



An das
Bundesministerium für
Frauen und Gesundheit
BMGF – II/A/6

per E-Mail: vera.pribitzer@bmgf.gv.at
begutachtungsverfahren@parlament.gv.at

Wien, am 19. Mai 2017
Zl. B,K-520-1/190517/GK,LO

GZ: BMGF-96100/0006-II/AS/6/2017

Betreff: 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 Unterbringungs-gesetz geändert werden (Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 – GRUG 2017)

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Österreichische Gemeindebund erlaubt sich einleitend festzuhalten, dass die in der Art. 15a-BVG-Vereinbarung „Zielsteuerung Gesundheit“ vorgesehene neue Einrichtung, die nun mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf umgesetzt werden soll, zur Sicherstellung einer gemeindenahen Gesundheitsversorgung, auch in derzeit medizinisch unterversorgten Regionen, ausdrücklich begrüßt wird. Positiv wird von uns auch bewertet, dass die Primärversorgungseinheiten (PVE) insbesondere die Versorgung an den Tagesrandzeiten und an Wochenenden sowie die Betreuung von chronisch Kranken verbessern und auch für Gesundheitsförderung und Prävention zuständig sein sollen.

Den Zielsetzungen „Sicherstellung der Kontinuität der Betreuung insbesondere durch Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsbereichen“ und insgesamt der Entlastung der Krankenhausambulanzen dieses Gesetzesvorhabens folgend, erscheint es sinnvoll, öffentlichen Krankenanstalten im Vorfeld der Genehmigung einer PVE die Möglichkeit zur Stellungnahme einzuräumen.

Explizit zu begrüßen ist § 21 Abs. 9 der geplanten Novelle des Gesundheits - Zielsteuerungsgesetzes, wonach u.a. der Gemeinde- bzw. Städtebund im jeweiligen Bundesland einen Vorschlag an das Land oder die Sozialversicherung auf Planung der Primärversorgung richten kann, da diese gesetzlichen Interessensvertretungen der Städte und Gemeinden den Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen am besten beurteilen können.

Die gemäß den Erläuterungen bis zum Jahr 2021 bundesweit erwarteten



zumindest 75 Primärversorgungseinheiten werden von unserer Seite allerdings als eher unrealistisch eingeschätzt, da es derzeit an konkreten Umsetzungsplänen für die PVE - einschließlich deren Finanzierung – mangelt und darüber hinaus seitens der Ärztekammern schon im Vorfeld des Gesetzesentwurfs Widerstand gab.

Wir hielten es daher für zielführender und realistischer, je Bundesland bzw. RSG zunächst einen Pilotversuch zu starten, um dann beurteilen zu können, ob sich dieses neue Gesundheitsversorgungsmodell i.S. der Zielsetzungen als Verbesserung gegenüber den derzeitigen Versorgungsstrukturen erweist, wobei die in den Erläuterungen angedeutete bessere Honorierung der PVE schon für die Startphase für die beteiligten Institutionen offen gelegt werden sollten.

Zu Artikel 1 (Primärversorgungsgesetz 2017)

§ 2 Abs. 2: Es ist explizit darauf hinzuweisen, dass die PVE auch diagnostische Maßnahmen anbieten sollten, um den Zielsetzungen des Entwurfes vollständig zu entsprechen. Korrespondierend dazu, wäre auch der § 5 Abs. 2 dieses Entwurfes zu ergänzen.

Zur Klarstellung, dass sich die Primärversorgungseinheit nicht nur aus Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin und Angehörigen gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zusammensetzen sollen, sondern dass dem Kernteam auch andere Berufsgruppen des Gesundheitswesens Gesetzes angehören sollen, wird empfohlen, den ersten Satz wie folgt abzuändern: „(2) Die Primärversorgungseinheit hat aus einem Kernteam zu bestehen, das sich jedenfalls aus [...] zusammensetzt.“ Gerade im Hinblick auf die Versorgung von chronisch Kranken wird die grundsätzliche Berücksichtigung dieser für die Zusammensetzung des Kernteams beispielsweise angeführten Berufsgruppen für sinnvoll erachtet. In diesem Sinn wird die Formulierung im § 2 Abs. 5 Z. 2 des Gesetzesentwurfes bei der Führung der PVE als Netzwerk dem Vorhaben nach einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung allgemein durch PVE eher gerecht.

§ 3 Abs. 2: Die Kriterien für die Begründung des öffentlichen Interesses sollten nicht zwingend alle erfüllt sein müssen, es wird daher folgende Formulierung empfohlen: „Dieses öffentliche Interesse kann insbesondere an Hand folgender Kriterien begründet werden.“

§ 4: In § 4 Z. 2 sollten verpflichtende Öffnungszeiten (z.B. Mo-Fr von 7:00-19:00 Uhr) konkretisiert werden, um die Spitalsambulanzen entsprechend zu entlasten. Angeregt wird auch die verpflichtende von Teilnahme an ELGA.

§ 6: Da die Vereinbarung des Versorgungskonzepts nur im Innenverhältnis wirken soll, dieses aber als das zentrale Planungsinstrument für die PVE anzusehen ist, sollten seitens des Hauptverbandes, allenfalls in Abstimmung mit der

Österreichischen Ärztekammer, verbindliche Vorgaben in Form von Richtlinien für die Erstellung und Gestaltung des Versorgungskonzepts gemacht werden. Ansonsten ist zu befürchten, dass die Begründung einer PVE schon an der Hürde des Versorgungskonzepts scheitert oder sich verzögert.

Darüber hinaus ist im Hinblick auf den geplanten Wortlaut von Absatz 2 nicht leicht einsehbar, weshalb wesentliche Änderungen des Versorgungskonzeptes den jeweils zuständigen Krankenversicherungsträgern angezeigt werden müssen, während für das eigentliche Versorgungskonzept selbst weder eine vorherige Zustimmung oder auch nur eine vorherige Anzeige an die zuständigen Krankenversicherungsträger vorgesehen ist. Im Übrigen sollte schon im Gesetzestext festgeschrieben werden, wer das Versorgungskonzept zu erstellen und wer es zu vereinbaren hat. Da das Versorgungskonzept für das Funktionieren der PVE von fundamentaler Bedeutung ist, sollte der § 6 noch überarbeitet werden, da die derzeitige Fassung zu viele unregelte Fragen offen lässt.

§ 8 Abs. 6: Begrüßt wird die Möglichkeit, dass Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens – und damit auch gemeindeärztliche Aufgaben (z.B. Totenbeschau) – von PVE übernommen werden können. Darüber hinaus wird angeregt im Gesetzestext klarzustellen, dass die dort angeführten Angelegenheiten auch durch die dort tätigen Ärzte ausgeübt werden dürfen.

§ 9 Abs. 1: In den Erläuterungen fehlt bisher ein Hinweis darauf, dass mit dieser Formulierung die Erweiterung des Aufgabenbereiches der ärztlichen Gruppenpraxen um die Berufsbefugnisse der Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe erreicht werden soll.

§ 14 Abs. 1: Bei der Auswahl zur Invertragnahme der PVE wird angeregt, dass auch die jeweilige Bedarfssituation zu berücksichtigen ist.

Mit freundlichen Grüßen

Für den Österreichischen Gemeindebund:

Der Generalsekretär:



Dr. Walter Leiss

Der Präsident:



Bgm. Mag. Alfred Riedl

Ergeht zK an:

Alle Landesverbände
Die Mitglieder des Präsidiums
Büro Brüssel