

## **Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 – GRUG 2017; Stellungnahme**

Geschäftszahl VD-57/1-2017

Innsbruck, 18.05.2017

Zu GZ. BMGF-96100/0006-II/A/6/2017 vom 21. April 2017

Zum oben angeführten Gesetzentwurf wird folgende Stellungnahme abgegeben:

### **I. Allgemeines**

1. Das Land Tirol bekennt sich – wie dies auch von den Ländern im Rahmen der Landesgesundheitsreferentenkonferenz in Innsbruck deutlich zum Ausdruck gebracht wurde – zu einem bedarfsgerechten Ausbau der Primärversorgung sowie zur Schaffung der hierfür notwendigen geeigneten rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen.

Das Land Tirol sieht 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.

2. Der **Begriff „Primärversorgungseinheit“** (in Art. 1 [Primärversorgungsgesetz 2017 – PVG 2017]) mit speziellen Anforderungen (§ 4 PVG 2017), konkret definiertem Leistungsumfang (§ 5 PVG 2017) sowie verpflichtendem Versorgungskonzept (§ 6 PVG 2017) wird im Entwurf als geschützte Bezeichnung verankert (§ 12 PVG 2017). Dabei darf aber – 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 und-ärzte** 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.

3. Im Rahmen der Sitzung der Bundes-Zielsteuerungskommission am 24. April 2017 wurde von Seiten der Länder die **Notwendigkeit einer zielgerichteten kommunikativen und medialen Begleitung des**

Eduard-Wallnöfer-Platz 3, 6020 Innsbruck, ÖSTERREICH / AUSTRIA - <http://www.tirol.gv.at>

Bitte Geschäftszahl immer anführen!

**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 und Patienten 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.

4. Wie im Rahmen der Landesgesundheitsreferentenkonferenz 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 Landesgesundheitsreferentenkonferenz wurde in diesem Zusammenhang grundsätzlich davon ausgegangen, dass Träger von landesfondsfinanzierten Krankenanstalten nicht selbst Träger der Primärversorgung sein sollten, jedoch sollten diese Krankenanstaltenträger Gesellschafter von selbstständigen Ambulatorien sein können. Der Gesetzentwurf sieht hierzu in § 10 Z 4 PVG 2017 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 landesfondsfinanzierten Krankenanstalten das Vorliegen der Gemeinnützigkeit nach § 16 KAKuG Grundvoraussetzung für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes; den Trägern der landesfondsfinanzierten Krankenanstalten, insbesondere den Gemeindeverbänden, kommt jedoch kein Gemeinnützigkeitsstatus zu.

Es sollte daher zur Klarstellung im PVG 2017 folgende Formulierung in § 10 Z 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.“** (Siehe Ausführungen zu Punkt II zu Art. 1 zu § 10)

5. Weiters müsste sichergestellt werden, dass auch **öffentliche Krankenanstalten bzw. deren Träger als Netzwerkpartner** zugelassen werden (siehe Ausführungen zu Punkt II zu Art. 1 zu § 2 Abs. 5 Z 2).

6. Sofern für Primärversorgungscentren verpflichtend **bedarfsgerechte Sprachdienstleistungen** vorgesehen werden, sind im ASVG dafür entsprechende **Kostentragungsregelungen** vorzusehen (siehe Ausführungen zu Punkt II zu Art. 1 zu § 4 Z 7).

7. Derzeit sind im Entwurf **für Primärversorgungseinheiten** keine Mindestbesetzungen/Öffnungszeiten vorgesehen, um kleine Primärversorgungseinheiten hintanhalten zu können. Es wird angeregt, **entsprechende Regelungen zu Mindestgrößen** zu schaffen.

8. Um sicherzustellen, dass es **nicht** zu einer „**Automatik der Mitfinanzierung durch die Länder**“ kommt, muss klar gestellt werden, dass Primärversorgungseinheiten nach dem PVG 2017 sektorenübergreifende Vorhaben im Sinne des Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die

Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sind, für deren Errichtung und Betrieb Mittel der Sozialversicherung zweckgewidmet werden können (siehe Ausführungen zu Punkt II zu Art. 1 zu § 7).

9. Es muss sichergestellt werden, dass den **Primärversorgungseinheiten** vertraglich **Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes und Aufgaben aus dem Bereich des Notarztwesens** übertragen werden können. Die hinsichtlich der Aufgabenübertragung vorgesehene finanzausgleichsrechtliche Kostentragungsregelung führt zu Unklarheiten und sollte daher jedenfalls präzisiert werden (siehe Ausführungen zu Punkt II zu Art. 1 zu § 8).

10. Die Bedarfsbeurteilung für eine Primärversorgungseinheit hat im Rahmen des RSG zu erfolgen. Es soll daher **kein individuelles Bedarfsprüfungsverfahren nach dem Krankenanstaltenrecht** (bei selbstständigen Ambulatorien) **bzw. nach dem Ärztegesetz** (bei Gruppenpraxen) stattfinden (siehe Ausführungen zu Punkt II zu Art. 1 zu § 10).

10. Es wird angeregt, die Möglichkeit zu schaffen, **Primärversorgungseinrichtungen verbindlich** mit der Funktion **als Ausbildungsstätte** zu betrauen (siehe Ausführungen zu Punkt II zu Art. 1 zu § 11).

11. Gegen das vorgesehene gestufte **Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten** bestehen verfassungs-, wettbewerbs-, und vergaberechtliche Bedenken. Es ist jedenfalls auch sicherzustellen, dass ein entsprechendes Verfahren nicht zu dauerhaften additiven Angeboten führt (siehe Ausführungen zu Punkt II zu Art. 1 zu § 14).

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

13. Das (im Novellierungsentwurf zum Gesundheits- Zielsteuerungsgesetz) vorgesehene gesetzliche **Vorschlagsrecht der Berufsvertretungen** der Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbieter **und des Gemeinde- bzw. Städtebundes** und die damit verbundene **Prüfverpflichtung** werden **ausdrücklich abgelehnt** (siehe Ausführungen zu Punkt II zu Art. 2 zu Z 1).

14. In den dem Begutachtungsverfahren vorangehenden Entwürfen des Gesundheitsreformumsetzungsgesetzes, insbesondere in dem Entwurf, der Gegenstand der Befassung durch die Landesgesundheitsreferentenkonferenz war, war im Ärztegesetz – in dieser Form erstmalig – die Möglichkeit für Ärzte in Gruppenpraxen vorgesehen, Ärzte anzustellen, wobei das Verhältnis zwischen Gesellschafterinnen und Gesellschaftern und Vollzeitäquivalenten der angestellten Ärztinnen und Ärzten die Verhältniszahl 1:1 nicht übersteigen durfte. Diese Regelung ist im gegenständlichen Begutachtungsentwurf nicht mehr enthalten.

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 und –referenten dennoch grundsätzlich zur Zweckmäßigkeit einer derartigen Regelung bekannt. Auch wenn durch die – zu einer derartigen Regelung notwendige – **Verfassungsbestimmung (§ 9 Ärztegesetz 1998)** in den Kompetenztatbestand Heil- und Pflegeanstalten (Art. 12 B-VG) eingegriffen wird, haben die Länder dennoch eine derartige Bestimmung akzeptiert, zumal dadurch die Versorgungswirksamkeit der Gruppenpraxis im Bereich der Primärversorgung erhöht werden kann; dies betrifft in besonderer Weise auch die Sicherstellung von kurativen Bereitschaftsdiensten.

## II. Bemerkungen zu einzelnen Bestimmungen

Zu Art. 1 (Primärversorgungsgesetz 2017):

Zu § 2 Abs. 5 Z 2:

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:

Es stellt sich die Frage, wie die bedarfsgerechte Sicherstellung von Sprachdienstleistungen erfolgen soll. Wird damit eine Verpflichtung der Primärversorgungseinheit 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 neu und mit nicht unbedeutenden Kostenauswirkungen verbunden. Entsprechend müssten dann im ASVG Kostentragungsregelungen für Sprachdienstleistungen aufgenommen werden.

Zu § 7:

§ 7 PVG 2017 verweist auf den Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. 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 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens). 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. Für die 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 PVG 2017 wird klarstellend präzisiert, dass Primärversorgungseinheiten solche sektorenübergreifende Vorhaben im Sinne des Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sind, für deren Errichtung und Betrieb seitens der Sozialversicherung Mittel zweckgewidmet werden können. Es sollte daher diese Präzisierung auch in den Gesetzestext aufgenommen werden. Die Bestimmung sollte somit wie folgt 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 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 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 Z 2 PVG 2017 zuzulassen.

#### Zu § 8:

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.

Im Hinblick auf die – allein schon aus Ressourcen Gründen – 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 und Ärzte für Allgemeinmedizin in periphere Notarztssysteme 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 Z 2 ohnehin möglich ist, sollte auf die Möglichkeit der Übertragung der notärztlichen Tätigkeit in den Erläuternden Bemerkungen ausdrücklich hingewiesen werden.

Die finanzausgleichsrechtliche Kostentragungsregelung des Abs. 6 führt zu Unklarheiten und sollte daher jedenfalls präzisiert werden. Es stellt sich die Frage nach dem Verhältnis zu § 2 F-VG und zu § 1 FAG 2017.

#### Zu § 10:

Nach dieser Grundsatzbestimmung ist für die Errichtungsbewilligung erforderlich, dass eine Primärversorgungseinheit im RSG abgebildet ist und eine vorvertragliche Zusage der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse vorliegt. 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.

Der Begriff der „maßgeblichen persönlichen Berufsausübung“ in Z 4 ist unklar und sollte jedenfalls, zumindest in den Erläuternden Bemerkungen, entsprechend konkretisiert werden.

Wie im Rahmen der Landesgesundheitsreferentenkonferenz 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 Landesgesundheitsreferentenkonferenz wurde in diesem Zusammenhang grundsätzlich davon ausgegangen, dass Träger von landesfondsfinanzierten Krankenanstalten nicht selbst Träger der Primärversorgung sein sollten, jedoch sollten diese Krankenanstaltenträger Gesellschafter von selbstständigen Ambulatorien sein können. Der Gesetzentwurf sieht hierzu in § 10 Z 4 PVG 2017 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 landesfondsfinanzierten Krankenanstalten das Vorliegen der Gemeinnützigkeit nach § 16 KAKuG Grundvoraussetzung für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes; den Trägern der landesfondsfinanzierten Krankenanstalten, insbesondere den Gemeindeverbänden, kommt jedoch kein Gemeinnützigkeitsstatus zu.

Es sollte daher zur Klarstellung im PVG 2017 folgende Formulierung in § 10 Z 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).

#### Zu § 11:

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

Im Entwurf ist vorgesehen, dass eine Primärversorgungseinheit die Funktion einer Lehrpraxis wahrnehmen kann. Aus der Sicht des Landes Tirol 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 einer Primärversorgungseinheit soll es nicht geben. Es gibt nur den Vertrag mit der Primärversorgungseinheit.

#### Zu § 14:

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 erhebliche Bedenken, ob dieses gestufte Vorgehen (zunächst Vertragsärzte, dann Ambulatorien) verfassungs-, wettbewerbs- und vergaberechtlich zulässig ist.

Nach der Bestimmung des Abs. 4 soll die Bewertung der eingelangten Bewerbungen durch die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse erfolgen. Wenn es im Einzelfall bei Vorliegen der in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens genannten Kriterien zu einer Mitfinanzierung durch die Länder kommt, stellt sich die Frage, ob diese dann ebenfalls Einfluss auf die Bewertung haben.

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

Zu Art. 2 (Änderung des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes):

Zu Z 1 (§ 21 Abs. 8 bis 10):

Nach der Bestimmung des Abs.9 sollen gesetzliche Berufsvertretungen der Gesundheitsdiensteanbieter und der Gemeinde- bzw. Städtebund Vorschläge an das Land oder die Sozialversicherung auf Planung der Primärversorgung in einem bestimmten Einzugsgebiet und Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission richten können. Sofern nicht das jeweilige Land die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission zeitnah mit einem solchen „Ansuchen“ (Hinweis: aus dem „Vorschlag“ wird im Gesetzestext plötzlich ein „Ansuchen“) befasst, hat dies durch die jeweilige Gebietskrankenkasse zu erfolgen. Die von den Sozialversicherungsträgern in der Landes-Zielsteuerungskommission nominierten Vertreterinnen und Vertreter haben darauf hinzuwirken, dass ein solches Ansuchen nach sachlichen Kriterien, insbesondere zeitliche Verfügbarkeit, Wohnortnähe, 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 von den Ländern 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 Behandlung des Vorschlags statuiert 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. Das Land Tirol fordert 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 Art. 7 (Änderung des Unterbringungsgesetzes):

Die Bestimmung des § 8 erscheint systematisch nicht ganz schlüssig, wenn zunächst physische Personen aufgezählt werden und dann die Primärversorgungseinheit, die zwar Rechtspersönlichkeit hat, aber wohl nicht die Unterbringung anordnen kann. Es sollte daher wie folgt formuliert werden: „Arzt einer Primärversorgungseinheit“.

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

**III. Abschließende Bemerkungen**

Abschließend ist daher festzuhalten, dass das Land Tirol den Prozess zur raschen Finalisierung der rechtlichen Rahmenbedingungen für Primärversorgungseinheiten unterstützt.

Das Land Tirol erwartet sich jedoch eine fundierte Auseinandersetzung mit den geäußerten Kritikpunkten und entsprechende Anpassungen im gegenständlichen Gesetzentwurf.

Für weitere Gespräche in diesem Zusammenhang stehen die Experten des Landes gerne zur Verfügung.

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

Für die Landesregierung:

Dr. Liener

Landesamtsdirektor



Abschriftlich

An

die Abteilungen

Gesundheitsrecht und Krankenanstalten zu den E-Mails vom 8., 9. und 11. Mai 2017

Landessanitätsdirektion zu Zl. LSD-E-8/8/1-2017 vom 5. Mai 2017

Kranken- und Unfallfürsorge

Finanzen

im Hause

zur gefälligen Kenntnisnahme übersandt.