

**LAND BURGENLAND**LANDESAMTSDIREKTION – GENERALSEKRETARIAT – RECHT
HAUPTREFERAT VERFASSUNGSDIENSTAmt der Bgld. Landesregierung, Europaplatz 1, 7000 EisenstadtBundesministerium für
Frauen und Gesundheit
Radetzkystrasse 2
1031 WienEisenstadt, am 19.05.2017
Sachb.: Mag.^a Daniela Landl
Tel.: +43 5 7600-2454
Fax: +43 5 7600-72454
E-Mail: post.gs-vd@bgld.gv.at**Zahl:** LAD-GS/VD.B751-10000-8-2017**Betreff:** 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) - Stellungnahme**Bezug:** BMGF-96100/0006-II/A/6/2017

Zu dem mit obbez. Schreiben übermittelten 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), erlaubt sich das Amt der Burgenländischen Landesregierung folgende Stellungnahme abzugeben:

I. Grundsätzliches:

Das Burgenland sieht grundsätzlich den bedarfsgerechten Ausbau der Primärversorgung sowie die Schaffung der hierfür notwendigen geeigneten rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen als positiv an.

Um jedoch eine wohnortnahe und qualitätsvolle medizinische Versorgung in den Regionen auch in Zukunft sicherstellen zu können, wird eine nachhaltige Sicherstellung der

Primärversorgung insbesondere im extramuralen Bereich als große aktuelle gesundheitspolitische Herausforderung gesehen.

Grundsätzlich zu den gesetzlich verankerten Primärversorgungseinheiten darf – 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. Diese müssen 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.

Bereits im Vorfeld wurde von Seiten der Länder im Hinblick auf die Notwendigkeit einer zielgerichteten kommunikativen und medialen Begleitung des Implementierungsprozesses der Primärversorgung Bedenken geäußert im Zusammenhang mit der Verwendung der Begriffe „Primärversorgungseinheit“ bzw. „Primärversorgung“. Es wird daher 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 und den Auf- und Ausbau von Primärversorgungseinheiten dadurch zu unterstützen.

Wie ebenfalls im Vorfeld 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. Primärversorgung selbst anzubieten sollte daher nicht in der grundsätzlichen Absicht der Träger öffentlicher Krankenanstalten liegen.

Es kann jedoch in bestimmten Regionen die Situation eintreten, dass es im extramuralen

Bereich nicht gelingt, eine Primärversorgungseinheit zu etablieren. Hier 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.

Grundsätzlich sollten Träger von öffentlichen Krankenanstalten nicht selbst Träger der Primärversorgung sein, jedoch sollten Träger öffentlicher Krankenanstalten Gesellschafter von selbstständigen Ambulatorien sein können.

Angeraten scheint auch die Möglichkeit der Übertragung von Notarztdiensten bzw. notärztlichen Tätigkeiten auf die Primärversorgungseinheiten, da insbesondere in ländlichen Regionen ÄrztInnen für Allgemeinmedizin in periphere Notarztsysteme eingebunden sind.

Der vorliegende Entwurf sieht keine Mindestbesetzungen bzw. Öffnungszeiten vor, um kleine Primärversorgungseinheiten hintanhalten zu können. Es wird aus diesem Grunde angeregt, Regelungen zu Mindestgrößen zu schaffen.

II. Zu den einzelnen Punkten:

Zu Art 1 (Primärversorgungsgesetz 2017 – PVG 2017):

Zu § 2 Abs. 5 Z 2:

Werden Primärversorgungseinheit als Netzwerk, z.B. in Form eines Vereins, geführt, so können diese nur aus freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten, anderen nichtärztlichen Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen oder deren Trägerorganisationen bestehen.

Aufgrund dieser Normierung, ist es nicht möglich, dass öffentliche Krankenanstalten bzw. deren Träger Netzwerkpartner sein können.

Im Hinblick darauf, dass es mitunter zu Abstimmungen im Leistungsangebot zwischen Primärversorgungseinheiten und öffentlichen Krankenanstalten kommen kann, scheint es sinnvoll, dass auch öffentliche Krankenanstalten bzw. deren Träger als Netzwerkpartner zugelassen werden.

Zu § 4 Z 7:

In § 4 Z 7 werden Anforderungen an die Primärversorgungseinheiten in Form von bedarfsgerechten Sprachdienstleistungen festgelegt. Da die Zurverfügungstellung von Dolmetschleistungen somit erstmals im Gesundheitsbereich ausdrücklich gesetzlich normiert wird, spielt auch die Kostenauswirkung eine nicht unbeträchtliche Rolle. Es wird empfohlen hier im ASVG eine entsprechende Kostentragungsregelungen für Sprachdienstleistungen aufzunehmen.

Zu § 7:

§ 7 verweist auf den Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. In dieser Bestimmung werden Primärversorgungseinheiten jedenfalls als sektorenübergreifende Vorhaben definiert. Es darf diesbezüglich darauf hingewiesen werden, 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).

In diesem Zusammenhang darf angemerkt werden, dass die konkrete Entscheidung über die Finanzierungsaufteilung individuell projektbezogen einvernehmlich in der Landes-Zielsteuerungskommission erfolgt. Der Aspekt der Spitalsentlastung ist dabei wesentlich. Es wurde damit 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 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 wird angeregt, diese Präzisierung auch in den Gesetzestext mitaufzunehmen.

Zu § 8 Abs. 6:

Wichtig ist auch die in § 8 Abs. 6 normierte Möglichkeit, 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 als positiv zu sehen.

Zu § 9:

Aus der Überschrift des § 9 ergibt sich, dass hier insbesondere die Primärversorgungseinheiten in Form von Gruppenpraxen geregelt sind. Da sich der Abs. 5 dieses Paragraphen jedoch mit der Primärversorgungseinheit in Form eines selbständigen Ambulatoriums befasst, wird angeregt, den Abs. 5 in den § 10 zu verschieben.

Zu § 10:

Gemäß Z 1 ist die Errichtungsbewilligung für eine Primärversorgungseinheit in Form eines selbständigen Ambulatoriums nur dann zu erteilen, wenn 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 in § 10 Z 4 Primärversorgungsgesetz erster Satz angeführte Begriff „maßgeblich“ ist unklar definiert. Es sollten hier in den Erläuternden Bemerkungen nähere Ausführungen dazu erfolgen.

Weiter sieht Z 4 vor, dass Gesellschafterinnen und Gesellschafter von Primärversorgungseinheiten in Form von selbstständigen Ambulatorien nur gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste, Krankenversicherungsträger oder Gebietskörperschaften sein können. In den Erläuterungen wird hinsichtlich gemeinnütziger

Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste auf § 35 BAO abgestellt. Bei öffentlichen Krankenanstalten ist das Vorliegen der Gemeinnützigkeit nach § 16 KAKuG Grundvoraussetzung für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes, den Trägern der öffentlichen Krankenanstalten, insbesondere Gemeindeverbänden, kommt jedoch kein Gemeinnützigkeitsstatus zu. Es sollte hier jedenfalls sichergestellt sein, dass Rechtsträger von allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten Gesellschafter einer Primärversorgungseinheit in Form eines selbstständigen Ambulatoriums sein können.

Zu § 11:

Positiv gesehen wird die Bestimmung des § 11, dass die Primärversorgungseinheit als Ausbildungsstätte für die Ausbildung von TurnusärztInnen und weiteren Gesundheitsberufen herangezogen werden kann. Zudem wird darauf hingewiesen, dass bei dem Verweis auf § 342d ASVG wohl ein Redaktionsversehen vorliegen dürfte, zumal sowohl der geltenden Fassung des Gesetzes wie auch der vorliegenden Novelle ein § 342d ASVG fremd ist.

Zu § 12 Abs. 2 Z 1 und Z 2:

Zu § 12 Abs. 2 Z 2 Primärversorgungsgesetz darf angemerkt werden, dass diese Bestimmung unklar formuliert ist. So ist etwa unklar, wann etwas für den Patienten „leicht erkennbar“ oder wer der „einzelne Leistungsanbieter“ ist, da es einen Behandlungsvertrag mit dem einzelnen Leistungsanbieter im Rahmen einer Primärversorgungseinheit nicht geben soll, sondern nur den Vertrag mit der Primärversorgungseinheit.

Zu dem in § 12 Abs. 2 Z 1 angeführten Zitat „§ 6 Abs. 1 Z 1 lit. b bis d“ darf angemerkt werden, dass es im Entwurf in Z 1 keine lit. d gibt.

Zu § 14:

Gemäß § 14 Abs. 1 hat das Auswahlverfahren unabhängig von der Organisationsform zu erfolgen, sodass nicht nur auf die Organisationsformen Gruppenpraxis und selbstständiges Ambulatorium abgestellt wird, sondern auch der Typus eines Netzwerkes von dieser Bestimmung umfasst ist, was nicht nachvollziehbar scheint.

Gemäß § 14 Abs. 4 soll die Bewertung der eingelangten Bewerbungen durch die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse erfolgen. Sollte es bei Vorliegen der in der Art. 15a B-VG Organisation und Finanzierung genannten Kriterien zu einer Mitfinanzierung durch das Land kommen, 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.

In § 14 Abs. 5 Z 3 wird betreffend das Auswahlverfahren die Verpflichtung zur Einholung einer Stellungnahme der jeweiligen Landesärztekammer sowie der „örtlich zuständigen gesetzlichen Vertretung der Privatkrankenanstalten“ genannt. Unklar ist, wer unter dem Begriff „gesetzlicher Vertretung der Privatkrankenanstalten“ zu verstehen ist. Es scheint hier der Begriff „Privatkrankenanstalten“ missverständlich gewählt zu sein. Es wird angeregt, stattdessen den Begriff „selbständige Ambulatorien“ zu verwenden.

Zu Art 2 (Änderung des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes):

Zu Z 1 (§ 21 Abs. 9 und 10):

Gemäß § 21 Abs. 9 obliegt es bei Bedarf auch den gesetzlichen Berufsvertretungen der GesundheitsdiensteanbieterInnen und -anbieter und dem Gemeinde- bzw. Städtebund Vorschläge an das Land oder die Sozialversicherung auf Planung der Primärversorgung in einem bestimmten Einzugsgebiet und um Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission richten zu 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/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. Ansuchen an das Land oder die Sozialversicherung einzubringen und damit die Befassung der Landes-Zielsteuerungskommission zu erzwingen, wird kritisch gesehen.

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 qualitätvollen Versorgung zu orientieren. Die gegenständliche Regelung würde zu einem enormen administrativen und bürokratischen Aufwand führen.

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2017 wurde festgelegt, dass mindestens vier Wochen vor Beschlussfassung des RSG der jeweiligen Landesärztekammer und den betroffenen Interessensvertretungen die Möglichkeit zur Stellungnahme einzuräumen ist. Dazu sind die für die Beschlussfassung vorgesehenen Planungsunterlagen zu übermitteln. Nunmehr soll es in § 21 Abs. 10 G-ZG auf Grund der Novelle nicht mehr lauten „vor Beschlussfassung des RSG“ sondern „vor Beschlussfassung einer den RSG betreffenden Angelegenheit“.

Diese Änderung des Abs. 10 im vorliegenden Entwurf von „vor Beschlussfassung des RSG“ auf „vor Beschlussfassung einer den RSG betreffenden Angelegenheit“ wird kritisch gesehen, da diese Formulierung zu weit gefasst ist. Diese Formulierung sollte auf die Beschlussfassung des RSG sowie auf Beschlüsse betreffend wesentliche Änderungen des RSG eingeschränkt werden.

Zu Art. 3 (Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes):

Zu Z 3 (§ 135 Abs. 1 erster Satz):

Gemäß den Erläuterungen zu Z 3 soll die gegenständliche Bestimmung die Primärversorgungseinheit ergänzen, diese scheint jedoch im Entwurfstext nicht auf.

Zu Z 12 (§ 342b Abs. 3):

Hier ist aus grammatikalischer Sicht im Zitat „aus diese Versorgungsform“ an „diese“ ein „r“ anzufügen.

Zu Art. 7 (Änderung des Unterbringungsgesetzes):

Die Regelung des § 8 wird grundsätzlich positiv gesehen. Es darf jedoch angeregt werden, dass im Rahmen der Aufzählung, wer die Unterbringung anordnen darf, die Formulierung „Arzt einer Primärversorgungseinheit“ angeraten scheint.

Weiters darf angeregt werden, den Kreis der untersuchungsberechtigten Personen auch auf öffentliche Krankenanstalten auszudehnen.

Eine Ausfertigung dieser Stellungnahme ergeht an die E-Mail Adresse „begutachtungsverfahren@parlament.gv.at“.

Mit freundlichen Grüßen!

Für die Landesregierung:
Im Auftrag des Landesamtsdirektors:
Mag. Ronald Reiter, MA

Zl.u.Betr.w.v.

Eisenstadt, am 19.05.2017

1. Präsidium des Nationalrates, Dr. Karl Renner-Ring 3, 1017 Wien
2. Präsidium des Bundesrates, Dr. Karl Renner-Ring 3, 1017 Wien
3. Allen Ämtern der Landesregierungen (z.H. der Herren Landesamtsdirektoren)
4. Der Verbindungsstelle der Bundesländer beim Amt der NÖ Landesregierung, Schenkenstraße 4, 1014 Wien

zur gefälligen Kenntnis.

Mit freundlichen Grüßen!

Für die Landesregierung:
Im Auftrag des Landesamtsdirektors:
Mag. Ronald Reiter, MA

