



Amt der Wiener Landesregierung

Magistratsdirektion der Stadt Wien
Geschäftsbereich Recht

Rathaus, Stiege 8, 2. Stock, Tür 428
1082 Wien

Tel.: +43 1 4000 82334

Fax: +43 1 4000 99 82310

E-Mail: post@md-r.wien.gv.at

www.wien.at

Bundesministerium für
Gesundheit und Frauen

MDR - 340030-2017-10
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); Begutachtung; Stellungnahme

Wien, 19. Mai 2017

zu BMGF-96100/0006-II/A/6/2017

Zu dem mit Schreiben vom 21. April 2017 übermittelten Entwurf eines Bundesgesetzes wird wie folgt Stellung genommen:

Zunächst bekennt sich das Land Wien - wie dies auch von den Ländern 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 Wien 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“ (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 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. April 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 von landesfondsfinanzierten 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 landesfondsfinanzierte 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 bzw. von landesfondsfinanzierten Krankenanstalten nicht selbst Träger der Primärversorgung sein sollten; jedoch sollten Träger landesfondsfinanzierter Krankenanstalten Gesellschafter von selbstständigen Ambulatorien sein können; der Gesetzesentwurf sieht hierzu in § 10 Z 4 PVG 2017 vor, dass Gesellschafter-

rinnen und Gesellschafter von Primärversorgungseinheiten in Form von selbstständigen Ambulatorien nur gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste, Krankenversicherungsträger oder Gebietskörperschaften sein können. Nun erfüllen zwar landesfondsfinanzierten Krankenanstalten das Kriterium der Gemeinnützigkeit nach § 16 KAKuG; den Trägern dieser Krankenanstalten, insbesondere Gemeindeverbänden, kommt jedoch kein Gemeinnützigkeitsstatus zu.

Es sollte daher zur Klarstellung im Primärversorgungsgesetz 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 von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden, 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).

Rolle der öffentlichen Krankenanstalten im Rahmen eines Primärversorgungsnetzwerkes (§ 2 Abs. 5 Z 2 PVG 2017):

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.

Bedarfsgerechte Sprachdienstleistungen (§ 4 Z 7 PVG 2017):

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 Neuland mit nicht unbeträchtlichen Kostenauswirkungen. Entsprechend müssten dann im ASVG Kostentragungsregelungen für Sprachdienstleistungen aufgenommen werden.

Mindestgröße für Primärversorgungseinheiten:

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

Zweckwidmung finanzieller Mittel; Aspekt der Spitalsentlastung; keine Automatik der Mitfinanzierung durch die Länder:

§ 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. Aus der Sicht der 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 B-VG 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.

Übertragung von Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes (§ 8 PVG 2017):

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.

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 - breiter aufgestellte Primärversorgungseinheiten ebenfalls in die Notarztversorgung einzubinden.

Sofern dies durch die Regelung in § 8 Abs. 6 Z 2 PVG 2017 ohnehin möglich ist, sollte auf die Möglichkeit der Übertragung der notärztlichen Tätigkeit in den Erläuternden Bemerkungen hingewiesen werden.

Verfassungsbestimmung zur Gruppenpraxenregelung im Ärztegesetz (§ 9 PVG 2017):

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 nun 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 Primärversorgungseinheiten - 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, 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.

Zu § 10 Z 4 PVG 2017: Der Begriff der „maßgeblichen persönlichen Berufsausübung“ ist unklar und sollte jedenfalls, zumindest in den Erläuternden Bemerkungen, entsprechend konkretisiert werden.

Zu § 12 Abs. 2 Z 2 PVG 2017: 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.

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.

Primärversorgungseinheit als Ausbildungsstätte (§ 11 PVG 2017):

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

Im Entwurf ist vorgesehen, dass eine Primärversorgungseinheit die Funktion einer Lehrpraxis wahrnehmen kann. Aus der Sicht des Landes Wien 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.

Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten (§ 14 PVG 2017): 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.

Nach § 14 Abs. 4 PVG 2017 soll die Bewertung der eingelangten Bewerbungen durch die örtlich zuständige GKK 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, haben diese dann ebenfalls Einfluss auf die Bewertung? 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.

Notwendigkeit von Übergangsregelungen:

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

Art. 2 Änderung des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes:

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“ (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 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 qualitativ hochwertigen 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 Wien 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 Regional Konferenzen bzw. in sonstigen partizipativen Prozessen eingebunden und nach Möglichkeit deren Wünsche berücksichtigt.

Art. 7 Änderung des Unterbringungsgesetzes:

Die Regelung 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.

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

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

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

Abschließend wird Folgendes angemerkt:

Zu Art. 1 (Primärversorgungsgesetz 2017 - PVG 2017):

Zum zur Diskussion stehenden § 9 PVG 2017 (allfällige Verfassungsbestimmung laut Begleitschreiben) möchte das Land Wien nochmals explizit die Zustimmung zur Schaffung der Verfassungsbestimmung zum Ausdruck bringen, da ansonsten die Versorgungssicherheit der Primärversorgungseinrichtungen in Form von Gruppenpraxen im Hinblick auf längere Öffnungszeiten insbesondere an Tagesrandzeiten nicht im erforderlichen Ausmaß sichergestellt werden kann.

Analog zu § 10 Z 4 soll auch in § 9 bei Gruppenpraxen eine maßgebliche Berufsausübung der GesellschafterInnen verpflichtend sein.

Zu § 10 Z 4: Die Einschränkung bei Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien durch das Erfordernis der Gemeinnützigkeit ist abzulehnen. Es wird dadurch die rasche Etablierung von Primärversorgungseinheiten erschwert. Darüber hinaus ist nicht begründbar, warum Gruppenpraxen gewinnorientiert betrieben werden dürfen, während selbständigen Ambulatorien diese Möglichkeit abgesprochen wird. Weiters ist darauf hinzuweisen, dass die Zahl an gemeinnützigen Organisationen, die als Betreiber einer Primärversorgungseinheit als Ambulatorium aufgrund einschlägiger Vorerfahrung in Frage kämen, gering ist. Dadurch könnte es zu einer nicht intendierten Betreiberkonzentration kommen.

Zu § 14 Abs. 2 Z 2: Die genannte 6-monatige Wartefrist ist zu lange, um die Umsetzung der Planungen in einer - für die Versorgung der Bevölkerung - vertretbaren Frist zu gewährleisten.

Zu Art. 3 (Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes - 88. Novelle zum ASVG):

Zu § 342c Abs. 13 ASVG: Im Sinne einer raschen Umsetzung von Primärversorgungseinheiten sollte für den Fall, dass es bis 31. Dezember 2018 zu keinem Gesamtvertragsabschluss gemäß § 342b ASVG kommt, die Möglichkeit für die Sozialversicherung bestehen, auch ohne Zustimmung der örtlich zuständigen Ärztekammer Einzelverträge für Primärversorgungseinheiten abschließen zu können.

Für den Landesamtsdirektor:

OMRⁱⁿ Mag.^a Angelika Lerche

Dr. Peter Krasa
Obersenatsrat

Ergeht an:

1. Präsidium des Nationalrates
2. alle Ämter der Landesregierungen
3. Verbindungsstelle der Bundesländer
4. MA 40
(zu MA 40 - GR - 349.592./2017)
mit dem Ersuchen um Weiterleitung an die einbezogenen Dienststellen



Dieses Dokument wurde amtssigniert.

Information zur Prüfung des elektronischen Siegels
bzw. der elektronischen Signatur finden Sie unter:
<https://www.wien.gv.at/amtssignatur>