

16/15
16/SV/1985/ME

HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

1031 WIEN KUNDMANNGASSE 21 POSTFACH 600 TEL. 0222/72 56 21 TELEX 136682 hvsvt a DVR 0024279
K1. 232 DW

Zl. 15-42.01:42.30:43.27/85 Sd/En

Wien, 9. Oktober 1985

An das
Bundesministerium für Gesundheit
und Umweltschutz
Stubenring 1
1010 Wien

Betrifft: GESETZENTWURF
Zl. 88-GE/985
Datum: 16. OKT. 1985
Verteilt: 1985-10-18 Nachh.
D. Hutter

Betr.: Änderung des Ärztegesetzes 1984, des ASVG
und des FSVG;
Begutachtungsverfahren

Bezug: Ihr Schreiben vom 16. August 1985,
Zl. IV-51.101/16-2/1985

Der Hauptverband nimmt zum vorliegenden Gesetzesentwurf
wie folgt Stellung:

Zu § 22a Ärztegesetz (Art. I Z. 17 des Entwurfes):

Diese Änderung soll niedergelassenen Ärzten die Möglichkeit geben, andere Ärzte in ihrer Ordination anzustellen. Der Hauptverband spricht sich aus folgenden Gründen gegen diese Änderung aus:

a) Gefährdung der ausgewogenen ärztlichen Versorgung:

Gemäß § 342 Abs. 1 Z. 1 ASVG haben die Krankenversicherungsträger beim Abschluß von Gesamtverträgen mit den Ärztekammern auf eine ausgewogene ärztliche Versorgung zu achten. Dieser Verpflichtung wird durch Stellenpläne Rechnung getragen. Diese Stellenpläne beruhen auf der Voraussetzung, daß in jeder vertragsärztlichen Ordination nur ein Vertragsarzt tätig ist.

Die geplante Neuregelung könnte dazu führen, daß medizinisch ohnehin gut versorgte Gebiete über zusätzliche Ärzte verfügen, während unversorgte Gebiete weiterhin in diesem Zustand belassen werden.

Es ist vorauszusehen, daß ältere Ärzte in bereits heute gut versorgten Gebieten ohne Schwierigkeiten jüngere Ärzte, die ihre Ordinationsnachfolger werden wollen, finden und anstellen werden. Diese jüngeren Ärzte nehmen heute - weil es diese Anstellungsmöglichkeit nicht gibt - auch (zumindest vorübergehend) eine Niederlassung in einer weniger attraktiven Gegend (Stadtrand, Grenzgebiet) in Kauf. Sie überbrücken dadurch die Zeit bis zur Übernahme einer allenfalls freiwerdenden besser gelegenen Ordination und sichern damit heute zumindest teilweise die ärztliche Versorgung von Randgebieten. Wenn jüngere Ärzte in Zukunft gleich die Möglichkeit haben, sich als Ordinationsnachfolger in attraktiven Gegenden anstellen zu lassen, werden sie keinen Anlaß mehr haben, Ordinationen in ungünstiger gelegenen Gebieten (wenigstens auf bestimmte Zeit) zu übernehmen.

Die Anstellungsmöglichkeit von Ordinationsnachfolgern würde die ärztliche Versorgungssituation in Gebieten, die für eine Niederlassung weniger anziehend sind, als andere (z.B. in Industrie-, Standrand- und Grenzgebieten), zuungunsten der dort wohnenden Bevölkerung beeinträchtigen.

b) Verlust der Freiheit der Krankenversicherungsträger beim Abschluß von Verträgen:

Durch die heutigen gesetzlichen und gesamtvertraglichen Regelungen ist gesichert, daß nur jener Arzt auf Rechnung des Krankenversicherungsträgers ärztliche Leistungen erbringen kann, zu dem dieser Versicherungsträger das für eine reibungslose Zusammenarbeit erforderliche Vertrauen hat.

Die Krankenversicherungsträger haben auch das Recht, bei der Gestaltung von Vertretungs- (Krankenstands-, Urlaubs-, Notdienst-) Regelungen mitzusprechen; die vertragsärztliche Tätigkeit ist grundsätzlich durch den Vertragsarzt selbst auszuüben.

Die Krankenversicherungsträger haben mit Nachdruck auf folgende Konsequenz der geplanten Änderung hingewiesen: Heute erfolgt die Auswahl der Vertragsärzte und der Abschluß der Einzelverträge nach den Bestimmungen der Gesamtverträge im Einvernehmen zwischen Krankenkasse und Ärztekammer. Die Neuregelung würde dazu führen, daß auch Ärzte, die weder das Vertrauen der Ärztekammern, noch dasjenige des Versicherungsträgers genießen und deshalb keinen Einzelvertrag erhalten, dennoch Leistungen für Versicherte erbringen könnten, welche vom Versicherungsträger (weil ja der ordinationsbesitzende Arzt einen Einzelvertrag hat) honoriert werden müßten.

Die geplante Neuregelung würde überdies dazu führen, daß Nachfolgeregelungen gegen den Willen der Parteien des Gesamtvertrages (Ärztekammer und Krankenkasse) herbeigeführt werden könnten. Heute kann ein Ordinationsnachfolger von Ärztekammer und Krankenkasse ausgesucht werden; die vorgeschlagene Regelung würde dem in der Ordination als Nachfolger bereits angestellten Arzt in der Praxis eine schwer aufhebbare Anwartschaft auf Übernahme der Ordination einschließlich der Krankenkassenverträge geben. Ein Arzt, der seit mehreren Jahren in einer Ordination tätig ist, wäre bei der Entscheidung über den Abschluß neuer Verträge kaum zu übergehen.

Der Krankenversicherungsträger würde beim Ausscheiden des bisherigen Ordinationsinhabers vor vollendete Tatsachen gestellt und hätte in der Praxis keine Möglichkeit mehr, einen anderen Ordinationsnachfolger in Vertrag zu nehmen. Die heute bestehende Freiheit der Auswahl der Vertragspartner wäre verloren.

Die Neuregelung könnte in der Praxis auch dazu führen, daß allein für die Gelegenheit, in einer Ordination angestellt zu werden, Geldbeträge ("Ablösen") angeboten oder verlangt werden. Im Zusammenhang mit der oben genannten Einschränkung der Vertragsfreiheit der Krankenversicherungsträger könnte dies dazu führen, daß Ordinationen mit Krankenkassenverträgen de facto an den "meistbietenden" und nicht an den bestqualifizierten Ordinationsnachfolger übergehen.

c) Zusätzliche finanzielle Belastung der Krankenversicherungsträger:

Ein Arzt, der einen anderen Arzt in seiner Ordination anstellt, muß versuchen, die mit diesem Anstellungsverhältnis verbundene Kosten zu erwirtschaften. Um dieses Ziel zu erreichen, (und weil die Anzahl der Patienten nicht beliebig vermehrt werden kann) würde die vorgeschlagene Regelung zu einer Intensivierung der ärztlichen Behandlung, insbesondere zu einer Steigerung der Frequenz von Einzelleistungen führen, bei der medizinische (Behandlungs-)bedürfnisse von finanziellen Überlegungen in den Hintergrund gedrängt werden.

Für die so erbrachten zusätzlichen Leistungen, die über das in den Sozialversicherungsgesetzen normierte "Maß des Notwendigen" (vgl. § 133 Abs.2 ASVG) zumindest teilweise hinausgehen werden, würde in der Praxis ebenfalls der Sozialversicherungsträger aufkommen müssen, ohne daß in Wirklichkeit eine bessere ärztliche Versorgung eintreten würde.

Die Patienten würden nicht besser, sondern nur intensiver (und damit: teurer) betreut.

Dem zusätzlichen Honoraraufwand bei den Krankenversicherungsträgern würde keine entsprechende Verbesserung der ärztlichen Versorgung gegenüberstehen.

d) Haftungsprobleme aus dem Einzelvertrag:

Heute kann ein Vertragsarzt gekündigt werden, wenn er schwere Vertragsverstöße gesetzt hat.

Gemäß § 1313a ABGB haftet ein Vertragsarzt bereits heute für das Verschulden derjenigen, deren er sich zur Erfüllung seines Vertrages bedient. Ein Vertragsarzt würde theoretisch nach dieser Bestimmung in Zukunft auch für das Verschulden seines Ordinationsangestellten haften müssen. In der Praxis wird schon heute in Kündigungsverfahren sehr oft darauf verwiesen, daß es

- 5 -

für den gekündigten Arzt eine "soziale Härte" darstelle, gekündigt zu werden, wenn die eigentlichen Vertragsverstöße jemand anderer (z.B. Ordinationshilfe) gesetzt habe. In Zukunft wird dieses Argument durch die Anstellungsmöglichkeit von selbständigen zur Ausübung des ärztlichen Berufes befähigten Ärzten erhöhte Bedeutung gewinnen: In der Verfahrenssituation wird es dazu kommen, daß das Verschulden letztlich zwischen beiden betroffenen Ärzten hin- und hergeschoben wird, was zu großen Beweisschwierigkeiten und letztlich zur Undurchführbarkeit von Vertragskündigungen selbst bei gröberen Vertragsverstößen führen wird.

Die vorgesehene Regelung sollte schon wegen dieses "Aufweichens der Verantwortlichkeit" nicht Gesetz werden.

e) Gefährdung der freien Arztwahl:

Einige Krankenversicherungsträger wenden ein, daß es den Versicherten der Krankenkassen - so wie allen anderen Patienten auch - grundsätzlich freisteht, welchen Ärzten sie ihr Vertrauen schenken. In einer Ordinationsstätte, in der ein Arzt angestellt wäre, bliebe der Patient im Ungewissen, wer ihn nun tatsächlich behandelt und wer die Verantwortung dafür trägt.

f) Substitution statt Anstellung:

Die vorgeschlagene Änderung, nach der Ordinationsinhaber für die Zeit der Ausübung eines Mandates in einem allgemeinen Vertretungskörper oder in einer Standesfunktion einen Arzt als Vertreter werden anstellen können, ist nicht notwendig: Bereits jetzt gibt es im § 1010 ABGB durch die Möglichkeit der Substitution eine ausreichende Rechtsgrundlage dafür, daß ein Arzt einem anderen Arzt die Ordinationsführung übertragen kann. Ähnliche Regelungen sind bei Rechtsanwälten (einstweiliger Stellvertreter) oder Notaren gang und gäbe. Die Substitutionsmöglichkeit gibt diesen freien Berufen ausreichenden Spielraum im Falle persönlicher Verhinderungen.

Der Hauptverband sieht keinen sachlichen Grund, warum gerade bei den Ärzten die Substitutionsmöglichkeit durch die Möglichkeit eines Anstellungsverhältnisses ersetzt werden soll.

- 6 -

Zu § 26 Abs.4 Ärztegesetz (Art.I Z.19 des Entwurfes):

Die vorgeschlagene Änderung dürfte zu einer wesentlichen Durchbrechung des Berufsgeheimnisses führen. Wenn Abrechnungsdaten (Medikamentenverordnungen, Diagnosen, Krankenstandsdauer usw.) an dritte Personen zum Zweck der Abrechnung übermittelt werden, ist selbst dann, wenn die Empfänger einer dem ärztlichen Berufsgeheimnis entsprechenden Verschwiegenheitspflicht unterliegen, zusätzliche Gefahr einer unzulässigen Datenbekanntgabe gegeben.

Je öfter so persönliche Daten, die die Intimsphäre eines Menschen berühren können, wie die in Rede stehenden Gesundheitsdaten, übermittelt werden, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit der Durchbrechung oder Vernachlässigung datenschutzrechtlicher Vorschriften bei einem Datenempfänger.

Der Hauptverband steht auf dem Standpunkt, daß automatisationsunterstützte Abrechnungen nur durch den Arzt selbst (in dessen Ordinationsbereich) durchgeführt werden sollen. Die bereits entwickelten Klein-(Personal-)computer bieten hiezu ausreichende Möglichkeiten.

Es sollte vermieden werden, daß Gesundheitsdaten in zentralen Computeranlagen gespeichert werden (auch die Krankenversicherungsträger speichern heute Gesundheitsdaten nicht in einem solchen Umfang, wie dies durch die geplante Ärztegesetzesnovelle etwa gewerblichen Rechenzentren möglich würde).

Zu § 38 Ärztegesetz (Art. I Z.23 des Entwurfes):

In Abs.6 des Entwurfes wird festgehalten, daß Empfänger, die Daten von einer Ärztekammer erhalten, diese Daten nicht weitergeben dürfen. Gegen diese Bestimmung bestehen aus der Sicht der Sozialversicherung deswegen Bedenken, weil sie so ausgelegt werden könnte, daß ein Krankenversicherungsträger einem anderen Krankenversicherungsträger keine Unterlagen über z.B. Abrechnungsdaten mehr geben dürfte. Die heute mit den ärztlichen Standesver-

- 7 -

tretungen abschlossenen Verträge sind häufig so organisiert, daß ein Krankenversicherungsträger mehrere andere Krankenversicherungsträger beim Vertragsabschluß vertritt. Wenn nun der vertragsschließende Krankenversicherungsträger an jene Krankenkassen, die er beim Vertragsabschluß vertreten hat, keine Daten mehr weitergeben darf, wird dadurch jede rationelle Honorarabrechnung und Ärztebedarfsplanung schwer beeinträchtigt.

Es könnte nun damit argumentiert werden, daß die Krankenversicherungsträger untereinander und gegenüber dem Hauptverband ohnedies gemäß § 321 ASVG zur Rechtshilfe verpflichtet sind. In der Praxis ist allerdings zu befürchten, daß § 38 Abs.6 Ärztegesetz als *lex specialis*, welche der allgemeinen Anordnung des § 321 ASVG vorgeht, angesehen werden könnte. Dies würde die oben geschilderten, für die Sozialversicherung untragbaren, Konsequenzen haben. Es sollte klargestellt werden, daß diese Auslegung nicht vorgenommen werden kann. Abs.6 sollte daher folgendermaßen umformuliert werden:

"(6) Die Weitergabe von Daten durch Empfänger gemäß Abs.5 ist untersagt, soweit sie nicht auf Grund gesetzlich geregelter Rechtshilfeverpflichtungen erfolgt."

Zu § 83 Ärztegesetz (Art.I Z.39 des Entwurfes):

Zu dieser Bestimmung gelten die oben zu § 38 Ärztegesetz gemachten Ausführungen sinngemäß.

Zu § 14 Abs.1 Ärztegesetz (Art.I Z.10 des Entwurfes):

Nach dem Entwurf soll als Voraussetzung für die Ausübung einer ärztlichen Tätigkeit im Rahmen der betriebsärztlichen Betreuung nicht bloß der Besuch eines Ausbildungslehrganges an einer Akademie für Arbeitsmedizin, sondern auch eine zweijährige Tätigkeit an einer inländischen Universitätsklinik für Arbeitsmedizin anerkannt werden.

Ärzte, die diese Voraussetzung erfüllen, werden auch für den Abschluß von Einzelverträgen nach § 343 b Abs.2 ASVG (über die Tätigkeit in arbeitsmedizinischen Zentren) in Frage kommen.

- 8 -

Der Besuch eines Ausbildungslehrganges an einer Akademie für Arbeitsmedizin sollte nicht durch schlechthin jede Tätigkeit an einer arbeitsmedizinischen Universitätsklinik ersetzt werden können. Der Hauptverband schlägt vor, nur jene Tätigkeiten an arbeitsmedizinischen Universitätskliniken als Grundlage für eine betriebsärztliche Tätigkeit heranzuziehen, die auch dafür konkret geeignet erscheinen (nach dem Entwurf wäre nämlich auch eine rein theoretische zweijährige Universitätstätigkeit als Voraussetzung für eine betriebsärztliche Tätigkeit anzuerkennen).

Der Bundesminister für Gesundheit um Umweltschutz sollte die Möglichkeit erhalten, durch Verordnung festzustellen, welche Tätigkeiten an arbeitsmedizinischen Universitätskliniken die Teilnahme an einem Ausbildungslehrgang an einer Akademie für Arbeitsmedizin ersetzen können. Eine praxisbezogene Ausbildung wäre dadurch besser gesichert.

Die Wiener Gebietskrankenkasse hat im Zusammenhang mit der geplanten Änderung der Ausbildungsvorschriften auch den folgenden Vorschlag gemacht:

"Zweifelsfrei gibt es derzeit Engpässe auf dem Gebiet der Ärzteausbildung. Um wenigstens auf finanziellem Gebiet eine gewisse Erleichterung schaffen zu können, wäre zu wünschen, daß die zur Verfügung stehenden Geldmittel auf eine größere Anzahl von auszubildenden Ärzten aufgeteilt werden. Die Ausbildung sollte in Zukunft nicht mehr im Rahmen eines Dienstverhältnisses - auch nicht eines Werkvertrages - erfolgen, sondern in Form einer Regelung sui generis. Die auszubildenden Ärzte sollten auch kein Entgelt erhalten, sondern eine Art Entschädigung, vergleichbar mit dem "Adjutum" der Rechtspraktikanten. Die Höhe dieser Entschädigung könnte gestaffelt nach dem jeweiligen Stand der Ausbildung und vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz um Verordnungswege festgelegt werden."

Der Hauptverband ersucht, diese Anregung bei der Diskussion der Ausbildungsvorschriften für Jungärzte zu berücksichtigen.

- 9 -

Zu § 20a Ärztegesetz und den vorgeschlagenen Änderungen des ASVG und des FSVG (Art.I Z.15, Art.II und Art. III des Entwurfes):

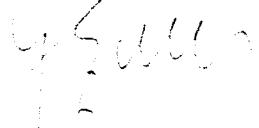
Es gibt keinen ersichtlichen Grund, freiberuflich tätige Ärzte aus dem Geltungsbereich des FSVG auszunehmen und in den Geltungsbereich des ASVG hineinzunehmen, wobei Kriterium für den Zuständigkeitswechsel dieser Ärzte eine Haupt- oder Nebentätigkeit ist.

Das ASVG gilt für unselbständige Erwerbstätige und für solche Erwerbstätige (§ 4 Abs.3 ASVG), die auf Grund besonderer Umstände den Dienstnehmern gleichgestellt werden (z.B. Markthelfer, Hebammen). Sollte der Wechsel, der in § 20a des Ärztegesetzes erwähnten Ärzte von der Pensionsversicherung des FSVG zu jener des ASVG aber nur im Hinblick auf den gegenwärtig geringeren Beitragssatz im ASVG angestrebt werden, wären die vorgeschlagenen Bestimmungen schon aus diesem Grund abzulehnen, weil der geringeren Beitragssatz keine entsprechend geringere Leistungsanwartschaft gegenüberstünde (gemäß Art.II Z.6 des Entwurfes soll für die neu zu schaffende Teilversicherung von Ärzten in der Pensionsversicherung nach dem ASVG nämlich lediglich der derzeit in § 51 Abs.1 Z.3 lit.a ASVG festgesetzte Beitragssatz von 18,5 % gelten; der sonst für die Pensionsversicherung von freiberuflich tätigen Ärzten gemäß § 8 FSVG geltende Beitragssatz beträgt 20,5 %).

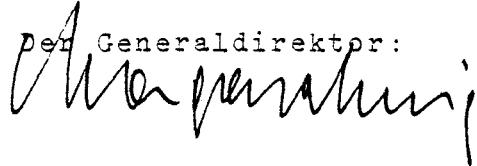
Auf die ausführliche und beiliegende Stellungnahme der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, der sich der Hauptverband vollinhaltlich anschließt, wird verwiesen.

25 Exemplare dieser Stellungnahme werden dem Präsidium des Nationalrates direkt zugeleitet.

Der Präsident:



Der Generaldirektor:



Beilage

Auszug aus der Stellungnahme der Sozialversicherungsanstalt
der gewerblichen Wirtschaft zur Novellierung des Ärztegesetzes 1984

Zuforderst ist festzuhalten, daß wir uns aus grundsätzlicher Sicht gegen die vorgesehene Aufspaltung der freiberuflischen Ärzte in einen Versichertenkreis nach dem FSVG einerseits und nach dem ASVG andererseits aussprechen. Die vorgesehene Schaffung eines § 20 a im Ärztegesetz 1984 dient vor allem dem Zweck, eine bestimmte Gruppe von freiberufllich tätigen Ärzten aus dem Versichertenkreis des FSVG herauszulösen und diese Gruppe unter der Voraussetzung des Vorliegens eines bestimmten Mindesteinkommens der Pensionsversicherung nach dem ASVG zuzuordnen. Die dafür gegebene Begründung vermag deshalb nicht zu überzeugen, da es sich auch bei den in Betracht kommenden Tätigkeiten um eine hochqualifizierte Berufsausübung handelt, die im Regelfall mit entsprechend hohen Vergütungen verbunden sein wird. So darf als bekannt vorausgesetzt werden, daß beispielsweise bereits einige wenige Einsätze im ärztlichen Notdienst mit einem Verdienst verbunden sind, der die Geringfügigkeitsgrenze nach dem ASVG bei weitem übersteigt. Umso mehr trifft dies für die arbeitsmedizinische oder schulärztliche Tätigkeit, für die Erstellung von Gutachten und für die Vertretertätigkeit zu, so daß die Herausnahme dieser Ärzte aus dem Versichertenkreis des FSVG nicht gerechtfertigt erscheint. Auch darf hiebei nicht übersehen werden, daß es ein Charakteristikum der Selbständigen-Pensionsversicherung darstellt, daß die Versicherungspflicht unabhängig von der Erzielung eines Gewinns lediglich auf die Ausübung der selbständigen Erwerbstätigkeit bzw. sogar nur auf die Innehabung einer entsprechenden Berechtigung bzw. Berufsbefugnis abgestellt ist. Ferner besteht bei der in Aussicht genommenen Regelung für die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft die Gefahr, daß hier der Grundstein für einen späteren "Wanderversicherungsverlust" dergestalt gelegt wird, als in der überwiegenden Zahl der Fälle des § 20 a Ärztegesetz 1984 früher oder später eine Versicherungspflicht nach dem FSVG und schließlich eine Leistungsverpflichtung der

- 2 -

Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft gegeben sein wird, während in jüngeren Jahren die Beiträge an den Pensionsversicherungsträger nach dem ASVG gezahlt werden. Die Anstalt lehnt daher die vorgesehene Begründung einer Teilversicherung in der Pensionsversicherung nach dem ASVG aus grundsätzlichen Erwägungen ab und ersucht mit Nachdruck, die Aufsplittung eines im wesentlichen homogenen Berufsstandes, nämlich jenes der freiberufl. tätigen Ärzte, nochmals zu überdenken.

Für den Fall, daß von der im Entwurf vorgesehenen Regelung des § 20 a Ärztegesetz 1984 in Verbindung mit den parallelen Maßnahmen im ASVG und FSVG nicht abgegangen werden kann, sollte der in den Erläuterungen zu Art. I z. 15 (§ 20 a) zum Ausdruck gebrachte Gedanke, wonach nur jene Ärzte unter die Bestimmung des § 20 a Ärztegesetz 1984 fallen, die "ausschließlich derartige ärztliche Tätigkeiten entfalte(n)", auch im Gesetzestext selbst verankert werden. Nach unserer Auffassung wäre nämlich nach dem Wortlaut des § 20 a Ärztegesetz 1984 eine entsprechende Meldung an die Ärztekammer auch dann zu erstatten, wenn neben der ärztlichen Tätigkeit beispielsweise im arbeitsmedizinischen oder schulärztlichen Bereich bzw. als Gutachter auch eine freiberufliche ärztliche Tätigkeit in einer Ordinationsstätte ausgeübt wird, zumal die in Rede stehende Bestimmung auf "ärztliche Tätigkeiten ... , die weder eine Ordinationsstätte ... erfordern, noch in einem Anstellungsverhältnis ausgeübt werden", abstellt. Angesichts der klaren Aussage in den Erläuterungen "Sofern nun ausschließlich derartige ärztliche Tätigkeiten entfaltet werden ...", sollte daher im soeben geschilderten Fall eine Meldung an die Ärztekammer im Sinne des § 20 a Ärztegesetz 1984 gar nicht erfolgen.

- 3 -

Auch bei entsprechender Einschränkung des Anwendungsbereiches des § 20 a Ärztegesetz 1984 bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Intentionen des Entwurfes hinsichtlich der Begründung einer Teilversicherung in der Pensionsversicherung nach dem ASVG, müßte im FSVG vorgekehrt werden, daß die in Betracht kommenden Personen nicht der Pflichtversicherung nach dem FSVG unterliegen. Dies könnte nun in der im Entwurf vorgesehenen Weise durch Schaffung einer Z. 2 im § 5 FSVG erfolgen, was allerdings den Nachteil mit sich bringen könnte, daß nach Wegfall dieses Ausnahmegrundes bei Aufnahme einer nach dem FSVG versicherungspflichtigen ärztlichen Tätigkeit die früheren Einkünfte als "Wohnsitzarzt" im drittfolgenden Kalenderjahr der Beitragsbemessung nach dem FSVG zugrunde zu legen wären. Es wäre daher zweckmäßiger, in Anlehnung an die Bestimmung des § 2 Abs. 1 Z. 3 GSVG im § 2 Abs. 1 Z. 1 FSVG eine Einschränkung des Versichertenkreises in dem Sinn vorzunehmen, daß sich die Pflichtversicherung nach dem FSVG auf "die ordentlichen Kammerangehörigen einer Ärztekammer, sofern sie freiberuflich tätig sind und diese Personen nicht bereits hinsichtlich ihrer ärztlichen Tätigkeit im Sinne des § 20 a Ärztegesetz 1984 der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem ASVG unterliegen", erstreckt.

Sollte allerdings, abgesehen von der bereits zum Ausdruck gebrachten grundsätzlichen Ablehnung des § 20 a Ärztegesetz 1984, in dieser Bestimmung die vorgeschlagene Einschränkung auf Ärzte, die auschließlich die in Betracht kommende ärztliche Tätigkeit entfalten,

nicht vorgenommen werden, dann müßte im Sozialversicherungsbereich sichergestellt werden, daß bei gleichzeitiger Tätigkeit als frei-beruflicher Arzt ohne Ordinationsstätte einerseits und mit Ordinationsstätte andererseits eine Mehrfachversicherung nach dem ASVG und FSVG eintritt. Zu diesem Zweck müßte wiederum in Anlehnung an die Bestimmung des § 2 Abs. 1 Z. 3 GSVG im § 2 Abs. 1 Z. 1 FSVG eine Einschränkung des Versichertenkreises in dem Sinn vorgenommen werden, daß sich die Pflichtversicherung nach dem FSVG auf "die ordentlichen Kammerangehörigen einer Ärztekammer, sofern sie freiberuflich tätig sind und soweit diese Personen nicht bereits hinsichtlich ihrer ärztlichen Tätigkeit im Sinne des § 20 a Ärztegesetz 1984 der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem ASVG unterliegen", erstreckt. Diese legistische Lösung wäre der im Entwurf vorgesehenen Schaffung einer Ausnahmebestimmung im § 5 FSVG, wie schon angedeutet, deshalb vorzuziehen, da diesfalls die aus der Tätigkeit gemäß § 20 a Ärztegesetz 1984 stammenden Einkünfte jedenfalls bei der Beitragsbemessung nach dem FSVG außer Ansatz zu bleiben hätten. Entscheidet man sich hingegen für die Schaffung einer Ausnahmeregelung hinsichtlich der Ärzte im Sinne des § 20 a Ärztegesetz 1984, dann müßte die Zugehörigkeit dieser Ärzte zum Versichertenkreis des FSVG die Konsequenz nach sich ziehen, daß im drittfolgenden Kalenderjahr die bereits der Beitragsbemessung nach dem ASVG zugrundegelegten Einkünfte ein zweites Mal bei der Beitragsbemessung nach dem FSVG heranzuziehen wären, vorausgesetzt selbstredend, daß auch eine freiberuflische Tätigkeit im Sinne des § 2 FSVG ohne Vorliegen eines Tatbestandes nach § 5 FSVG ausgeübt wird.

Aus den aufgezeigten Gründen sollte jedenfalls von der im Entwurf vorgesehenen Schaffung einer Ausnahmebestimmung hinsichtlich der Ärzte im Sinne des § 20 a Ärztegesetz 1984 abgesehen werden. Ungeachtet dieses auf beitragsrechtlichen Überlegungen basierenden grundsätzlichen Einwandes gegen den Art. III des Entwurfes (§ 5 Z. 2 FSVG), geht die vorgesehene Ausnahmeregelung vom Wortlaut

deshalb zu weit, da bei Vorliegen einer ärztlichen Tätigkeit gemäß § 20 a Ärztegesetz 1984 mit einer gänzlichen Ausnahme von der Pensionsversicherung nach dem FSVG selbst dann vorgegangen werden müßte, wenn der betreffende Arzt eine freiberufliche Tätigkeit mit Ordinationsstätte ausübt. In Anlehnung an § 5 Abs. 1 z. 3 lit. a ASVG sollte daher zumindest eine Modifizierung des Entwurfs dergestalt vorgenommen werden, daß die z. 2 des § 5 FSVG auf Personen hinsichtlich ärztlicher Tätigkeiten im Sinne des § 20 a des Ärztegesetzes 1984, BGBI.Nr. 373, abgestellt wird.

Abschließend wiederholen wir nochmals unsere grundsätzliche Ablehnung, den Versichertenkreis nach dem FSVG einzuschränken. Lediglich für den Fall, daß trotz unserer Einwände eine Teilversicherung in der Pensionsversicherung nach dem ASVG für "Wohnsitzärzte" begründet werden sollte - diesfalls wird ersucht, unseren oben dargelegten Bedenken gegen die legistische Lösung im Detail Rechnung zu tragen -, wird angeregt, die Änderungen unmittelbar in der derzeit in Vorbereitung stehenden 41. Novelle zum ASVG bzw. in der 5. Novelle zum FSVG vorzunehmen, damit nicht die an sich bereits komplizierte Materie des Sozialversicherungsrechts der Ärzte durch Schaffung von "leges fugitivae" noch unübersichtlicher wird.

Zu den übrigen Bestimmungen des Entwurfs wird folgendermaßen Stellung genommen:

Zu Art. I z. 5 und z. 20 (§ 11 Abs. 8 und § 32 Ärztegesetz 1984)

Gemäß § 11 Abs. 8 in der Fassung des Entwurfs ist vom Arzt jeder dauernde oder zeitweilige Verzicht auf die Berufsausübung sowie deren Einstellung, wenn sie voraussichtlich drei Monate übersteigt, zu melden. Ein Korrelat zu dieser Bestimmung findet sich teilweise im § 32, wonach der dauernde oder zeitweilige Verzicht ein Ruhen der Ausübungsberechtigung und eine Streichung aus der Ärzteliste nach sich zieht. Nicht hingegen begründet die "Einstellung, wenn

./.

sie voraussichtlich drei Monate übersteigt", im Sinne des § 11 Abs. 8 einen Ruhensgrund gemäß § 32 Abs. 2, so daß diesfalls eine Streichung aus der Ärzteliste nicht zu erfolgen hat. Aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht bestehen nun Bedenken dagegen, daß ein nach dem FSVG versicherter Arzt durch die Wahl seiner Meldung im Sinne des § 11 Abs. 8 unterschiedliche Rechtsfolgen insofern herbeizuführen vermag, als der zeitweilige Verzicht auf die Berufsausübung, auch wenn er sich nur auf einen relativ kurzen Zeitraum erstreckt, die Streichung aus der Ärzteliste nach sich zieht, während die Meldung der "Einstellung, wenn sie voraussichtlich drei Monate übersteigt", diese Konsequenz vorerst einmal nicht mit sich bringt. Erst dann, wenn die Einstellung der Berufsausübung länger als ein Jahr dauert, wird es gemäß § 32 Abs. 2 Z. 3 zu einem Ruhen der Ausübungsberechtigung sowie zu einer Streichung aus der Ärzteliste kommen. Es erscheint also aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht problematisch, dem Arzt die Gestaltungsmöglichkeit in die Hand zu geben, ob er bei faktischer Unterbrechung der Berufsausübung die Pflichtversicherung nach dem FSVG zum Erlöschen bringt oder nicht, und zwar dadurch, daß er einen zeitweiligen Verzicht auf die Berufsausübung meldet oder lediglich die Einstellung im Sinne des § 11 Abs. 8.