

Entwurf

Gesetz vom über den Gemeindesanitätsdienst im Burgenland (Burgenländisches Gemeindesanitätsgesetz 2013 - Bgl. GemSanG 2013)

§ 1

Organisation des Gemeindesanitätsdienstes

Die Gemeinden haben für den Aufbau und die Organisation des Gemeindesanitätsdienstes zu sorgen. Der Gemeindesanitätsdienst ist nach Maßgabe der Bestimmungen des § 2 so aufzubauen, dass die Gemeinden die ihnen auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens nach Maßgabe bundes- oder landesgesetzlicher Vorschriften im eigenen oder übertragenen Wirkungsbereich obliegenden Aufgaben erfüllen können.

§ 2

Gemeindeärztinnen und Gemeindeärzte

(1) Die Gemeinde hat dafür zu sorgen, dass ihr zur Besorgung ihrer im § 1 angeführten Aufgaben sowie für vergleichbare Aufgaben, die sie als Träger von Privatrechten besorgt, eine Ärztin oder ein Arzt zur Verfügung steht, von der oder dem auf Grund ihres oder seines Berufssitzes oder Wohnsitzes angenommen werden kann, dass sie oder er diese Aufgaben auch erfüllen kann.

(2) Die Gemeinde kann zur Erfüllung der Verpflichtung nach Abs. 1 eigene Bedienstete heranziehen oder Verträge mit mehreren Ärztinnen oder Ärzten oder einen Vertrag hinsichtlich aller zu besorgenden Aufgaben mit einer Ärztin oder einem Arzt abzuschließen. Zum Zwecke des Abschlusses derartiger Verträge können auch Gemeindeverbände nach dem Burgenländischen Gemeindeverbandsgesetz, LGBl. Nr. 20/1987, gebildet werden.

(3) Die Verträge gemäß Abs. 2 sind schriftlich abzufassen und haben jedenfalls zu enthalten:

1. die Aufgaben, zu deren Erfüllung sich die Gemeindeärztin oder der Gemeindearzt auf Verlangen der zuständigen Organe verpflichtet,
2. Hinweise auf die Amtsverschwiegenheit und Befangenheit,
3. eine Verpflichtung zur Fortbildung,
4. eine Regelung über die Vertretung im Falle der Verhinderung der Gemeindeärztin oder des Gemeindearztes,
5. Regelungen über die Art und die Grundlage für die Ermittlung des Entgelts, das für die erfüllten Aufgaben gebührt,
6. die Gründe für die Auflösung des Vertrags.

(4) Die Gemeindeärztin oder der Gemeindearzt ist vor Aufnahme der Tätigkeit von der Bürgermeisterin oder vom Bürgermeister (Obfrau oder Obmann des Gemeindeverbands) anzugeloben; die erfolgte Angelobung ist schriftlich festzuhalten. Die Verpflichtung zur Amtsverschwiegenheit nach Art. 20 Abs. 3 B-VG besteht auch nach Auflösung des Vertrags.

(5) Gemeindeärztinnen und Gemeindeärzte sowie deren Vertreterinnen und Vertreter stehen im öffentlichen Sanitätsdienst.

§ 3

Eigener Wirkungsbereich

Die der Gemeinde nach diesem Gesetz obliegenden Aufgaben sind solche des eigenen Wirkungsbereichs.

§ 4

Übergangsbestimmungen

(1) Die §§ 1 bis 3 gelten für Gemeinden nur insoweit, als zur fachlichen Besorgung der in § 1 angeführten Aufgaben nicht eine Gemeinde- oder Kreisärztin oder ein Gemeinde- oder Kreisarzt nach dem Gemeindesanitätsgesetz 1971, LGBl. Nr. 14/1972, im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes bestellt und im Aktivstand tätig ist.

(2) Das Dienst-, Besoldungs- und Pensionsrecht jener Personen, die am Tag vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes zur Gemeinde- oder Kreisärztin oder zum Gemeinde- oder Kreisarzt bestellt sind oder einen Ruhebezug nach den Bestimmungen des Gemeindesanitätsgesetzes 1971, LGBl.Nr. 14/1972, in der jeweils geltenden Fassung, beziehen, das Pensionsrecht der nach dem Gemeindesanitätsgesetz 1971 versorgungsberechtigten Hinterbliebenen dieser Personen sowie die zum Vollzug der vorgenannten Bestimmungen erforderlichen Pflichten des Landes, der Gemeinde und des Sanitätskreises einschließlich der Kostentragung richten sich nach dem Gemeindesanitätsgesetz 1971 mit der Maßgabe, dass

1. § 5 des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 entfällt,
2. die Gemeinde oder die sanitätskreisangehörigen Gemeinden zur Sicherstellung der Vertretung einer Gemeinde- oder Kreisärztin oder eines Gemeinde- oder Kreisarztes einen Vertrag auf Grund dieses Gesetzes abzuschließen haben, wenn eine Betrauung mit der Vertretung gemäß § 18 des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 nicht möglich ist und
3. nach § 46 folgender § 46a eingefügt wird:

„§ 46a

Rückwirkendes Inkrafttreten von Verordnungen

Verordnungen auf Grund dieses Gesetzes dürfen auch rückwirkend, frühestens jedoch mit 1. Jänner 2013, in Kraft gesetzt werden.“

(3) Für die in Abs. 2 angeführten Gemeinde- und Kreisärztinnen sowie Gemeinde- und Kreisärzte, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes dem Aktivstand angehören, gilt nach § 27 Abs. 2 des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 folgender Abs. 2a als eingefügt:

„(2a) Die in Abs. 2 angeführten Zeiten können auf Antrag der Gemeinde- oder Kreisärztin oder des Gemeinde- oder Kreisarztes ganz oder teilweise angerechnet werden.“

(4) Jeder bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes gebildete Sanitätskreis bleibt bestehen, solange eine Kreisärztin oder ein Kreisarzt dort im Aktivstand tätig ist. Auf die Sanitätskreise ist der 2. Abschnitt des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 mit Ausnahme des § 7 Abs. 1 (Bildung von Sanitätskreisen) anzuwenden. Mit dem Ausscheiden der letzten Kreisärztin oder des letzten Kreisarztes aus dem Aktivstand ist der Sanitätskreis aufgelöst. In diesem Fall ist die Verordnung der Landesregierung, mit der Gemeindeverbände (Sanitätskreise) zur gemeinsamen Anstellung von Kreisärzten gebildet werden, LGBl. Nr. 49/1996, in der Fassung LGBl. Nr. 10/2003, entsprechend zu ändern. Scheidet eine Kreisärztin oder ein Kreisarzt aus dem Aktivstand aus und ist in diesem Sanitätskreis noch zumindest eine Kreisärztin oder ein Kreisarzt tätig, so ist der Sanitätskreis gemäß § 7 Abs. 3 des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 zu ändern.

(5) §§ 37 und 38 des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 bleiben bis zum Ablauf der Pensionsleistungen aufrecht. Die Beitragspflicht der Gemeinde (des Sanitätskreises) endet mit dem Zeitpunkt, mit dem die Pensionsansprüche der jeweiligen Gemeindeärztin (Kreisärztin) oder des jeweiligen Gemeindearztes (Kreisarztes) und ihrer oder seiner Hinterbliebenen enden. Wird der Sanitätskreis vor dem Enden der Beitragspflicht aufgelöst, so geht die Beitragspflicht auf die bis zur Auflösung sanitätskreisangehörigen Gemeinden über. Wird der Sanitätskreis vor dem Enden der Beitragspflicht wegen des Ausscheidens einer Gemeinde geändert, so geht die Beitragspflicht auf den geänderten Sanitätskreis und die ausgeschiedene Gemeinde über. In diesen Fällen ist auch nach dem Übergang der Beitragspflicht der Kostenteilungsschlüssel des § 38 Abs. 2 des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 anzuwenden. Die Beitragspflicht geht jedoch nicht auf jene Gemeinden über, die eine Gemeindeärztin oder einen Gemeindearzt gemäß § 23 Abs. 3 des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 einstellen.

§ 5

Verweisung

Soweit in diesem Gesetz auf andere Landesgesetze verwiesen wird und nicht ausdrücklich anders bestimmt ist, sind diese Landesgesetze in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

§ 6

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Soweit im Folgenden nicht anderes bestimmt wird, tritt dieses Gesetz mit 1. Jänner 2013 in Kraft. Gleichzeitig tritt das Gemeindesaniätsgesetz 1971 außer Kraft; die Regelungen des § 4 bleiben unberührt.

(2) § 4 Abs. 1 Z 3 tritt mit 1. Jänner 2013 in Kraft.

Vorblatt

Problem:

Der Gemeindesanitätsdienst ist im Burgenland derzeit so organisiert, dass nach den Bestimmungen des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 die Gemeinden zum Zwecke der fachlichen Besorgung der ihnen auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens obliegenden Aufgaben Gemeinde- oder Kreisärztinnen oder -ärzte in ein öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis aufzunehmen haben. Die von diesen zu erbringenden Leistungen werden zum weitaus überwiegenden Teil über die Pensionsbezüge und nur zu einem sehr geringen Teil über die Aktivbezüge abgegolten. Dieses Entlohnungsmodell ist einerseits nicht mehr zeitgemäß und verhindert andererseits - als Konsequenz der nicht unerheblichen Pensionskürzungen im öffentlichen Dienst - die Gewinnung einer ausreichenden Anzahl von Ärztinnen oder Ärzten für den Gemeindesanitätsdienst im Burgenland. Darüber hinaus stellt sich das gegenwärtige Organisationsmodell sowohl für die Gemeinde als auch für das Land als äußerst kostenintensiv und hält auch - insbesondere infolge des zeitlichen Auseinanderklaffens zwischen Leistung und Gegenleistung (Pension) - einem Kosten-Nutzen-Vergleich nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht stand. Nicht zuletzt ist auch zu berücksichtigen, dass die meisten anderen Bundesländer im Laufe der letzten Jahre ihre Organisationsstrukturen im Gemeindesanitätsdienst grundlegend reformiert und modernisiert haben.

Ziel:

- Schaffung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, um die gemeindeärztliche Betreuung im Burgenland auch in Zukunft sicherzustellen
- Absicherung der dienst- und besoldungsrechtlichen Stellung jener Gemeinde- und Kreisärztinnen sowie Gemeinde- und Kreisärzte, die unter dem Regime des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 bestellt wurden
- Senkung der Kosten des Gemeindesanitätsdienstes für das Land und die Gemeinden in nachhaltiger Form und unter gleichzeitiger Sicherung der Qualität
- Verbesserung der Leistungsgerechtigkeit der Entlohnung der Ärztinnen und Ärzte

Lösung und Inhalt:

- Verpflichtung der Gemeinden, den Gemeindesanitätsdienst privatrechtsförmig, und zwar als Werkvertragsverhältnis oder als Dienstverhältnis, zu organisieren
- Festlegung der Mindestinhalte der mit den Ärztinnen oder Ärzten abzuschließenden Verträge im Gesetz
- Festlegung der Leistungshonorare in den Verträgen auf der Grundlage einer Tarifvereinbarung zwischen den Gemeindeinteressenverbänden und der Ärztekammer für Burgenland
- Verbleib der nach dem Gemeindesanitätsgesetz 1971 bestellten Gemeinde- und Kreisärztinnen und Gemeinde- und Kreisärzte im alten System
- Sicherstellung der Finanzierung des Pensionsaufwands der im alten System verbleibenden Ärztinnen und Ärzte sowie ihrer Hinterbliebenen

Alternativen:

Beibehaltung des unbefriedigenden weil nicht mehr zeitgemäßen, kostengünstigen und die gemeindeärztliche Betreuung nicht mehr gewährleistenden Rechtszustands.

Finanzielle Auswirkungen:

Siehe die Darstellung der finanziellen Auswirkungen im Allgemeinen Teil der Erläuterungen.

Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Burgenland:

Keine.

Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:

Keine.

Verhältnis zu Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

Rechtsvorschriften der EU werden durch den vorliegenden Entwurf nicht berührt.

Erläuterungen

I. Allgemeiner Teil

A. Hauptgesichtspunkte des Gesetzesentwurfs

1. Ausgangssituation:

Der Gemeindesaniättsdienst im Burgenland wird derzeit durch das Gemeindesaniättsgesetz 1971, LGBl. Nr. 14/1972, in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 76/2009, geregelt. Nach diesem Gesetz sind Gemeinde- und Kreisärztinnen sowie Gemeinde- und Kreisärzte öffentlich-rechtliche Bedienstete einer Gemeinde oder eines Gemeindeverbandes (Sanitätskreises). Sie sind somit - wie Beamtinnen und Beamte - quasi pragmatisiert und somit unkündbar.

Den Gemeinde- und Kreisärztinnen und -ärzten obliegt die fachliche Besorgung der der Gemeinde bzw. dem Sanitätskreis nach Maßgabe bundes- und landesgesetzlicher Vorschriften sowohl im eigenen als auch im übertragenen Wirkungsbereich obliegenden Aufgaben. Zu den von den Gemeinde- und Kreisärztinnen und -ärzten tatsächlich in nennenswertem Umfang wahrgenommenen Aufgaben zählen:

- Durchführung der Totenbeschau
- Überwachung der hygienischen Verhältnisse in Pflichtschulen und Kinderbetreuungseinrichtungen
- Überwachung des Gesundheitszustandes der Kinder in Pflichtschulen einschließlich der Durchführung von Impfungen
- Durchführung von Untersuchungen nach dem Unterbringungsgesetz und der Straßenverkehrsordnung
- Leistung von Rufbereitschaftsdiensten an Wochentagen bei Nacht
- vereinzelt Erstattung von medizinischen Gutachten für die Gemeinde

Als Gegenleistung für die Erfüllung der Aufgaben des Gesundheitswesens in den Gemeinden sieht das Gemeindesaniättsgesetz 1971 Folgendes vor:

- ein Monatsentgelt in der Höhe von rd. 160 Euro (Anfangsbezug) bis ca. 315 Euro (Endbezug) brutto
- Ersatz der Reisekosten (Amtliches Kilometergeld)
- ein bezahlter Erholungsurlaub und bezahlte Krankenstände, während deren die Gemeinde oder der Sanitätskreis auch eine Vertretung der Gemeinde- oder Kreisärztin oder des Gemeinde- oder Kreisarztes zu bezahlen hat
- eine kostenlose Ordination oder Naturalwohnung oder - bei Nichtzurverfügungstellung - ein Wohnungsgeld von 35 Euro monatlich
- ein Ruhebezug in der Höhe, wie er einer Landesbeamtin oder einem Landesbeamten der Dienstklasse VII, Gehaltsstufe 1, zusteht
- Versorgungsbezüge für ihre Hinterbliebenen

Das Gemeindesaniättsgesetz 1971 beruht daher auf der Grundidee, dass die Leistungen der Gemeinde- und Kreisärztinnen und -ärzte nur zu einem geringen Teil mit dem Aktivbezug und zu einem wesentlich höheren Teil mit dem Ruhe- und Versorgungsbezug - sohin zeitversetzt - abgegolten werden.

Neben diesen im Gemeindesaniättsgesetz 1971 vorgesehenen Vergütungen werden Untersuchungen nach dem Unterbringungsgesetz auf Grund einer Regelung im Ärztegesetz gesondert abgegolten. Auch für die Vornahme von Schüleruntersuchungen und Impfungen werden in der Regel gesonderte Honorare bezahlt. Die Leistung von Rufbereitschaftsdiensten an Wochentagen bei Nacht wird - abgesehen von einem unentgeltlichen Dienst pro Woche - mit einer Bereitschaftsentschädigung von derzeit ca. 160 Euro pro Nacht abgegolten.

2. Motive für eine Neuorganisation des Gemeindesaniättsdienstes:

- a) Problem der Nachbesetzung frei werdender Stellen

Das Gemeindesaniättsgesetz 1971 verpflichtet die Gemeinden, jede freie Stelle einer Gemeinde- oder Kreisärztin oder eines Gemeinde- oder Kreisarztes spätestens binnen vier Monaten nach dem Freiwerden zu besetzen. Derzeit sind die Gemeinde- bzw. Kreisärztinnen- und -arztstellen in 8 Gemeinden bzw. Sanitätskreisen unbesetzt, weil sich um die ordnungsgemäß ausgeschriebene Stelle keine Ärztin oder kein Arzt beworben hat. Das tendenziell sinkende Interesse an der Tätigkeit als

Gemeinde- oder Kreisärztin oder als Gemeinde- oder Kreisarzt verhindert daher in den betroffenen Gemeinden einen rechtskonformen Aufbau des Gemeindesanitätsdienstes. Eine Hauptursache für diese Entwicklung ist zweifellos der Umstand, dass die Pensionsreformen der letzten Jahre zu Pensionskürzungen, insbes. für jüngere Gemeinde- und Kreisärztinnen und -ärzte, führten und damit ein wichtiges Motiv für die Bewerbung um eine entsprechende Stelle an Attraktivität verlor. Verschärft wird diese Problematik durch den Umstand, dass auf dem Arbeitsmarkt nicht ausreichend Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen bzw. die zur Verfügung stehenden Ärztinnen und Ärzte sich in Ballungszentren niederlassen oder sich besser bezahlten Tätigkeiten in Krankenhäusern zuwenden.

b) Altersstruktur im Gemeindesanitätsdienst

In den nächsten 10 Jahren wird rd. die Hälfte der ca. 90 derzeit aktiven Gemeinde- und Kreisärztinnen und -ärzte die Pension antreten. Im Hinblick auf die unter Punkt 1. dargestellte Rekrutierungsproblematik ist eine gesetzeskonforme Nachbesetzung aller frei werdenden Stellen im alten System nur schwer vorstellbar.

c) Kosten des derzeitigen Systems

Wenngleich die Pensionsreformen der letzten Jahre mittel- und langfristig einen nicht unbedeutenden kostensenkenden Effekt für das Land und für die Gemeinden zur Folge haben werden, stellt der vom Land und von den Gemeinden jeweils zur Hälfte zu tragende Pensionsaufwand für die Gemeinde- und Kreisärztinnen und -ärzte einen wesentlichen Kostenfaktor für das Landesbudget und die Gemeindebudgets sowohl jetzt als auch in Zukunft dar. Der Pensionsaufwand für die Gemeinde- und Kreisärzte belastet das Land und die Gemeinden gegenwärtig mit jeweils rd. 1,2 Millionen Euro pro Jahr.

d) Pragmatisierungsstopp im Landesdienst

Im burgenländischen Landesdienst wird seit beinahe 10 Jahren nicht mehr pragmatisiert. Vor diesem Hintergrund ist eine Pragmatisierung im Gemeindesanitätsdienst systemwidrig und unverständlich, da eine Pragmatisierung nur dort berechtigt und nachvollziehbar ist, wo Beamtinnen und Beamte in den so genannten „Kerngebieten“ der Hoheitsverwaltung tätig werden (insb. Vorsorge für die Sicherheit im Inneren und nach Außen, Ausübung von Strafbefugnissen, Finanzverwaltung, Rechnungsprüfung, Wahrnehmung der Währungshoheit). Hingegen ist der Ausschluss von Beamtinnen und Beamten bzw. der Abbau des beamtenrechtlichen Sonderstatus dort konsequent, wo die Leistungsaufgabe des Staates gegenüber der Bürgerin und dem Bürger seine klassische Ordnungsfunktion überwiegt, wozu auch der Bereich des Gemeindesanitätsdienstes zählt.

3. Inhalt der Neuorganisation des Gemeindesanitätsdienstes:

- Verpflichtung der Gemeinden, zur Besorgung der Aufgaben des Gesundheitswesens einen Werkvertrag mit einer Ärztin oder einem Arzt oder mit mehreren Ärztinnen oder Ärzten abzuschließen oder diese Aufgabenerfüllung im Rahmen eines Dienstvertrags, sohin durch eigene Bedienstete, sicherzustellen
- Zum Zwecke des Abschlusses derartiger Verträge können auch Gemeindeverbände nach dem Gemeindeverbandsgesetz gebildet werden
- Festlegung des Mindestinhalts des Vertrags
- Ausschluss eines Pensionsanspruchs gegenüber dem Land und den Gemeinden im neuen System
- Schaffung von Übergangsbestimmungen, die sicherstellen, dass auf die im System-alt befindlichen Ärztinnen und Ärzte das Gemeindesanitätsgesetz mit Pensionsanspruch weiter anzuwenden ist und somit in bestehende Rechte nicht eingegriffen wird.

B. Finanzielle Auswirkungen

Durch das neue Organisationsmodell (Aktiventgelt statt Pensionsbezug) werden dem Land langfristig keine Kosten für den Gemeindesanitätsdienst mehr erwachsen. Auf der Grundlage des Jahres 2012 werden sich die Einsparungen langfristig auf rd. 1,2 Millionen Euro pro Jahr, auf der Grundlage des Jahres 2030 sogar auf rd. 2 Millionen Euro pro Jahr, belaufen. Unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Gemeinde- und Kreisärzte, der steigenden Lebenserwartung und der Verminderung der beitragszahlenden Ärzte einerseits sowie der Einsparungseffekte der Pensionsreformen andererseits wird der jährliche Aufwand des Landes für Pensionsleistungen an Gemeinde- und Kreisärzte in den nächsten 15 bis 20 Jahren noch weiter ansteigen, um dann kontinuierlich zu sinken und schließlich in rd. 50 Jahren ganz wegzufallen. Die gleichen Überlegungen und Einsparungspotenziale gelten auch für die Gemeinden.

Die auf die einzelnen Gemeinden und Sanitätskreise entfallenden Beiträge zur Deckung des Pensionsaufwandes, die sich nach dem Verhältnis der Einwohnerzahlen zueinander bestimmen (Kopfquotenregelung) bleiben solange aufrecht, als Leistungsberechtigte (Gemeinde- oder Kreisarzt im Ruhestand, Witwe, Witwer, Waisen) vorhanden sind. Hinsichtlich der Belastung der Gemeindebudgets auf Grund des Deckungsbeitrages gelten die obigen Ausführungen zum Land. Langfristig führt die Neuregelung daher zu einer wesentlichen finanziellen Entlastung der Gemeinden. Die Gemeinden werden aber bereits kurz- und mittelfristig durch den Wegfall des Aktivitätsaufwandes nach dem System alt entlastet. Die von den Gemeinden und Sanitätskreisen derzeit zu tragenden Bruttolohnkosten belaufen sich auf insgesamt rd. 357.000,- Euro jährlich. Dazu kommen Kosten für Ordination, Wohnung, Wohnungsgeld, Reisegebühren, Vertretungskosten (~ 40.000,- Euro). Abzuziehen sind die Einnahmen der Gemeinden aus Pensionsbeiträgen (ca. 81.000 Euro jährlich). An die Stelle dieser Aufwendungen tritt der aus der Tragung der Werkvertragshonorare erwachsende Aufwand, dessen Höhe sich nach den von der Gemeinde dem Gemeindearzt neu übertragenen Aufgaben und nach der zwischen den Interessenvertretungen der Gemeinden und der Ärztekammer zu vereinbarenden Tarifempfehlung orientiert.

Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die Kosten für die Totenbeschau durch Erhöhung der hierfür vorgesehenen von den Angehörigen der oder des Verstorbenen zu entrichtenden Gebühren weitgehend aufkommensneutral gestaltet werden sollen. Die Kosten für Schulimpfungen werden vom Land getragen und sollen daher die Gemeinden nicht belasten.

Weiters ist zu berücksichtigen, dass die Vereinbarung zwischen dem Land, den Gemeinden und der Ärztekammer über die Errichtung von Gesundheits- und Sozialsprengel aus dem Jahre 2002 neu verhandelt werden muss, da nach dieser Vereinbarung derzeit die Gemeinde- und Kreisärzte **einen** unentgeltlichen Nachtbereitschaftsdienst pro Woche leisten, während die Nichtgemeindeärzte pro geleistetem Nachtbereitschaftsdienst rd. 160 Euro Bereitschaftsentschädigung erhalten, wovon Land und Gemeinden ca. 90 Euro zu tragen haben. Da die neuen Gemeindeärztinnen und Gemeindeärzte keine regelmäßigen Aktiv- und Ruhebezüge mehr beziehen, ist auch jeder Nachtbereitschaftsdienst ausnahmslos gesondert zu honorieren.

Bei der vorgeschlagenen Reform des Gemeindegesundheitsdienstes ist **im Zusammenhang mit den ärztlichen Nachtbereitschaftsdiensten** mit einem jährlichen Mehraufwand für Land und Gemeinden zu rechnen, der im ersten Jahr bei rd. 4.000 Euro beginnen und bis zum Jahre 2040 auf rd. 450.000 Euro ansteigen wird.

C. Kompetenzgrundlage

Die Zuständigkeit des Landes zur Gesetzgebung gründet sich auf Art. 15 Abs. 1 B-VG, da die den Gegenstand dieses Gesetzes regelnden Angelegenheiten nicht ausdrücklich der Gesetzgebung oder auch der Vollziehung des Bundes übertragen sind. Dies ergibt sich einerseits aus der Kompetenzbestimmung des Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG und andererseits aus dem Inhalt des Kompetenzbegriffs „Gemeindegesundheitsdienst“:

Gemäß Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG ist Bundessache die Gesetzgebung und die Vollziehung in den Angelegenheiten des Gesundheitswesens mit Ausnahme desGemeindegesundheitsdienstes“. Unter Angelegenheiten des „Dienstes“ in einem Verwaltungszweig versteht aber das B-VG, wie insbesondere aus dem Kompetenzbegriff „wissenschaftlicher und fachtechnischer Archiv- und Bibliotheksdienst“ im Art. 10 Abs. 1 Z 13 B-VG zu folgern ist, offensichtlich nur organisatorische Einrichtungen in dem betreffenden Verwaltungszweig, nicht aber die materiell-rechtliche Seite der betreffenden Verwaltungsaufgaben. Die Richtigkeit dieser Auffassung erweist vor allem die Tatsache, dass der Begriff „Sanitätsdienst“ oder „Gesundheitsdienst“ in dem für die Auslegung der Kompetenzbegriffe maßgebenden Zeitpunkt des Wirksamkeitsbeginns des B-VG (1.10.1925) im gesamten Bereich der Rechtsordnung im Sinne der organisatorischen Einrichtungen auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitsdienstes verstanden wurde. Den entscheidenden Nachweis hierfür liefert schon das „Reichsgesundheitsgesetz“ von 1870, das sich in seinem Titel als Gesetz „betreffend die Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes“ bezeichnet. Dieses Gesetz regelt **a u s s c h l i e ß l i c h** organisatorische Bestimmungen über die Einrichtung der Sanitätsverwaltung bei den Bezirksverwaltungsbehörden, bei den Ämtern der Landesregierungen und in der Ministerialinstanz. Materiell-rechtliche Vorschriften auf dem Gebiete des Sanitätswesens enthält dieses Gesetz überhaupt nicht; es schließt also diese Fragen aus dem Begriff des Sanitätsdienstes vollständig aus (Erkenntnis des VfSlg 2784).

Der vorliegende Entwurf enthält daher keinerlei Vorschriften materiellen Rechts. Er regelt vielmehr nur und zwar in Grundzügen, die organisatorischen Einrichtungen des Sanitätswesens in den Gemeinden und behält die Detailregelungen den von den Gemeinden abzuschließenden Verträgen vor.

II. Besonderer Teil

Zu den einzelnen Bestimmungen des Entwurfs wird bemerkt:

Zu § 1:

Durch diese Bestimmung werden die Gemeinden verpflichtet, für den Aufbau und die Organisation des Gemeindesanitätsdienstes zu sorgen. Die Grundsätze sind in § 2 geregelt. Die geringe Regelungsdichte unterscheidet das Gemeindesanitätsgesetz 2013 wesentlich vom Gemeindesanitätsgesetz 1971.

Zu § 2:

Um die fachliche Besorgung der der Gemeinde auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens nach Maßgabe bundes- oder landesgesetzlicher Vorschriften im eigenen oder übertragenen Wirkungsbereich obliegenden Aufgaben sowie vergleichbarer Aufgaben, die sie als Träger von Privatrechten wahrnimmt, zu gewährleisten, hat die Gemeinde dafür zu sorgen, dass eine Ärztin oder ein Arzt zur Verfügung steht, die oder der zur selbständigen Berufsausübung nach dem Ärztegesetz berechtigt ist und von der oder dem aufgrund ihres oder seines Berufssitzes (Ordination) bzw. Wohnsitzes angenommen werden kann, dass sie oder er diese Aufgaben auch erfüllen kann. Sowohl die Gemeindeärztin oder der Gemeindearzt selbst als auch ihre oder seine Vertreterin oder ihr oder sein Vertreter stehen bei der Erfüllung der vorgenannten Aufgaben im öffentlichen Sanitätsdienst. Für die Erfüllung der einzelnen Aufgaben haben die Gemeinden entweder mit einer Ärztin oder einem Arzt oder mit mehreren Ärztinnen oder Ärzten je nach Erfordernis einen Vertrag (Werkvertrag oder Dienstvertrag) abzuschließen. Es steht jedoch den Gemeinden frei, dass für bestimmte Aufgaben mehrere Gemeinden gemeinsam eine Ärztin oder einen Arzt bestellen bzw. Verträge in dieser Hinsicht abschließen. Zum Zwecke des Abschlusses derartiger Verträge können sich Gemeinden auch zu einem Gemeindeverband nach dem Burgenländischen Gemeindeverbandsgesetz zusammenschließen. Hingegen ist es ausgeschlossen, dass ein auf Grund des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 gebildeter Sanitätskreis einen Vertrag nach dem Gemeindesanitätsgesetz 2013 abschließt, da gemäß § 7 Abs. 1 des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 Verbandszweck ausschließlich die gemeinsame Anstellung von Kreisärztinnen oder Kreisärzten im Sinne des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 ist.

Die Verträge sollen als Werkverträge oder als Dienstverträge abgeschlossen werden. Die Qualifikation eines gemeindeärztlichen Rechtsverhältnisses als Werkvertragsverhältnis oder als Dienstverhältnis hängt nicht von seiner Bezeichnung, sondern von seiner inhaltlichen Ausgestaltung ab. Ein Dienstverhältnis liegt dann vor, wenn jemand seine Arbeitskraft in einem persönlichen und wirtschaftlichen Abhängigkeitsverhältnis gegen Entgelt einem Arbeitgeber zur Verfügung stellt. Persönliche Abhängigkeit bedeutet Weisungsgebundenheit, Bindung an Arbeitszeiten, Arbeitsort sowie Einordnung in die betriebliche Ablauforganisation. Wirtschaftliche Abhängigkeit bedeutet, mit Produktionsmitteln im Betrieb eines Anderen gegen Entgelt tätig zu sein, wobei der wirtschaftliche Erfolg dem Arbeitgeber zu Gute kommt. Demgegenüber liegt ein Werkvertrag vor, wenn jemand die Herstellung eines Werks gegen Honorar übernimmt. Er arbeitet in der Regel mit eigenen Betriebsmitteln (im Gegensatz zum freien Dienstnehmer), trägt das Unternehmerrisiko, haftet für Erfolg und Misserfolg seiner Tätigkeit und ist persönlich unabhängig, also nicht weisungsgebunden hinsichtlich Arbeitsort, Arbeitszeit und Arbeitsablauf.

Bei der Tätigkeit einer Gemeindeärztin oder eines Gemeindearztes werden die Merkmale eines Werkvertrages gegenüber jenen eines Dienstvertrages regelmäßig überwiegen, zumal die Gemeindeärztin oder der Gemeindearzt nicht in die Verwaltungsorganisation der Gemeinde eingebunden ist, in der Regel nicht an bestimmte Arbeitszeiten und Arbeitsorte gebunden ist, über eigene Betriebsmittel verfügt und sich auch vertreten lassen kann.

Die Besorgung der gemeindeärztlichen Aufgaben im Rahmen eines Dienstverhältnisses wird daher nur in Ausnahmefällen möglich sein. So wäre etwa die Verwendung der bereits in einem Dienstverhältnis stehenden Amtsärztin der Freistadt Eisenstadt auch als Gemeindeärztin denkbar.

Die Verträge haben u.a. jene Aufgaben zu enthalten, zu deren Erfüllung sich die Gemeindeärztin oder der Gemeindearzt auf Verlangen der zuständigen Organe verpflichtet. Der Pflichtaufgabenbereich muss jedenfalls jene Aufgaben umfassen, die die Gemeinden im Rahmen der örtlichen Gesundheitspolizei (Art. 118 Abs. 3 Z 7 B-VG) sowie auf Grund bundes- oder landesgesetzlicher Vorschriften im eigenen oder übertragenen Wirkungsbereich sowie als Träger von Privatrechten auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens wahrzunehmen haben. Darüber hinaus kann die Gemeinde mit der Gemeindeärztin oder dem Gemeindearzt die Besorgung weiterer gesundheitsspezifischer Aufgaben vereinbaren.

Für die Gemeindeärztin oder den Gemeindearzt kommen daher insbesondere folgende Aufgaben in Betracht:

- Durchführung der Totenbeschau nach dem Burgenländischen Leichen- und Bestattungswesengesetz

- Durchführung von Maßnahmen der örtlichen Gesundheitspolizei
- Überwachung der hygienischen Verhältnisse in Pflichtschulen, Kindergärten, Horten und Schülerheimen
- Überwachung des Gesundheitszustandes der Kinder in Pflichtschulen
- Erstattung von Vorschlägen zur Gesundheitsförderung und zur Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse in der Gemeinde sowie Beratung der Gemeinde in diesen Angelegenheiten
- Teilnahme am Wochentags-Nachtbereitschaftsdienst nach Maßgabe der zwischen dem Land Burgenland, der Ärztekammer für Burgenland, den Gemeindeinteressensvertretungen und dem Österreichischen Städtebund abgeschlossenen Kooperationsvereinbarung
- Durchführung von Untersuchungen gemäß § 8 des Unterbringungsgesetzes
- Bestellung zum Amtssachverständigen (§ 52 Abs. 1 AVG)
- Untersuchung des Gesundheitszustandes vor Einstellung von Gemeindebediensteten und Vornahme von in Dienstrechtvorschriften vorgesehenen ärztlichen Untersuchungen von Gemeindebediensteten im Auftrag der Dienstbehörde (des Dienstgebers)

Untersuchungen nach dem Unterbringungsgesetz dürfen nur durch „im öffentlichen Sanitätsdienst stehende Ärzte“ vorgenommen werden. Schließt eine Gemeinde mit einer Ärztin oder einem Arzt auch nur hinsichtlich einer der oben ausgeführten Aufgaben einen Vertrag ab, so ist diese Ärztin oder dieser Arzt ebenso wie jene Ärztin oder jener Arzt, die oder der sie oder ihn im Falle ihrer oder seiner Nichterreichbarkeit vertritt, zur Durchführung der UBG-Untersuchung berechtigt (siehe auch § 2 Abs. 5 des Entwurfs).

Damit der gemeindeärztliche Dienst in allen Gemeinden zu den gleichen Bedingungen angeboten werden kann, werden zwischen dem Burgenländischen Gemeindebund, dem Sozialdemokratischen Gemeindevertreterverband, dem Burgenländischen Städtebund und der Ärztekammer für Burgenland Tarife für das anfallende Leistungsspektrum vereinbart, die nach dem Verbraucherpreisindex valorisiert werden. Auf diese Tarife ist Bedacht zu nehmen.

In verschiedensten Bundes- und Landesgesetzen ist die Gemeindebehörde für die Durchführung verschiedener Verwaltungsverfahren zuständig, in denen auch auf die Interessen der Gesundheit Bedacht zu nehmen ist. Hinsichtlich dieser Fragen wird sich die Gemeinde im Verwaltungsverfahren einer oder eines Sachverständigen zu bedienen haben. Es steht ihr nach den Bestimmungen des AVG 1950 zwar die Möglichkeit offen, im Einzelfall gemäß § 52 leg. cit. eine Ärztin oder einen Arzt zu oder zum Sachverständigen zu bestellen, die oder der verpflichtet ist, dieser Bestellung auch Folge zu leisten; die Gemeinde hat jedoch auf Grund der Bestimmungen dieses Gesetzes die Möglichkeit, eine Ärztin oder einen Arzt durch Vereinbarung zur Abgabe dieser Gutachten im Verwaltungsverfahren zu verpflichten, was bedeutet, dass diese Ärztin oder dieser Arzt dann der Gemeinde als Amtssachverständige oder als Amtssachverständiger zur Verfügung steht. Bezieht nun die Gemeinde die Abgabe von Gutachten im behördlichen Verfahren in die Vereinbarung mit der Ärztin oder dem Arzt ein, so gehört auch diese Verpflichtung zum Aufgabenbereich der Gemeindeärztin oder des Gemeindefarztes.

Zu § 3:

§ 3 definiert die nach diesem Gesetz den Gemeinden obliegenden Aufgaben als solche des eigenen Wirkungsbereichs, wie es durch Art. 118 Abs. 2 zweiter Satz B-VG geboten ist.

Zu § 4:

Abs. 1:

In den Übergangsbestimmungen ist zunächst vorgesehen, dass die Verpflichtung der Gemeinde zum Abschluss eines Vertrags mit einer Ärztin oder einem Arzt solange nicht besteht, als die fachliche Besorgung der der Gemeinde auf dem Gebiet des Gesundheitswesens obliegenden Aufgaben durch eine Gemeinde- oder Kreisärztin oder durch einen Gemeinde- oder Kreisarzt im Sinne des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 gewährleistet ist. Gleichzeitig wird durch diese Bestimmung in Verbindung mit § 5 zum Ausdruck gebracht, dass ein wegen Ausscheidens einer Gemeinde- oder Kreisärztin oder eines Gemeinde- oder Kreisarztes frei gewordener Dienstposten nicht mehr nach den Bestimmungen des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 nachbesetzt werden darf.

Abs. 2:

Durch diese Bestimmung wird sichergestellt, dass in bestehende Rechte der im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis zu einer Gemeinde oder einem Sanitätskreis stehenden Ärztinnen und Ärzte nicht bzw. nur nach Maßgabe der Bestimmungen des

Gemeindesanitätsgesetzes 1971 eingegriffen wird. Bereits bestellte Gemeinde- und Kreisärztinnen und -ärzte haben daher weiterhin Anspruch auf Monatsentgelt, Reisegebühren, Erholungsurlaub, auf eine kostenlose Ordination und Naturalwohnung oder auf ein Wohnungsgeld sowie auf einen Ruhebezug. Auch die Ansprüche ihrer Hinterbliebenen auf Versorgungsleistungen werden durch die Neuregelung des Gemeindesanitätsdienstes nicht geschmälert. Andererseits gelten für Gemeinde- und Kreisärztinnen und Gemeinde- und Kreisärzte, die nach dem Gemeindesanitätsgesetz 1971 bestellt wurden, die aus diesem Gesetz erwachsenden Pflichten weiter.

Auch die dem Land, den Gemeinden und den Sanitätskreisen durch das Gemeindesanitätsgesetz auferlegten Pflichten sollen hinsichtlich des unter die Übergangsbestimmungen fallenden Personenkreises weiter gelten. Neben den Pflichten gegenüber den noch aktiven Ärztinnen und Ärzten sind in diesem Zusammenhang insbesondere die Pflicht des Landes zum Ersatz des Pensionsaufwands, die Pflicht der Gemeinden und Sanitätskreise zur Abfuhr eines Teils der von der Gemeinde- oder Kreisärztin oder dem Gemeinde- oder Kreisarzt zu entrichtenden Pensionsbeitrags und die Pflicht zur Leistung eines Sanitätsbeitrags an das Land zu erwähnen. Auch die Kostentragungsbestimmungen des § 38 des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 sollen weiter gelten. Nicht mehr anzuwenden ist § 5 des Gemeindesanitätsgesetzes 1971. Diese Bestimmung enthält Verpflichtungen der Gemeinden und Sanitätskreise im Zusammenhang mit dem Freiwerden einer Gemeinde- oder Kreisärztinnenstelle oder einer Gemeinde- oder Kreisarztstelle (Ausschreibungs-, Nachbesetzungs-, Verständigungs- und Mitteilungspflichten). Weiters ist vorgesehen, dass zur Vertretung einer Gemeinde- oder Kreisärztin oder eines Gemeinde- oder Kreisarztes, die oder der nach dem Gemeindesanitätsgesetz 1971 bestellt wurde, ein Vertrag nach dem Gemeindesanitätsgesetz 2013 abzuschließen ist, wenn Gemeinde- oder Kreisärztinnen oder Gemeinde- oder Kreisärzte nicht mehr in ausreichender Zahl als Vertretung zur Verfügung stehen. Im Übrigen ist eine Gemeinde- oder Kreisärztin oder ein Gemeinde- oder Kreisarzt, die oder der nach dem Gemeindesanitätsgesetz 1971 bestellt wurde, nicht zur Vertretung einer Gemeindeärztin-neu oder eines Gemeindearztes-neu verpflichtet, da die Vertretungsverpflichtung nur Vertretungsfälle gemäß § 18 des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 umfasst.

Abs. 3:

§ 27 Abs. 2 des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 sieht vor, dass die Zeit einer selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufs der Gemeindeärztin oder dem Gemeindearzt zur Hälfte als Ruhegenussvordienstzeit anzurechnen ist. Zeiten der Ausübung einer anderen selbständigen Erwerbstätigkeit sind von einer Anrechnung ausgeschlossen. Demgegenüber kann bei Landes- und Gemeindebeamtinnen und -beamten die Zeit selbständiger Erwerbstätigkeit auch zur Gänze für die Bemessung des Ruhegenusses angerechnet werden.

Die vom allgemeinen Pensionsrecht abweichende Regelung im Gemeindesanitätsgesetz ist dadurch erklärbar, dass im Jahr 1971 - dem Jahr des Inkrafttretens des Gemeindesanitätsgesetzes - eine Pflichtversicherung der freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzte nicht bestanden hat und folglich auch ein Überweisungsbetrag nicht fließen konnte. Die Regelung damals war daher insofern als Bonifikation für die Gemeinde- und Kreisärztinnen und -ärzte zu sehen, als trotz des Fehlens eines Überweisungsbetrages für diese Zeit die Anrechnung zur Hälfte als Ruhegenussvordienstzeit erfolgte.

Mit Einbeziehung aller Freiberufler in die Pflichtversicherung nach FSVG mit 1.1.1979 hat sich die Situation allerdings geändert. Seit diesem Zeitpunkt sind auch alle freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzte in die Pflichtpensionsversicherung einbezogen und haben auch Pensionsbeiträge an die SVA geleistet, welche im Falle des Wechsels in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis als Gemeinde- oder Kreisärztin oder als Gemeinde- oder Kreisarzt in Form des Überweisungsbetrages an das Land Burgenland geleistet werden und - wie bei sonstigen Landes- und Gemeindebeamtinnen und -beamten auch - zur Anrechnung als Ruhegenussvordienstzeit führen können.

§ 4 Abs. 3 des Entwurfs sieht daher für die unter die Übergangsbestimmungen fallenden und noch dem Aktivstand angehörenden Gemeinde- und Kreisärztinnen und -ärzte eine antragsgebundene Anrechnung derartiger Zeiten und somit den Entfall einer sachlich nicht zu rechtfertigenden Ungleichbehandlung vor.

Abs. 4:

Diese Bestimmung enthält Übergangsregelungen für die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehenden Sanitätskreise. Solange in einem Sanitätskreis noch zumindest eine Kreisärztin oder ein Kreisarzt aktiv ist, besteht der Sanitätskreis weiter. Mit dieser Bestimmung wird aber nur sichergestellt, dass der Gesetzgeber im Zuge der Reform des Gemeindesanitätsdienstes nicht in die bestehende durch Verordnung festgelegte Sanitätskreiseinteilung eingreift. Hingegen bleibt es dem Ordnungsgeber unbenommen, auf der Grundlage des § 7 des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 Sanitätskreise auch weiterhin aufzulösen oder zu ändern, wenn sie den Bedingungen ihres Bestandes nicht mehr entsprechen. Auf die Organisation der bestehenden Sanitätskreise ist das Gemeindesanitätsgesetz 1971 weiter

anzuwenden. Ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes soll allerdings die Bildung neuer Sanitätskreise nicht mehr möglich sein.

Ab dem Zeitpunkt, zu dem die letzte Kreisärztin oder der letzte Kreisarzt eines Sanitätskreises aus dem Aktivstand ausgeschieden ist (zB durch Pensionierung oder Austritt), ist der Sanitätskreis kraft Gesetzes aufgelöst. Die für diesen Fall vom Gesetzgeber angeordnete Änderung der Verordnung über die Bildung von Sanitätskreisen hat keine konstitutive Wirkung, sondern dient lediglich der Publizität und Rechtssicherheit.

In einigen Sanitätskreisen sind auch zwei oder mehr Kreisärztinnen oder Kreisärzte tätig. Scheidet eine oder einer von ihnen nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes aus dem Aktivstand aus, so ist eine Nachbesetzung nach dem Gemeindesanitätsgesetz 1971 im Hinblick auf die Außerkrafttretensnorm des § 6 dieses Gesetzes nicht mehr möglich. Andererseits wird der Sanitätskreis in der Regel weiter bestehen, solange noch zumindest eine Kreisärztin oder ein Kreisarzt aktiv ist. In diesem Fall wird die Landesregierung verpflichtet, die Verordnung über die Bildung von Sanitätskreisen zu ändern. Diese Änderung, der konstitutive Wirkung zukommt, kann darin bestehen, dass die verbliebene Kreisärztin oder der verbliebene Kreisarzt das einzige Fachorgan aller bisherigen sanitätskreiszugehörigen Gemeinden wird oder dass einzelne Gemeinden aus dem Sanitätskreis ausscheiden. Den sanitätskreiszugehörigen Gemeinden steht es aber auch frei, zum Zwecke der Wahrnehmung des der ausgeschiedenen Kreisärztin oder dem ausgeschiedenen Kreisarzt bisher obliegenden Aufgaben einen Gemeindeverband nach dem Gemeindeverbandsgesetz zu bilden und eine Ärztin oder einen Arzt vertraglich mit den Aufgaben des Gesundheitswesens zu betrauen. Aber auch in diesen Fällen ist es dem Ordnungsgeber nicht untersagt, den Sanitätskreis unter den Bedingungen des § 7 Abs. 3 des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 aufzulösen.

In allen Fällen ist § 23 des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 weiterhin anzuwenden. Wird daher ein Sanitätskreis aufgelöst oder geändert und verliert dadurch eine noch aktive Kreisärztin oder ein aktiver Kreisarzt ihren oder seinen Dienstposten, so ist sie oder er von jener ehemals sanitätskreiszugehörigen Gemeinde nach den Bestimmungen des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 anzustellen, bei der sie oder er sich bewirbt. Es wird damit sichergestellt, dass jede Kreisärztin und jeder Kreisarzt einen Pensionsanspruch nach dem Gemeindesanitätsgesetz 1971 erwerben kann.

Abs. 5:

Gemäß § 37 Abs. 1 des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 hat das Land den Gemeinden den Pensionsaufwand für die Gemeinde- und Kreisärztinnen und -ärzte zu ersetzen. Die Gemeinden haben dem Land einen Deckungsbeitrag (Sanitätsbeitrag) in der Höhe jenes Betrages zu leisten, der sich durch die Aufteilung der Hälfte des gesamten Pensionsaufwands auf die einzelnen Gemeinden und Sanitätskreise nach Maßgabe ihrer Einwohnerzahl ergibt. Die Beitragspflicht der Gemeinde oder des Sanitätskreises endet nicht bereits mit dem Ausscheiden der Gemeinde- oder Kreisärztin oder des Gemeinde- oder Kreisarztes aus dem Aktivstand, sondern erst in dem Zeitpunkt, in dem keine Pensionsleistungen an die Ärztin oder den Arzt und an ihre oder seine Hinterbliebenen mehr zu erbringen sind. Auch die Kostentragsregeln und der Kostenteilungsschlüssel im Sanitätskreis sollen bis zu diesem Zeitpunkt weiter gelten. Im Falle der Auflösung eines Sanitätskreises vor dem Enden der Beitragspflicht sind die Beiträge von jenen Gemeinden, die dem Sanitätskreis bis zu seiner Auflösung angehörten, unter Beibehaltung des gesetzlichen Kostenteilungsschlüssels weiter zu leisten. Gleiches soll gelten, wenn ein Sanitätskreis durch das Ausscheiden einer Gemeinde geändert wird. Auch diesfalls ist der Sanitätsbeitrag von jenen Gemeinden, die weiterhin dem Sanitätskreis angehören, und von der ausgeschiedenen Gemeinde nach dem Kostenteilungsschlüssel des § 38 Abs. 2 des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 zu tragen. Nicht beitragspflichtig sollen allerdings jene aus einem Sanitätskreis ausgeschiedenen Gemeinden sein, die gemäß § 23 Abs. 3 des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 eine Gemeindeärztin oder einen Gemeindearzt anstellen, da sie für diese oder diesen ohnehin Sanitätsbeiträge zu leisten haben.

Zu § 5:

Diese Bestimmung ordnet an, dass Verweisungen auf andere Landesgesetze dynamischer Natur sind, soweit ihnen auf Grund ausdrücklicher gesetzlicher Anordnung nicht statischer Charakter zukommt.

Zu § 6:

Diese Bestimmung regelt das Inkrafttreten des Gemeindesanitätsgesetzes 2013 und ordnet das gleichzeitige Außerkrafttreten des Gemeindesanitätsgesetzes 1971 mit Ausnahme jener Bestimmungen an, die auf Grund der Übergangsbestimmungen weiter anzuwenden sind.