

AMT DER KÄRNTNER LANDESREGIERUNG
Abteilung 1 – Landesamtsdirektion
Verfassungsdienst

LAND  KÄRNTEN

Betreff:
Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 – GRUG
2017; Stellungnahme

Datum	19. Mai 2017
Zahl	01-VD-BG-9537/6-2017

Bei Eingaben Geschäftszahl anführen!

Auskünfte	Mag. Corinna Smrecnik
Telefon	050 536 10809
Fax	050 536 10800
E-Mail	Abt1.Verfassung@ktn.gv.at

Seite	1 von 7
-------	---------

An das
Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Per E-Mail: vera.pribitzer@bmgf.gv.at

Zu dem mit do. Note vom 21. April 2017, Zl. BMGF-96100/0006-II/A/6/2017, übermittelten Gesetzentwurf wird wie folgt Stellung genommen:

Zu Artikel 1 - Primärversorgungsgesetz:

Bekanntnis zur nachhaltigen Sicherstellung und zum Ausbau der Primärversorgung:

Zunächst bekennt sich das Land Kärnten – 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.

Das Land Kärnten 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.

Begriff Primärversorgungseinheit:

Der Begriff „Primärversorgungseinheit“ mit speziellen Anforderungen (§ 4), konkret definiertem Leistungsumfang (§ 5) sowie verpflichtendem Versorgungskonzept (§ 6) wird im Gesetz (§ 12 PVG 2017) 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.

Rolle der öffentlichen Krankenanstalten bei der Primärversorgung:

Wie im Rahmen der LandesgesundheitsreferentInnenkonferenz deutlich zum Ausdruck gebracht wurde, liegt es im Interesse der Verantwortungsträger für die öffentlichen 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 öffentlicher 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 öffentliche 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 öffentlichen Krankenanstalten nicht selbst Träger der Primärversorgung sein sollten; jedoch sollten Träger öffentlicher Krankenanstalten Gesellschafter von selbstständigen Ambulatorien sein können; der Gesetzesentwurf 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 öffentlichen Krankenanstalten das Vorliegen der Gemeinnützigkeit nach § 16 KAKuG Grundvoraussetzung für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes; den Trägern der öffentlichen Krankenanstalten selbst kommt jedoch kein solcher 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 öffentlichen 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 § 2 Abs. 5 Z 2 - Rolle der öffentlichen Krankenanstalten im Rahmen eines Primärversorgungsnetzwerkes:

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 sowie zum Vorblatt (Ziele):

Aus fachlicher Sicht wird angeregt „die Entlastung der Spitalsambulanzen und des akutstationären Bereichs“ als drittes Ziel im Vorblatt aufzunehmen. Diesbezüglich wird eine Option zur Festlegung von Öffnungszeiten auch an Samstagen und Sonntagen zur Erreichung des dritten Zieles vermisst, insbesondere dort, wo zentrale Aufnahmeeinheiten in bettenführenden Krankenanstalten entlastet werden sollen. Angeregt wird, eine solche Option in § 4 aufzunehmen.

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.

Zu § 4 Z 2:

Unklar erscheint der Begriff „Tagesrandzeiten“, dieser wäre zu präzisieren.

Zu § 4 Z 7 - Bedarfsgerechte Sprachdienstleistungen:

Es stellt sich die Frage, wie die bedarfsgerechte Sicherstellung von Sprachdienstleistungen erfolgen und ob damit eine Verpflichtung der PVE vorgesehen werden soll, Dolmetscher zur Verfügung zu stellen. Bisher hat es im extramuralen bzw. intramuralen Bereich keine derartigen gesetzlichen Verpflichtungen gegeben weshalb in dieser Form Neuland mit nicht unbeträchtlichen Kostenauswirkungen bestritten wird. Entsprechend müssten dann im ASVG Kostentragungsregelungen für Sprachdienstleistungen aufgenommen werden.

Zu § 4 Z 9 - Teilnahme an nationalen Vorsorge- und Screeningprogrammen und an integrierten Versorgungsprogrammen:

Die Begrifflichkeit „national“ schließt aus, dass die Primärversorgung an lokalen und bundeslandweiten Programmen teilnimmt. Lokal bzw. regional auftretende, die Gesundheit der ausschließlich dort lebenden Bevölkerung betreffende Fragestellung, wären somit nicht im Leistungsumfang der Primärversorgung enthalten. Wesentliche Wirkungsziele des Zielsteuerungsgesetzes, nämlich der zielgerechten Gesundheitsförderung und Prävention bzw. der Optimierung der Prozesse und des Ressourceneinsatzes, sind somit nicht gewährleistet.

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

§ 7 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 Art. 15a B-VG Vereinbarung Organisation und Finanzierung). Aus ho. Sicht wird in diesem Zusammenhang angemerkt, dass nach Art. 31 Abs. 5 die konkrete Entscheidung über die Finanzierungsaufteilung individuell, projektbezogen und einvernehmlich in der Landes-Zielsteuerungskommission erfolgt. Dabei ist der Aspekt der Spitalsentlastung wesentlich. Eine Automatik der Mitfinanzierung bzw. eine Vorgabe eines fixen Prozentsatzes der Mitfinanzierung durch die Länder wurde im Rahmen der Art. 15a Vereinbarung eben nicht vorgesehen.

In den Erläuterungen 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. Daher sollte es 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 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 Abs. 5:

Angemerkt wird, dass in Abs. 5 dieser Bestimmung offenbar ein Tippfehler unterlaufen ist (Primärversorgungseinheit).

Zu § 8 Abs. 6 - Übertragung von Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes:

Aus ho. Sicht wäre es zweckmäßig, 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.

Bezüglich der finanziellen Auswirkungen wird darauf hingewiesen, dass die Auslagerung bestimmter Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes iSd. § 8 Abs. 6 PVG 2017 für die öffentliche Hand kostenneutral zu sein hat.

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 periphere Notarztsysteme eingebunden. Es sollte daher auch die Möglichkeit vorgesehen werden, durchaus – vom Leistungs- und Versorgungsangebot aus – breiter aufgestellte Primärversorgungseinheiten ebenfalls in die Notarztversorgung einzubinden.

Wenn dies durch die Regelung in § 8 Abs. 6 Z 2 PVG 2017 beabsichtigt ist, sollte auf die Möglichkeit der Übertragung der notärztlichen Tätigkeit in den Erläuterungen klarstellend 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 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 Primär-

versorgungseinheiten – aufgegeben würde, haben sich die LandesgesundheitsreferentInnen dennoch grundsätzlich zur Zweckmäßigkeit einer derartigen Regelung bekannt. Auch wenn durch die – zu einer derartigen Regelung notwendige – Verfassungsbestimmung in den Kompetenztatbestand „Heil- und Pflegeanstalten“ (Art. 12 B-VG) eingegriffen wird, würde dennoch eine derartige Bestimmung befürwortet werden, 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 § 9 und § 10 - Primärversorgungseinheit muss im RSG abgebildet sein; weiters muss die Vertragszusage von Seiten der Sozialversicherung vorliegen:

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.

Zu § 10 Z 4 - Primärversorgungseinheiten in Form von selbstständigen Ambulatorien:

Zum Begriff „maßgeblich“ sollten zumindest in den Erläuterungen Kriterien formuliert werden, nach denen dies beurteilt werden kann.

Zu § 11 - Primärversorgungseinheit als Ausbildungsstätte:

Wichtig erscheint, 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. Aus ho. Sicht wird es als zweckmäßig angesehen, Primärversorgungseinheiten zu verpflichten, als Lehrpraxen zu fungieren, zumal diese vom Versorgungsauftrag und vom Leistungsumfang prädestiniert für eine umfassende Ausbildungsmöglichkeit in verschiedenen Gesundheitsberufen wären.

Zu § 12 – Bezeichnungsschutz und Informationspflicht:

Hinterfragt wird die Anwendbarkeit des Bezeichnungsschutzes anlässlich der Begriffe „Erstversorgungseinheit“ in der K-KAO und „Primärversorgungseinheit“ im GRUG 2017.

Abs. 2 Z 2 dieser Bestimmung erscheint unklar. Was bedeutet „leicht erkennbar“? Wer ist der „einzelne Leistungsanbieter“?

Einen Behandlungsvertrag mit dem einzelnen Leistungsanbieter im Rahmen einer PVE soll es nicht geben; es wird nur den Vertrag mit der PVE geben.

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.

Abs. 4 dieser Bestimmung sieht vor, dass die Bewertung der eingelangten Bewerbungen durch die örtlich zuständige GKK erfolgen soll. 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 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:

Wie im Rahmen der LandesgesundheitsreferentInnenkonferenz präsentiert, bestehen in einzelnen Bundesländern bereits erfolgreich etablierte Pilotprojekte im Bereich der Primärversorgung. In diesem Licht erscheint daher bedeutsam, dass im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes entsprechende Übergangsregelungen zur Fortführung dieser Pilotprojekte geschaffen werden.

Zu Art 2 - Änderung des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes:**Zu § 21 Abs. 9:**

Gesetzliche Berufsvertretungen der Gesundheitsdiensteanbieter 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 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, Wohnortnähe, Leistungsangebot und finanzielles Gleichgewicht des Gesundheitssystems) geprüft wird.

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 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 können; es würde der Anschein erzeugt werden, dass Planungsagenden der Disposition von Interessensvertretungen unterliegen können. Da dadurch ein falsches Signal gesetzt werden würde, sollte diese Regelung entfallen.

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.

Diese Bestimmung wird abgelehnt.

Zu Art. 7 - Änderung des Unterbringungsgesetzes:**Zu § 8:**

Gegen die Regelung des § 8 besteht kein grundsätzlicher Einwand, jedoch erscheint die Regelung systematisch nicht ganz schlüssig, wenn zunächst physische Personen und erst dann die PVE aufgezählt werden; 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.

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

Für die Kärntner Landesregierung:

Dr. Primosch

Nachrichtlich an:

1. das Bundeskanzleramt – Verfassungsdienst
2. das Präsidium des Nationalrates
3. alle Ämter der Landesregierungen
4. die Verbindungsstelle der Bundesländer beim Amt der NÖ Landesregierung
5. den Klub der sozialdemokratischen Abgeordneten zum Nationalrat, Bundesrat und Europäischen Parlament
6. den Parlamentsklub der Österreichischen Volkspartei
7. den Freiheitlichen Parlamentsklub
8. den Grünen Klub im Parlament
9. den Parlamentsklub Team Stronach
10. den Klub von Neos
11. alle Mitglieder der Kärntner Landesregierung
12. die Abteilung(en) 1, 2, 4 und 5
13. den Kärntner Gesundheitsfonds