

III-185 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXV. GP



**Der
Rechnungshof**

Unabhängig. Objektiv. Wirksam.

Reihe BUND 2015/9

Bericht des Rechnungshofes

Ärzteausbildung

**Gewährung von
Ausgleichszulagen in der
Pensionsversicherung**

**Ausgewählte Stiftungen
bei der Österreichischen
Akademie der
Wissenschaften**

Rechnungshof
GZ 860.176/002-1B1/15

Auskünfte

Rechnungshof

1031 Wien, Dampfschiffstraße 2

Telefon (00 43 1) 711 71 - 8644

Fax (00 43 1) 712 49 17

E-Mail presse@rechnungshof.gv.at**Impressum**

Herausgeber:

Rechnungshof

1031 Wien, Dampfschiffstraße 2

<http://www.rechnungshof.gv.at>

Redaktion und Grafik: Rechnungshof

Herausgegeben:

Wien, im Juli 2015



gedruckt nach der Richtlinie „Druckerzeugnisse“ des Österreichischen Umweltzeichens,
Druckerei des Bundesministeriums für Finanzen, UW-Nr. 836



Bericht des Rechnungshofes

Ärzteausbildung

Gewährung von Ausgleichszulagen in der Pensionsversicherung

Ausgewählte Stiftungen bei der Österreichischen Akademie der Wissenschaften



Vorbemerkungen

Vorbemerkungen

Vorlage an den Nationalrat

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes-Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei mehreren Gebarungüberprüfungen getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punkteweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), *die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3 und im Kursivdruck)* sowie die allfällige Gegenäußerung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht. Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf- und Abrundungen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personen-, Berufs- und Funktionsbezeichnungen darauf verzichtet, jeweils die weibliche und die männliche Form zu nennen. Neutrale oder männliche Bezeichnungen beziehen somit beide Geschlechter ein.

Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes „<http://www.rechnungshof.gv.at>“ verfügbar.





Inhalt

Inhaltsverzeichnis

BMG

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Gesundheit

Ärzteausbildung 5

BMASK

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

Gewährung von Ausgleichszulagen in der
Pensionsversicherung 221

BMFWF

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft

Ausgewählte Stiftungen bei der
Österreichischen Akademie der Wissenschaften 393





Bericht des Rechnungshofes

Ärzteausbildung



Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	8
Abkürzungsverzeichnis	10

BMG

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Gesundheit

Ärzteausbildung

KURZFASSUNG	14
Prüfungsablauf und -gegenstand	43
Ausgangslage und Umfeld	46
Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung	64
Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin	94
Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen	127
Rasterzeugnisse	142
Qualitätssicherung der Ärzteausbildung	157
Arbeitszeiten von Turnusärzten	174
Entlohnung der Turnusärzte	180
Maßnahmen zur Korruptionsprävention	185
Zusammenfassung	192
Schlussempfehlungen	199

ANHANG

Anhang 1 bis 7	211
----------------------	-----

Tabellen Abbildungen



Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ausbildungsstrukturen bis Ende 2014 und NEU (ab. 1. Jänner 2015) _____	49
Abbildung 2:	Absolventen Humanmedizin nach Staaten-zugehörigkeit des Sekundarabschlusses _____	54
Abbildung 3:	Anzahl der Absolventen des Medizinstudiums pro 100.000 Einwohner 2011 (bzw. letztes Jahr der Verfügbarkeit) _____	55
Abbildung 4:	Absolventen österreichischer Medizinuniversitäten (einschließlich Paracelsus Medizinische Privat-universität) – ärztliche Tätigkeit – Drop-out _____	58
Tabelle 1:	Allgemeinmediziner mit Ordinationsniederlassung im Juli 2014 _____	59
Tabelle 2:	Österreichische Ärzte in Deutschland – deutsche Ärzte in Österreich _____	61
Tabelle 3:	Besetzung TÄ/A – Entwicklung 2011 bis 2014 _____	71
Tabelle 4:	AKH Wien, Besetzung Fachärzte und TÄ/F – 2011 bis 2014 _____	74
Tabelle 5:	LKH Innsbruck, Besetzung Fachärzte und TÄ/F – 2011 bis 2014 _____	75
Tabelle 6:	LK St. Pölten/Lilienfeld, Besetzung Fachärzte und TÄ/F – 2011 bis 2014 _____	76
Tabelle 7:	LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl, Besetzung Fachärzte und TÄ/F – Entwicklung 2011 bis 2014 _____	77
Tabelle 8:	Organisation und Besetzung der Inneren Medizin _____	95
Tabelle 9:	Teilbereiche eines schriftlichen Ausbildungskonzepts für TÄ/A und TÄ/F an der Inneren Medizin am AKH Wien und LKH Innsbruck _____	111

Tabellen Abbildungen

Tabelle 10:	Teilbereiche eines schriftlichen Ausbildungskonzepts TÄ/A – Standort Waidhofen _____	112
Tabelle 11:	Durchschnittliche Ausbildungsdauer in Monaten ____	125
Abbildung 5:	Vergleich der Umsetzung der in § 15 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten in den überprüften Krankenanstalten _____	140
Tabelle 12:	Ausgewählte Richtzahlen im Rasterzeugnis für Chirurgie _____	151
Tabelle 13:	Appendektomien an den Abteilungen bzw. Kliniken für Chirurgie 2010 bis 2013 _____	152
Tabelle 14:	Ausgewählte Richtzahlen im Rasterzeugnis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe _____	153
Tabelle 15:	Normale Geburten an den Abteilungen bzw. Kliniken für Frauenheilkunde 2010 bis 2013 _____	154
Tabelle 16:	Kaiserschnitte an den Abteilungen bzw. Kliniken für Frauenheilkunde 2010 bis 2013 _____	155
Tabelle 17:	Vorgaben des KAKuG hinsichtlich der Facharzt- anwesenheit _____	162
Tabelle 18:	Höchstarbeitszeitgrenzen gemäß Betriebsverein- barungen der überprüften Krankenanstalten _____	176
Tabelle 19:	Entlohnung der TÄ/A und TÄ/F – Bandbreiten (Modellrechnung) _____	183

Abkürzungen



Abkürzungsverzeichnis

ÄAO	Ärzteausbildungsordnung
ABL	Amtsblatt
Abs.	Absatz
AKH Wien	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus
Art.	Artikel
ÄQZ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
ÄrzteG 1998	Ärztegesetz 1998
AZW	Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe
BGBL	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMWWF	Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
EKG	Elektrokardiogramm
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EUR	Euro
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FMH	Fédération des médecins suisses
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HNÖ	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
IM	Innere Medizin
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KAV	Wiener Krankenanstaltenverbund

Abkürzungen

KEF-VO	Verordnung der ÖÄK über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin und zum Facharzt sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse und Prüfungszertifikate
KEF und RZ VO 2015	Verordnung der ÖÄK über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt, sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher
KIM	Klinik für Innere Medizin (AKH Wien)
LGBl.	Landesgesetzblatt
lit.	litera
LK	Landesklinikum, Landeskliniken
LKH Innsbruck	Landeskrankenhaus - Universitätskliniken Innsbruck
Mio.	Million(en)
MUI	Medizinische Universität Innsbruck
MUW	Medizinische Universität Wien
NÖ KAG Nr.	Niederösterreichisches Krankenanstaltengesetz Nummer
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
rd.	rund
RH	Rechnungshof
StGB	Strafgesetzbuch
TA(Ä)/A	Arzt (Ärzte) in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin
TA(Ä)/F	Arzt (Ärzte) in Ausbildung zum Facharzt
TILAK	TILAK - Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH
Tir KAG	Tiroler Krankenanstaltengesetz
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
UVS	Unabhängiger Verwaltungssenat

Abkürzungen



VfGH	Verfassungsgerichtshof
vgl.	vergleiche
VZÄ	Vollzeitäquivalente
Wr. KAG	Wiener Krankenanstaltengesetz 1987
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Ärzteausbildung

Die grundsätzliche Ausgestaltung der Ärzteausbildung blieb in Österreich über Jahrzehnte hinweg im Wesentlichen unverändert. Für die nach jahrelangen Bemühungen im Jahr 2014 schließlich erfolgte Ärzteausbildungsreform fehlten wichtige Entscheidungsgrundlagen. So waren vor allem wesentliche Daten (z.B. Abwanderungsgründe und -zahlen von Absolventen, Drop-out-Gründe von Turnusärzten) nicht ausreichend vorhanden. Die Verlagerung der Regelung wesentlicher Ausbildungsinhalte von der Gesetzgebung zur Verwaltung war ebenfalls kritisch zu sehen, ebenso der im Hinblick auf die grundlegende Neugestaltung äußerst kurze Umsetzungszeitraum von einem knappen halben Jahr.

Bis zur Ausbildungsreform blieben die Anerkennungen der Ausbildungsstätten (Krankenanstalten insgesamt oder Abteilungen/Kliniken) über Jahrzehnte hinweg gültig, ohne je evaluiert worden zu sein. In den vergangenen fünf Jahren führte die Österreichische Ärztekammer – entgegen den gesetzlichen Vorgaben – auch keine Überprüfungen der Ausbildungsqualität in den Ausbildungsstätten vor Ort mehr durch, wodurch diesbezüglich jegliche hoheitliche Ausbildungskontrolle fehlte.

In den überprüften Krankenanstalten Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus, Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck, Landesklinikum St. Pölten/Lilienfeld sowie Landesklinikum Gmünd/Waidhofen/Zwettl wurde die gesetzlich vorgesehene dreistufige Verantwortungsverantwortung (Krankenanstaltenträger, Ärztlicher Leiter, Klinikvorstand/Abteilungsleiter) in unterschiedlichem Ausmaß, jedoch in keiner Krankenanstalt ausreichend wahrgenommen; durchgängig einheitlich strukturierte nachvollziehbare Ausbildungsprozesse fehlten. Wesentliche Qualitätssicherungsinstrumente (z.B. Logbuch, Ausbildungskonzept, Ausbildungsplan) waren nur teilweise vorhanden, entsprechende Umsetzungs- und Kontrollmechanismen existierten ebenfalls kaum. Die Administration und Kontrolle der Rasterzeugnisse, dem wesentlichsten Ausbildungs-Erfolgsnachweis, war in allen überprüften Krankenanstalten mangelhaft.



In den überprüften Krankenanstalten war jedoch in den letzten Jahren das Bemühen um Verbesserungen der Ärzteausbildung erkennbar; so gab es insbesondere auch Anstrengungen, die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und diplomiertem Pflegepersonal zu stärken und die Möglichkeiten des sogenannten mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs zu nutzen. Die aktuelle Reform der Ärzteausbildung sieht auch eine Reihe von Qualitätserfordernissen für die Ausbildung (etwa einen Ausbildungsplan) vor; ihre Umsetzung wird für die Krankenanstalten bzw. deren Träger eine große Herausforderung darstellen.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Gebarungsüberprüfung war es, die Turnusausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin (Turnusarzt in allgemeinmedizinischer Ausbildung) und zum Facharzt (Turnusarzt in Facharztausbildung) im Hinblick auf die rechtlichen Rahmenbedingungen in Österreich sowie die organisatorischen Rahmenbedingungen, die Ausbildungspraxis und die Qualitätssicherung im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus (AKH Wien), im Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck (LKH Innsbruck), im Landeskrankenhaus St. Pölten/Lilienfeld (LK St. Pölten/Lilienfeld) sowie im Landeskrankenhaus Gmünd/Waidhofen/Zwettl (LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl) zu beurteilen. Weiters überprüfte der RH Korruptionspräventionsmaßnahmen in den überprüften Krankenanstalten. (TZ 1)

Hinsichtlich der Ausbildungspraxis überprüfte der RH schwerpunktmäßig die Ausbildung im Fachbereich Innere Medizin. Dies deshalb, weil alle überprüften Krankenanstalten über Organisationseinheiten für Innere Medizin verfügten und zur Zeit der Gebarungsüberprüfung dort die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin mit zwölf Monaten am längsten war. Ferner wurde ein Vergleich mit den Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung in Deutschland und der Schweiz angestellt. (TZ 1)

Im Zuge der Gebarungsüberprüfung überprüfte der RH auch Inhalt und Umsetzungsstand der kürzlich vorgenommenen Reform der Ärzteausbildung (Ärzteausbildung NEU). (TZ 1)

**Ausgangslage und
Umfeld****Ausgestaltung der Ärzteausbildung**

Die grundsätzliche Ausgestaltung der Ärzteausbildung blieb in den letzten Jahrzehnten in Österreich im Wesentlichen unverändert. Vorschriften über die Ausübung des ärztlichen Berufs hatte der Bund aufgrund seiner Kompetenz nach Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG (Gesundheitswesen) als Materiengesetzgeber in Form des Bundesgesetzes über die Ausübung des ärztlichen Berufs und die Standsvertretung der Ärzte (ÄrzteG 1998) erlassen. (TZ 2)

Demnach hatte die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin in unterschiedlichen Fachgebieten (Allgemeinmedizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde sowie Neurologie oder Psychiatrie) zu erfolgen und dauerte mindestens drei Jahre. Für die Ausbildung zum Facharzt in einem Sonderfach war eine mindestens sechsjährige praktische Ausbildung zu absolvieren. (TZ 2)

Auf den Regelungen des ÄrzteG 1998 aufbauend, hatte das BMG eine Ärzteausbildungsverordnung (ÄAO) erlassen. Darin wurden die Aufgabengebiete der fertig ausgebildeten Ärzte und daran anknüpfend Ziel und Umfang der Ausbildung definiert. Welche Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Rahmen der Ausbildung genau zu erwerben waren, regelte der Bund allerdings nicht selbst, sondern seit der 5. ÄrzteG-Novelle BGBl. I Nr. 140/2003 die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) im übertragenen Wirkungsbereich. (TZ 2)

Mit dem Ziel, eine dem Stand der Wissenschaft und den modernen Anforderungen entsprechende qualitätsvolle Ärzteausbildung zu schaffen, sowie aus Sorge um einen Nachwuchsmangel, gab es seit einigen Jahren Bemühungen um eine Reform dieser Ausbildung. (TZ 2)

Die im Oktober 2014 beschlossene Novelle zum ÄrzteG 1998 sah eine grundsätzliche Neugestaltung der Ärzteausbildung vor; die Novelle ist am 1. Jänner 2015 bzw. teilweise am 1. Juli 2015 in Kraft getreten. Die Ärzteausbildung NEU ist für jene Personen verpflichtend, die ab 1. Juni 2015 ihre ärztliche Ausbildung beginnen werden. (TZ 2)

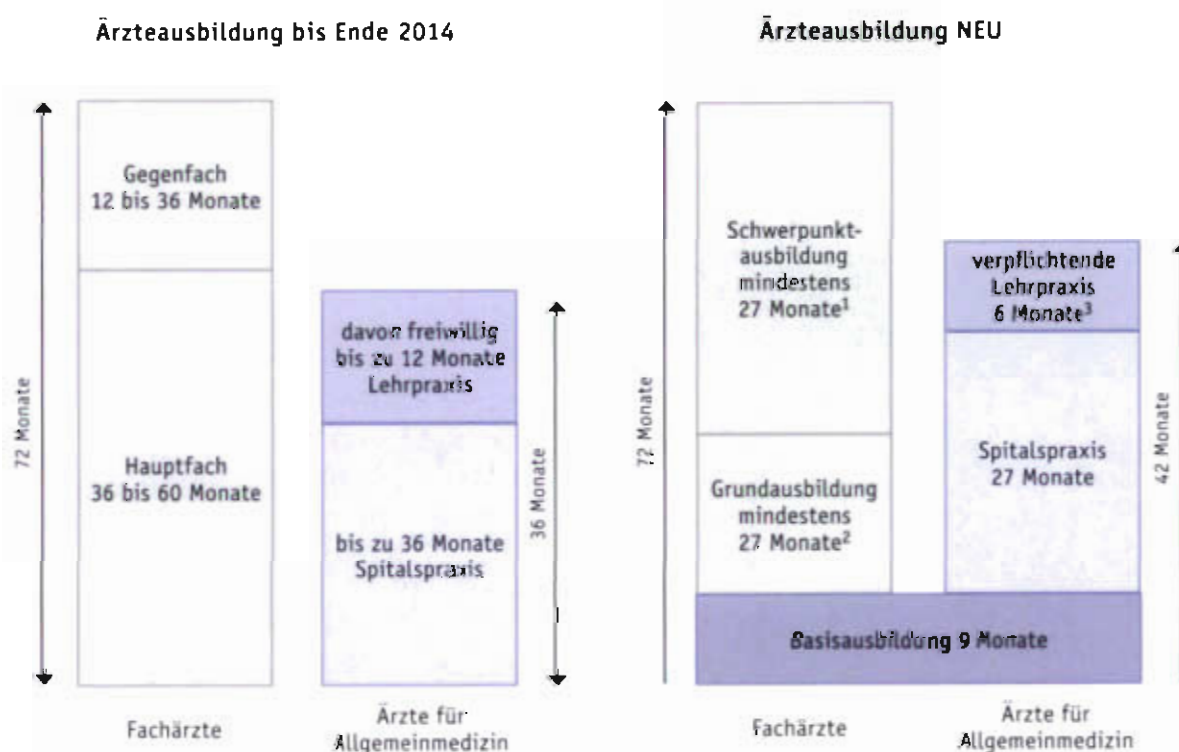
Kurzfassung

Kernstück der Neugestaltung war die Teilung der Ausbildung in eine mindestens neunmonatige Basisausbildung und die darauf aufbauende praktische Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin bzw. die ebenfalls darauf aufbauende Sonderfachausbildung zum Facharzt. Als weitere wesentliche Neuerung sollen die Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung einen Teil der Ausbildung in einer Lehrpraxis, Lehrgruppenpraxis oder einem Lehrambulatorium im niedergelassenen Bereich absolvieren müssen. (TZ 2)

Ärzteausbildung bis Ende 2014 und Ärzteausbildung NEU

Die nachfolgende Grafik stellt die Grundstruktur der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltenden Ärzteausbildung jener der Ärzteausbildung NEU gegenüber: (TZ 3)

Ausbildungsstrukturen bis Ende 2014 und NEU (ab. 1. Jänner 2015)



¹ Ausnahme: Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

² in chirurgischen Fachgebieten mindestens 15 Monate

³ nach sieben Jahren: neun Monate, nach weiteren fünf Jahren: zwölf Monate

Quellen: ÄrzteG 1998 in der Fassung bis Ende 2014 und Ärzteausbildung NEU

Die Bemühungen um eine grundlegende Neugestaltung mit dem Ziel der Modernisierung und Qualitätssicherung waren grundsätzlich positiv. (TZ 3)

Allerdings wurden die vom RH im Begutachtungsverfahren zu dieser Novelle des ÄrzteG 1998 geäußerten Bedenken, wonach insbesondere die Novelle noch stärker als bisher die Regelung bestimmter Inhalte (wie etwa die konkrete Ausgestaltung der Basisausbildung oder der Ausbildung zum Allgemeinmediziner) von der Gesetzgebung auf die Verordnungsebene verschob, die Grundlagen für die umfassende Neugestaltung sowie die Eignung der getroffenen Maßnahmen für die Schaffung einer modernen und bedarfsgerechten Ärzteausbildung für ihn nicht nachvollziehbar waren und die Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung um letztlich ein ganzes Jahr nicht ausreichend begründet war, der Umsetzungszeitraum mit einem knappen halben Jahr kurz bemessen, etwaige Folgen bspw. der nunmehr aufbauenden Ausbildungsstruktur nicht ausreichend thematisiert sowie keine umfassende Evaluierung der Ärzteausbildung NEU vorgesehen waren, in weiterer Folge nicht berücksichtigt. (TZ 3)

Ärztelnachwuchs – Studierende der Humanmedizin

Durch die von Österreich als Folge eines EuGH-Urteils gesetzten Maßnahmen zur Zulassungsbeschränkung im Medizinstudium verringerte sich seit dem Studienjahr 2000/2001 nicht nur die Gesamtzahl der Absolventen der Humanmedizin deutlich (um rd. 22 %), sondern sank gleichzeitig auch der Anteil österreichischer Absolventen von rd. 89 % (1.330) auf rd. 71 % (824). Im internationalen Vergleich gab es in Österreich jedoch fast doppelt so viele Medizin-Absolventen (rd. 20 Absolventen pro 100.000 Einwohner) wie im OECD-Schnitt (rd. elf pro 100.000 Einwohner). (TZ 4)

Berufsweg nach dem Studium bzw. der Turnusausbildung

Von den Medizin-Absolventen österreichischer Medizinischer Universitäten waren lediglich zwischen rd. 71 % (Studienjahr 2011/2012) und rd. 83 % (Studienjahr 2006/2007) jemals in die Ärzteliste der ÖÄK eintragen. Im Oktober 2014 waren laut Daten der ÖÄK nur mehr zwischen 61 % der Absolventen des Studienjahrs 2010/2011 und rd. 69 % jener des Studienjahrs 2006/2007 in Österreich ärztlich tätig. Somit standen bis zu rd. 40 % der Absolventen für die ärztliche Versorgung in Österreich nicht zur Verfügung. Die durch-

Kurzfassung

schnittlichen Bundesausgaben je Medizin-Absolvent betrugen zwischen rd. 326.000 EUR und rd. 415.000 EUR. (TZ 5)

Wesentliche Daten bzw. Entscheidungsgrundlagen (wie etwa betreffend die Drop-Out-Gründe von Turnusärzten, der Rückgang von Allgemeinmediziner*innen mit eigenen Ordinationen, etc.), die erforderlich wären, um nachhaltig geeignete Voraussetzungen für den Verbleib von (Turnus)Ärzt*innen in Österreich zu schaffen, fehlten. So war bspw. nicht klar nachvollziehbar, warum sich so viele Absolvent*innen (letztlich) für einen nicht-ärztlichen Berufsweg in Österreich entschieden bzw. wie viele aus welchen konkreten Gründen ins Ausland abwanderten. Ebenso wenig waren die Beweggründe dafür, dass in den letzten Jahren weniger als ein Drittel jener Ärzt*innen, die über die Ausbildung zum Allgemeinmediziner verfügten, in einer eigenen Ordination im niedergelassenen Bereich tätig waren, eindeutig nachvollziehbar. (TZ 5)

Zwar gab es Einzelmaßnahmen (etwa Befragungen des BMFWF), jedoch war für eine nachhaltige Besserung der Datenlage ein gemeinsames Vorgehen aller für die Ausbildung von Medizin-Studierenden bzw. von Turnusärzten zuständigen Institutionen (insbesondere BMG, BMFWF, Medizinische Universitäten und ÖÄK) unabdingbar. (TZ 5)

Vergleiche mit Deutschland und der Schweiz

In Deutschland waren mehr österreichische Ärzt*innen tätig (2013: rd. 2.190 österreichische Ärzt*innen in Deutschland) als umgekehrt (2013: rd. 1.470 deutsche Ärzt*innen in Österreich). In der Schweiz arbeiteten deutlich mehr Ärzt*innen mit österreichischem Abschluss (2004: 89; 2013: 540) als Schweizer Ärzt*innen in Österreich (zwischen 12 (2006) und 19 (2012)). (TZ 6)

Organisatorische Rahmenbedin- gungen der Ärzteausbildung

Ausbildungsstätten und Ausbildungsstellen

Die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt in einem Sonderfach erfolgte an von der ÖÄK dafür nach Kriterien des ÄrzteG 1998 anerkannten Ausbildungsstätten. Bis zur Novellierung des ÄrzteG 1998 im Jahr 2014 blieben die Anerkennungen der Ausbildungsstätten über Jahrzehnte hinweg gültig, ohne je evaluiert worden zu sein. (TZ 8)

Vor diesem Hintergrund war die in der Novelle zum ÄrzteG 1998 vorgesehene Befristung der Anerkennung auf sieben Jahre positiv, weil sie eine regelmäßige Überprüfung des Vorliegens der Anerkennungsvoraussetzungen nach sich zog. (TZ 8)

Die im Zusammenhang mit den zahlreichen weiteren Änderungen der Regelungen über die Ausbildungsstätten und deren Anerkennung durch die ÖÄK im Rahmen der ÄrzteG-Novelle im Begutachtungsverfahren vom RH geäußerten Bedenken betreffend die fehlenden Qualitätssicherungsvorgaben für die neunmonatige Basisausbildung und die fehlende Kostenschätzung für die Finanzierung der Lehrpraxen wurden in weiterer Folge allerdings nicht berücksichtigt. (TZ 8)

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung waren gemäß ÄrzteG 1998 als Ausbildungsstätten für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin anerkannte Krankenanstalten – mit Ausnahme von Universitätskliniken – dazu verpflichtet, auf je 15 systematisierte Betten mindestens einen Turnusarzt in allgemeinmedizinischer Ausbildung zu beschäftigen (Bettenschlüssel). Die Anzahl der Ausbildungsstellen für die Ausbildung zum Facharzt war nach oben hin begrenzt; die ÖÄK hatte im Rahmen der Anerkennung der entsprechenden Ausbildungsstätte auch die Zahl der Ausbildungsstellen festzulegen, die wegen des Ausbildungserfolgs nicht überschritten werden durfte. Für Universitätskliniken war die Anzahl der Ausbildungsstellen mit der Anzahl der an der Ausbildungsstätte beschäftigten Fachärzte begrenzt (sogenannte 1:1 Regelung). Der konkrete quantitative Bedarf an (Turnus)Ärzten blieb vom Gesetzgeber bisher unberücksichtigt. (TZ 9)

Mit der Novelle zum ÄrzteG 1998 entfielen sowohl der Bettenschlüssel als auch die Sonderbestimmungen für Universitätskliniken. Für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin waren nunmehr alle Träger von fondsfinanzierten Krankenanstalten verpflichtet, ihrem Leistungsspektrum entsprechend, eine für den künftigen Bedarf an Ärzten für Allgemeinmedizin ausreichende Anzahl an Ausbildungsstellen sicherzustellen. Hinsichtlich der Beurteilung des Bedarfs war auf die Beratungsergebnisse der mit der Gesundheitsreform 2013 eingerichteten Kommission für die ärztliche Ausbildung zurückzugreifen. Konkrete Vorgaben für die Bedarfsanalyse bzw. -berechnung waren in der ÄrzteG-Novelle jedoch nicht vorgesehen. (TZ 9)

Kurzfassung

Besetzungssituation in den überprüften Krankenanstalten

Das AKH Wien beschäftigte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung. Am LKH Innsbruck stieg die Anzahl der Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung im Vergleich zu 2011 (43,3 VZÄ) leicht an und betrug zum 30. Juni 2014 insgesamt 50,5 VZÄ (54 Köpfe). Die Wartezeit auf einen Ausbildungsplatz betrug zur Zeit der Gebarungsüberprüfung zwischen zwei und neun Monate. (TZ 11, 13)

Am Standort St. Pölten war die Anzahl der Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung seit 2011 mit rd. 85 VZÄ nahezu unverändert (86 Köpfe). Im Gegensatz dazu war die Anzahl dieser Turnusärzte am Standort Lilienfeld seit dem Jahr 2013 stark rückläufig. Während 2011 und 2012 noch elf Turnusärzte ihre allgemeinmedizinische Ausbildung dort absolvierten, waren es zum 30. Juni 2014 nur mehr 5,6 VZÄ (sechs Köpfe). (TZ 11)

An allen drei Standorten des LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl war die Anzahl der Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung in den letzten Jahren ebenso stark rückläufig; der stärkste Rückgang war in Gmünd feststellbar (2011: 16 VZÄ/Köpfe, 30. Juni 2014: sieben VZÄ/Köpfe). Die NÖ Landeskliniken-Holding bzw. die vier betroffenen Standorte versuchten, diesem Mangel mit einer Reihe von Maßnahmen (bspw. Informationsveranstaltungen und Unterstützungen für Maturanten) zu begegnen. (TZ 11)

Auch die endgültigen Materialien zur Novelle des ÄrzteG 1998 ließen umfassende und aussagekräftige Erläuterungen betreffend die Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung um letztlich ein Jahr vermissen; der RH hatte darauf bereits im Rahmen des Begutachtungsverfahrens – zusammen mit der Frage nach einer möglicherweise daraus resultierenden geringeren Attraktivität der allgemeinmedizinischen Ausbildung und der Schwächung des Fachbereichs Allgemeinmedizin – hingewiesen. (TZ 11)

Die Gesamtzahl der am AKH Wien tätigen Fachärzte stieg im Prüfungszeitraum leicht an (2011: 878,4 VZÄ; 2014: 882,9 VZÄ); demgegenüber war die Anzahl der Turnusärzte in Facharztausbildung rückläufig (2011: 570,3 VZÄ, 2014: 543,4 VZÄ). Der Rückgang bei diesen Turnusärzten war nach Angaben der Medizinischen Universität Wien als Dienstgeberin aller am AKH Wien tätigen Ärzte auf ein Personaleinsparungsprogramm zurückzuführen. (TZ 12)

Die Fachärzte und die Turnusärzte in Facharztausbildung am LKH Innsbruck waren etwa jeweils zur Hälfte Bedienstete des Landes Tirol (vertreten durch die TILAK – Tiroler Landeskrankenhäuser GmbH (TILAK)) und der Medizinischen Universität Innsbruck. Am LKH Innsbruck veränderten sich sowohl die Anzahl der Fachärzte als auch der Turnusärzte in Facharztausbildung zwischen 2011 und 2014 nur geringfügig (Fachärzte: 2011: 537,2 VZÄ; 2014: 539,8 VZÄ; Turnusärzte in Facharztausbildung: 2011: 412,6 VZÄ; 2014: 414,0 VZÄ). (TZ 13)

Beide Universitätskliniken hielten die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im ÄrzteG 1998 noch normierte 1:1 Regelung zwischen Fachärzten und Turnusärzten in Facharztausbildung ein. Im Vergleich zum AKH Wien beschäftigte das LKH Innsbruck im Verhältnis zu den dort tätigen Fachärzten mehr Turnusärzte in Facharztausbildung. (TZ 12, 13)

Am Standort St. Pölten erhöhte sich die Gesamtzahl der Fachärzte seit 2011 um rd. 5 % auf rd. 259 VZÄ; die Anzahl der Turnusärzte in Facharztausbildung stieg um 18,4 % auf rd. 140 VZÄ. In Lillfeld sank die Anzahl der Fachärzte zwischen 2011 und 2014 um rd. 5 % auf rd. 25 VZÄ; die Zahl der Turnusärzte in Facharztausbildung erhöhte sich demgegenüber um rd. 68 % von 5,9 VZÄ auf 9,9 VZÄ. (TZ 14)

An den Standorten Gmünd und Zwettl nahm die Zahl der Fachärzte (+ 9 % bzw. + 19 %) und der Turnusärzte in Facharztausbildung (+ 23 % bzw. + 25 %) zwischen 2011 und 2014 zu; 2014 waren an den Standorten Gmünd und Zwettl 19,6 VZÄ bzw. 52,7 VZÄ Fachärzte und 8,0 VZÄ bzw. 23,8 VZÄ Turnusärzte in Facharztausbildung beschäftigt. Am Standort Waidhofen schwankte die Anzahl dieser Turnusärzte zwischen 15,5 VZÄ und 17 VZÄ. (TZ 14)

Ausbildungsverantwortung – Allgemeines

Das ÄrzteG 1998 sah für die Ausbildungsverantwortung ein dreistufiges System vor und wies den Krankenanstaltenträgern, den Ärztlichen Leitern und den Klinik- bzw. Abteilungsleitern bestimmte Aufgaben und Verantwortlichkeiten zu. Wie die nachfolgende Analyse zeigte, wurde diese dreistufige Ausbildungsverantwortung von den überprüften Krankenanstalten bzw. deren Trägern in unterschiedlichem Ausmaß, jedoch in keiner Krankenanstalt ausreichend wahrgenommen. (TZ 15)

Kurzfassung

Die Universitätskliniken AKH Wien und LKH Innsbruck stellten diesbezüglich einen Sonderfall dar, weil hier die Rollen des Dienstgebers (Medizinische Universitäten Wien und Innsbruck) und des Krankenanstaltenträgers (teilweise) auseinanderfielen und der Träger formal keine Diensthoheit über die funktionstragenden Ärzte innehatte. Dafür sah das ÄrzteG 1998 weder in der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltenden Fassung noch in der aktuellen Novelle Sonderbestimmungen vor. (TZ 15)

Das AKH Wien und die Medizinische Universität Wien planten eine gemeinsame Betriebsführung ab 2015. Hiefür waren zwei neue paritätisch (von der Stadt Wien und der Medizinischen Universität Wien) besetzte Leitungsorgane geplant: das Supervisory Board und das Management Board. Die TILAK und die Medizinische Universität Innsbruck schlossen im März 2014 einen Zusammenarbeitsvertrag; durch diesen wurde die Medizinische Universität Innsbruck-TILAK-Kommission (je vier Mitglieder der Medizinischen Universität Innsbruck und des LKH Innsbruck) als gemeinsames Gremium eingerichtet. (TZ 15)

Ausbildungsverantwortung der Krankenanstaltenträger

Die Rechtsträger der Krankenanstalten hatten gemäß ÄrzteG 1998 in kürzest möglicher Zeit für die bestqualifizierende Ausbildung der Turnusärzte zu sorgen. Diese Verpflichtung zielte in program-matischer Weise auf die Schaffung entsprechender Rahmenbedin-gungen für die Ausbildung. Insofern traf die Letztverantwortung für eine den Vorgaben des ÄrzteG 1998 entsprechende Ausbildung der Turnusärzte in jedem Fall den Träger der Krankenanstalt. Im neuen ÄrzteG waren die Vorschriften über die Wahrung der Aus-bildungsqualität und damit auch über die Ausbildungsverantwortung der Träger im § 11 gebündelt und erweitert (etwa durch die Verpflichtung zur Vorlage eines Ausbildungsplans). (TZ 16)

Die Stadt Wien hatte für den Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) bzw. das AKH Wien noch keine konkreten strategischen Aus-bildungsziele für Turnusärzte festgelegt. Konkreter und ausführ-licher waren die Ausbildungsziele in der TILAK-Strategie formuliert. In den Zusammenarbeitsvereinbarungen zwischen den Krankenari-staltenträgern und den Medizinischen Universitäten waren Ausbil-dungsmaßnahmen vorgesehen bzw. geplant. Weder der KAV noch die TILAK hatten die Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Lei-tern für die Festlegung von Ausbildungszielen genutzt. In der TILAK

waren allerdings solche Ziele im Zusammenhang mit der Einführung der Ärzteausbildung NEU vorgesehen. (TZ 17)

Die NÖ Landeskliniken-Holding verfügte seit 2011 über eine jährlich fortgeschriebene Zielelandkarte u.a. mit konkreten Zielen für die Ärzteausbildung, z.B. Schaffung von mehr Ausbildungsstellen oder Forcierung des Turnusärzte-Recruitings. Diese Ziele wurden gemeinsam mit den Regionalmanagern auf die verschiedenen Regionen (NÖ Mitte, Mostviertel, Waldviertel, Weinviertel und Thermenregion) und in weiterer Folge auf die einzelnen niederösterreichischen Krankenanstalten heruntergebrochen. (TZ 17)

Für die im AKH Wien und im LKH Innsbruck tätigen – bei den jeweiligen Medizinischen Universitäten angestellten – Turnusärzte in Facharztausbildung gab es keine Ausbildungsvorgaben der Krankenanstaltenträger. (TZ 18)

In jenen Fällen, in denen die TILAK bzw. die NÖ Landeskliniken-Holding Ausbildungsvorgaben für Turnusärzte normiert hatten, waren die Umsetzungs- und Kontrollmechanismen nicht ausreichend, um die Durchführung der Vorgaben zu gewährleisten. So erfolgte etwa keine Überprüfung der Umsetzung von Betriebsvereinbarungen der TILAK betreffend ihre Turnusärzte. (TZ 18)

Auch die NÖ Landeskliniken-Holding überprüfte die Anwendung des 2007 für Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung eingeführten Logbuchs bzw. der Checkliste (eingeführt Mitte 2013) nicht und führte diesbezüglich auch keine Evaluierungen durch. Darüber hinaus gab es seitens der NÖ Landeskliniken-Holding keine Vorgaben für die Facharztausbildung. (TZ 18)

Ausbildungsverantwortung des Ärztlichen Leiters

Der Ärztliche Leiter einer Krankenanstalt war aufgrund krankenanstaltenrechtlicher Bestimmungen als vom Träger bestelltes Leitungsorgan für den ärztlichen Dienst (z.B. Diensterteilungen, dienstliche Verwendung einzelner Ärzte, Koordinierung der ärztlichen Tätigkeit) verantwortlich. Laut ÄrzteG 1998 trafen ihn auch Pflichten in Bezug auf die Ausbildung. So war der Ärztliche Leiter z.B. für die Organisation der abteilungsübergreifenden Rotation der Turnusärzte innerhalb einer Krankenanstalt zuständig. (TZ 19)

Kurzfassung

Im neuen ÄrzteG (§ 11 Abs. 1) wurde der Ärztliche Leiter im Unterschied zu den Vorgängerregelungen nicht mehr ausdrücklich erwähnt, obwohl bspw. abteilungsübergreifenden Rotationen mit der Novelle ein höherer Stellenwert eingeräumt wurde und die Qualitätserfordernisse für die Ärzteausbildung – auch vor dem Hintergrund der neu-eingeführten Wieder-Anerkennung nach sieben Jahren – insgesamt erhöht wurden. Die diesbezüglichen Hinweise des RH im Rahmen des Begutachtungsverfahrens blieben im weiteren Gesetzgebungsprozess unberücksichtigt. (TZ 19)

Während die Anstaltsordnungen des LKH Innsbruck und der überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten die Ausbildungsverantwortung des Ärztlichen Leiters explizit vorsahen, legte das Organisationshandbuch der Ärztlichen Direktion des AKH Wien fest, dass die Ausbildung von Ärzten eine der Hauptaufgaben der Krankenanstalt sei und durch Fachärzte der Medizinischen Universität Wien erfolge. Allerdings gab es im AKH Wien eine Richtlinie betreffend Rasterzeugnisse und seit November 2014 Bemühungen um weitere zentrale Vorgaben zur Ärzteausbildung. (TZ 20)

Was die anderen überprüften Krankenanstalten in Tirol und Niederösterreich anbelangt, waren die getroffenen Maßnahmen nicht ausreichend, um die Wahrnehmung der auch in den Anstaltsordnungen festgelegten Ausbildungsverantwortung der Ärztlichen Leiter sicherzustellen. So verfügten etwa – mit Ausnahme des Standorts St. Pölten – weder das LKH Innsbruck noch das LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl bzw. der Standort Lilienfeld über eine Richtlinie betreffend die Vorgangsweise bei den Rasterzeugnissen. (TZ 20)

Organisation der Ausbildung – zentrale Einrichtungen

Die Krankenanstaltenträger bzw. die überprüften Krankenanstalten handhabten die zentrale Organisation der Ausbildung unterschiedlich. Für das LKH Innsbruck nahm das von der TILAK eingerichtete Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe als zentrale Koordinationsstelle bereits seit über 20 Jahren die Belange der Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung umfassend wahr. Demgegenüber setzte die NÖ Landeskliniken-Holding zwar organisatorische Maßnahmen, betreute aber diese Turnusärzte nicht individuell. (TZ 21)

Auch für die Organisation der Turnusärzte in Facharztausbildung übernahm das Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe eine Reihe von Aufgaben; so bot es etwa auch die Organisation der Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Medizinische Psychotherapie in Kooperation mit der Medizinischen Universität Innsbruck und der TILAK an. Der KAV und die NÖ Landeskliniken-Holding trafen keine (organisatorischen) Ausbildungs-Maßnahmen für Turnusärzte in Facharztausbildung an den überprüften Krankenanstalten. (TZ 21)

An den überprüften Krankenanstalten selbst nahmen vor allem die Ärztlichen Direktionen bzw. deren Stabstellen oder die Personalabteilungen organisatorische Aufgaben im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung wahr. (TZ 21)

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Ausgangslage und Allgemeines

Auf der Ebene der Abteilungen bzw. Kliniken überprüfte der RH die Ausbildungspraxis in den überprüften Krankenanstalten insbesondere am Beispiel des Fachbereichs Innere Medizin. Dies insbesondere deshalb, weil es Organisationseinheiten (Universitätskliniken, Abteilungen etc.) für Innere Medizin in allen überprüften Krankenanstalten gab und die Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung nach der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch geltenden Rechtslage zwölf Monate in der Inneren Medizin zu absolvieren hatten, weshalb – gegenüber den anderen zu absolvierenden Fachbereichen – die in diesem Fachbereich vorgesehene allgemeinmedizinische Ausbildung am längsten war. Die Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin dauerte mindestens sechs Jahre, eine verpflichtende Absolvierung von Nebenfächern war nicht vorgesehen. (TZ 22)

Die Organisation und Anzahl der beschäftigten Ärzte in der Inneren Medizin der überprüften Krankenanstalten stellte sich wie folgt dar: (TZ 22)

Kurzfassung

Organisation und Besetzung der Inneren Medizin¹

	Organisationseinheiten	Fachärzte	TÄ/F ²
	Anzahl	in VZÄ	
AKH Wien	3 Universitätskliniken mit 11 Abteilungen	164,6	89,8
LKH Innsbruck	1 Department mit 6 Universitätskliniken	68,8	48,8
LK St. Pölten/Lilienfeld	4 Abteilungen	61,6	23,9
davon			
Standort St. Pölten	3 Abteilungen	55,3	20,9
Standort Lilienfeld	1 Abteilung	6,3	3,0
LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl	3 Abteilungen	21,5	15,0
davon			
Standort Gmünd	1 Abteilung	5,0	3,0
Standort Waidhofen	1 Abteilung	9,0	6,0
Standort Zwettl	1 Abteilung	7,5	6,0

¹ zum 30. Juni 2014² Turnusärzte in Facharztausbildung; Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung waren der Krankenanstalt zugewiesen und nicht bestimmten Organisationseinheiten.

Quellen: Angaben und Homepages der überprüften Krankenanstalten

Ausbildungsverantwortung der Abteilungs- bzw. Klinikleiter

In der Praxis trugen die Abteilungsleiter (Primärärzte) die größte Ausbildungsverantwortung. Sie waren gemäß ÄrzteG 1998 für ihren Bereich verpflichtet, den Turnusärzten die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten in unselbstständiger Ausübung der ärztlichen Tätigkeit, also unter Anleitung und Aufsicht, zu vermitteln; im ÄrzteG 1998 wurden sie deshalb als Ausbildungsverantwortliche bezeichnet. (TZ 23)

Im Entwurf zur ÄrzteG-Novelle wurde klargestellt, dass der „Leiter der Ausbildungsstätte“ der Ausbildungsverantwortliche war. In seiner Stellungnahme im Begutachtungsverfahren regte der RH insbesondere aus Qualitätssicherungsgründen eine genauere Definition der Aufgaben des Ausbildungsverantwortlichen an. Das neue ÄrzteG enthielt eine solche jedoch weiterhin nicht. (TZ 23)

Bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gab es kaum von der Ärztlichen Leitung vorgegebene (umfassende) Aufgaben- und Tätigkeitsprofile für die Ausbildungsverantwortlichen; das AKH Wien legte dem RH im November 2014 einen entsprechenden Entwurf vor. (TZ 23)

Schriftliche Zielvereinbarungen zwischen Ärztlichem Leiter und Klinik- bzw. Abteilungsleitern waren entweder gar nicht vorhanden oder wurden nicht für die Festlegung von Ausbildungszielen genutzt; das AKH Wien und das LKH Innsbruck planten Entsprechendes. Am LKH Innsbruck unterzeichnete der Departmentdirektor die Rasterzeugnisse (wesentlichster Ausbildungsnachweis, der u.a. vom Ausbildungsverantwortlichen zu unterzeichnen war), ohne dafür zuständig zu sein; diese Vorgangsweise wurde erst ab September 2014 geändert. (TZ 23)

Ausbildungsassistenten und Mentoren

Gemäß ÄrzteG 1998 hatte der Ausbildungsverantwortliche die Möglichkeit, sich von einem Ausbildungsassistenten unterstützen zu lassen; der Begriff „Ausbildungsassistent“ war im neuen ÄrzteG nicht mehr vorgesehen. Unverändert war, dass sich der Ausbildungsverantwortliche von einem zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Facharzt des jeweiligen Sonderfaches unterstützen lassen konnte. (TZ 24)

An den Kliniken für Innere Medizin am AKH Wien und am LKH Innsbruck waren Ausbildungsassistenten eingesetzt. Ein Mentoren-System für Turnusärzte in Facharztausbildung war nicht überall durchgängig installiert. Für Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung des LKH Innsbruck wurde 1992 ein Ausbildungsmentoren-Modell initiiert, ein neues Modell war geplant. (TZ 24)

In den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten gab es außer am Standort Waidhofen keine nominierten Ausbildungsassistenten; ein Mentoren-System war an keinem Standort vorgesehen. (TZ 24)

Logbuch

Um – in Spezifizierung der Rasterzeugnisse – genau festzulegen, welche Lerninhalte in der ärztlichen Ausbildung vermittelt werden sollten, wurde in der Literatur und in der Praxis ein Logbuch als

Kurzfassung

zweckmäßig erachtet. Das Logbuch soll dem Lernenden sowie dem Ausbildungsverantwortlichen einen Überblick über die Lernziele und Lerninhalte bzw. deren Absolvierung während der gesamten Ausbildungszeit geben. Für eine kontinuierliche Qualitätssteuerung in der ärztlichen Ausbildung war es von zentraler Bedeutung. (TZ 25)

An allen überprüften Krankenanstalten, die Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung beschäftigten (LKH Innsbruck und alle überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten) gab es für diese Logbücher. Im LKH Innsbruck war das Logbuch verpflichtend zu führen; entsprechende Kontrollen fanden statt, auch wenn eine Archivierung von Kopien unterblieb. Dieses Logbuch wurde allerdings nicht durchgängig von allen Ausbildungsverantwortlichen als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse herangezogen. (TZ 25)

In den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten wurde das Logbuch für Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung nicht durchgängig verwendet, entsprechende Kontroll- bzw. Evaluierungsmechanismen mit anschließender Maßnahmensetzung fehlten; weiters wurden die Logbücher nicht als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse herangezogen. (TZ 25)

Was die Facharztausbildung anbelangt, verfügten die Kliniken für Innere Medizin des AKH Wien und des LKH Innsbruck über Logbücher. Am AKH Wien spezifizierte das Logbuch jedoch das Rasterzeugnis kaum, sondern deckte sich über weite Strecken mit diesem; es war lediglich ergänzt um die Dokumentation der absolvierten Rotationen und die Möglichkeit, für bestimmte Untersuchungen die Anzahl einzutragen. Bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung fehlten sowohl am AKH Wien als auch am LKH Innsbruck für die Logbücher der Turnusärzte in Facharztausbildung für den RH nachvollziehbare Kontrollmechanismen bzw. -vorgaben seitens der Ärztlichen Leitung. Das AKH Wien legte diesbezüglich dem RH im November 2014 einen Entwurf für entsprechende Vorgaben vor. (TZ 25)

Für die Facharztausbildung Innere Medizin in den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten lagen – anders als am AKH Wien und am LKH Innsbruck – keine Logbücher vor. (TZ 25)

Ausbildungskonzept

Ein Ausbildungskonzept sollte abteilungsspezifisch u.a. schriftlich festlegen, auf welche Weise und in welcher Abteilungsstruktur die jeweiligen Ausbildungsinhalte zum Allgemeinmediziner bzw. in einem Sonderfach konkret vermittelt werden sollen und wer der jeweilige Ausbildungsverantwortliche ist. Es war ebenfalls ein zentrales Instrument für die Qualitätssicherung in der Ärzteausbildung, weil es der Orientierung dient und eine beidseitige Verpflichtung (des Ausbildungsverantwortlichen und des Turnusarztes) darstellt. (TZ 26)

Da sich auch in der Literatur keine klare Definition des Begriffs Ausbildungskonzept fand, waren auch die dem RH im Rahmen der Gebärungsüberprüfung als Ausbildungskonzept vorgelegten Dokumente sehr unterschiedlich; sie reichten von einer bloßen Auflistung der verpflichtenden theoretischen Ausbildungsmodule bis hin zu relativ umfassenden Regelungen. Angesichts dessen identifizierte der RH aufgrund von Erhebungen, Beispielen konkreter Ausbildungskonzepte und dem Musterkonzept der ÖÄK folgende Inhalte eines Ausbildungskonzepts als zweckmäßig: Einführung in die Abteilungs- und Personalstruktur, angewandte Lehrmethoden, zu absolvierende Abteilungsschwerpunkte samt zeitlichem Rahmen, abteilungsinterne Rotationen und konkrete Fortbildungsplanung. (TZ 26)

Vor allem in den Kliniken für Innere Medizin am AKH Wien gab es eine Vielzahl an Einzeldokumenten, die unterschiedlich strukturiert waren und unterschiedliche Geltungsbereiche vorsahen; auch das LKH Innsbruck legte zum Thema Ausbildungskonzept verschiedene Dokumente vor. Mit Ausnahme des Standorts Waidhofen, wo 2013 ein Leitfaden für Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung erstellt wurde, lagen an den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten weder für die allgemeinmedizinische Ausbildung noch für die Facharztausbildung schriftliche Dokumente im Sinne eines Ausbildungskonzepts an den Abteilungen für Innere Medizin vor. Keines der von den vier überprüften Krankenanstalten vorgelegten Dokumente umfasste jedoch alle vom RH für ein Ausbildungskonzept als zweckmäßig identifizierten Inhalt. (TZ 26)

Eine Anweisung des Krankenanstaltenträgers bzw. der Ärztlichen Direktion hinsichtlich der Ausgestaltung und der verpflichtenden Anwendung von schriftlichen Ausbildungskonzepten lag an keiner der überprüften Krankenanstalten vor; das LKH Innsbruck plante jedoch solche Vorgaben im Rahmen der Ärzteausbildung NEU. (TZ 26)

Kurzfassung

Das neue ÄrzteG sah erstmals vor, dass Ausbildungsstätten als Anerkennungserfordernis ein schriftliches Ausbildungskonzept vorlegen mussten (für die nach der neunmonatigen Basisausbildung erfolgende Ärzteausbildung). Der RH hatte im Begutachtungsverfahren angeregt, den Begriff Ausbildungskonzept zu definieren; diesem Hinweis wurde im weiteren Gesetzgebungsprozess jedoch nicht entsprochen. (TZ 26)

Rotation und Ausbildungsplan

Im Rahmen der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltenden Ärzteausbildung waren Rotationen bzw. deren Organisation von wichtiger Bedeutung, weil Turnusärzte im Rahmen ihrer Ausbildung häufig (viele) verschiedene Fachbereiche durchlaufen mussten. In der Regel gab es abteilungsüberschreitende (innerhalb einer Krankenanstalt bzw. eines Standorts) und krankenanstaltenüberschreitende Rotationen. Ein Ausbildungsplan soll schon zu Ausbildungsbeginn die zeitliche Abfolge – idealerweise – aller Ausbildungsabschnitte festlegen. (TZ 27)

Die Novelle zum ÄrzteG 1998 sah vor, dass die Krankenanstaltenträger den Turnusärzten nach Beendigung der Basisausbildung einen Ausbildungsplan für die weitere praktische Ausbildung vorlegen mussten. Im Begutachtungsverfahren wertete der RH die Einführung eines Ausbildungsplans grundsätzlich positiv, er erachtete aber eine Definition der konkreten Inhalte eines Ausbildungsplans als erforderlich. Darüber hinaus hielt der RH es für zweckmäßig, das Vorliegen eines Rotationskonzeptes als Anerkennungsvoraussetzung für eine Ausbildungsstätte vorzusehen, weil Rotationen auch im Rahmen der Ärzteausbildung NEU große Bedeutung zukommen wird. Beide Hinweise des RH wurden in der letztlich beschlossenen Novelle nicht berücksichtigt. (TZ 26, 27)

In den überprüften Krankenanstalten wurden – mit Ausnahme des LKH Innsbruck (für Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung) – keine schriftlichen Ausbildungspläne erstellt. Das AKH Wien und das LKH Innsbruck planten jedoch bereits, solche künftig zu erstellen. (TZ 28)

Die Rotationseinteilung der Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung wurde – mit Ausnahme des LKH Innsbruck und dem Standort Zwettl – von den Turnusärzten selbst durchgeführt. Kooperationsvereinbarungen mit anderen Krankenanstalten lagen im Bereich der allgemeinärztlichen Ausbildung nur mündlich vor.

Unzureichend war auch die Dokumentation der Konsiliarausbildung (Ausbildung durch einen Konsiliararzt für den Fall, dass die entsprechende Abteilung in der Krankenanstalt nicht eingerichtet war) am LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl, weil die vermittelten Ausbildungsinhalte nicht nachvollziehbar waren. (TZ 28)

Für die Rotation der Turnusärzte in Facharztausbildung lagen im Fach Innere Medizin an allen überprüften Krankenanstalten schriftliche Rotationskonzepte vor, soweit dies für die Erfüllung der Ausbildungsinhalte erforderlich war. Am AKH Wien erfolgte die Einteilung allerdings durch Rotationsbeauftragte, die meist selbst Turnusärzte waren. Anstaltsübergreifende Rotationen für die Erfüllung von Ausbildungsinhalten bzw. aufgrund von eingeschränkten Anerkennungen waren – mit Ausnahme des Standorts Waidhofen (jedoch nur mündlich) – an den überprüften Krankenanstalten nicht etabliert. (TZ 28)

Weder die Krankenanstalten noch die Rechtsträger bzw. die Dienstgeber der Turnusärzte verfügten über Daten betreffend die gesamte Ausbildungsdauer der einzelnen Turnusärzte. Auf Basis der von den Ärztekammern zur Verfügung gestellten sogenannten Ausbildungsraster (je Turnusarzt geführte Übersichtsblätter, auf denen vermerkt war, in welcher Krankenanstalt der Turnusarzt wie lange welches Ausbildungsfach absolvierte) ermittelte der RH die Ausbildungsdauern beispielhaft ausgewählter Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung und von Turnusärzten in den Sonderfächern Innere Medizin, Chirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe. (TZ 29)

Die gesetzlich vorgesehene Ausbildungsdauer bei den Turnusärzten in allgemeinmedizinischer Ausbildung und den Turnusärzten im Sonderfach Innere Medizin wurde in den überprüften Krankenanstalten im Durchschnitt nicht wesentlich überschritten. Im Sonderfach Chirurgie lag hingegen die durchschnittliche Ausbildungszeit am AKH Wien sowie im Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe am LKH Innsbruck – laut Ausbildungsraster der Ärztekammern – deutlich über der Mindestausbildungszeit. Dafür konnte es viele Gründe geben, die sowohl im Verantwortungsbereich der Krankenanstalt liegen als auch persönlich bedingt sein konnten. Die Ausbildungsraster enthielten dazu keine Informationen. (TZ 29)

Vor dem Hintergrund der unzureichenden Datenlage war positiv, dass durch die mit der Ärzteausbildung NEU eingeführte standardisierte Ausbildungsstellenverwaltung sowohl den Turnusärzten als auch den Krankenanstalten bzw. Rechtsträgern mehr Transparenz

Kurzfassung**Zusammenarbeit
zwischen den
Berufsgruppen**

über die Ausbildungszeiten geboten und die Datenlage insgesamt verbessert werden soll. (TZ 29)

Allgemeines

Einen wichtigen Faktor der Ausbildungspraxis stellt auch die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den diplomierten Pflegekräften dar. Insbesondere eine hohe Belastung der Turnusärzte mit Routinetätigkeiten, die auf ärztliche Anordnung auch von diplomierten Pflegekräften vorzunehmen wären, kann die Teilnahme an Besprechungen und Visiten oder ähnliche ausbildungsrelevante Tätigkeiten verhindern. (TZ 30)

In diesem Zusammenhang waren vor allem die in § 15 Abs. 5 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) genannten sieben Tätigkeiten von Bedeutung, die vom Pflegepersonal nicht eigenverantwortlich (vgl. § 14 GuKG), sondern nur auf ärztliche Anordnung durchgeführt werden können (sogenannter „mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich“); dabei handelt es sich etwa um die Verabreichung von Arzneimitteln oder das Legen von Magensonden. (TZ 30)

Da diese Aufzählung in § 15 Abs. 5 GuKG beispielhaft war, konnten auch weitere Tätigkeiten vom mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich umfasst sein. Üblicherweise war daher der Umfang des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs für die jeweilige Krankenanstalt bzw. für einzelne Abteilungen zusätzlich in Vereinbarungen spezifiziert, in denen die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den diplomierten Pflegekräften geregelt war. Auch alle überprüften Krankenanstalten verfügten über solche Vereinbarungen, die allesamt zumindest die sieben in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten enthielten. (TZ 30)

Vereinbarungen gemäß § 15 GuKG

Sowohl am AKH Wien als auch am LKH Innsbruck gab es eine Muster- bzw. Rahmenvereinbarung für den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich; diese enthielt – neben den in § 15 Abs. 5 GuKG genannten – noch weitere Tätigkeiten, die vom Pflegepersonal auf ärztliche Anordnung durchgeführt werden sollten. Allerdings entsprach die Zuordnung zum mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich bei manchen Tätigkeiten nicht den Kriterien des § 15 GuKG, etwa weil diese zum eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflege (§ 14 GuKG) zählten. (TZ 31, 33)

Die klinikspezifischen Vereinbarungen der drei Kliniken für Innere Medizin am AKH Wien (KIM I bis III) bzw. der sechs Kliniken für Innere Medizin am LKH Innsbruck (IM I bis VI) sahen teilweise Adaptierungen bzw. Ergänzungen der Rahmenvereinbarungen vor; anders als in den Rahmenvereinbarungen waren manche Tätigkeiten jedoch noch ausschließlich von Ärzten vorzunehmen. Laut den von den beiden Krankenanstalten vorgelegten Statusberichten war die Umsetzung der vereinbarten Aufteilung der mitverantwortlichen Tätigkeiten an den Universitätskliniken für Innere Medizin insgesamt grundsätzlich weit vorangeschritten. (TZ 32, 34)

Für das LK St. Pölten/Lilienfeld war eine für alle Abteilungen an beiden Standorten verbindliche Richtlinie über die ärztliche–pflegerische Zusammenarbeit in Geltung, die neben den in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich angeführten noch fünf weitere Tätigkeiten umfasste. Laut den Ergebnissen der Abfrage der NÖ Landeskliniken–Holding war diese auch umgesetzt. Das Verabreichen von intramuskulären und intravenösen Injektionen war allerdings weiterhin ausschließlich von Ärzten durchzuführen. (TZ 35)

Auch für das LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl galten Richtlinien bzw. Vereinbarungen über die ärztliche–pflegerische Zusammenarbeit. Neben den in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich angeführten umfassten diese insgesamt noch fünf weitere Tätigkeiten, die allesamt den Kriterien für eine Zuordnung zum mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich entsprachen. Es bestand Übereinstimmung zwischen Praxis und Vereinbartem. Am Standort Waidhofen nahmen das Legen von Magensonden allerdings nach wie vor ausschließlich Ärzte vor. (TZ 36)

Vor dem Hintergrund der Neuerungen im ÄrzteG 1998, wonach die Gewährleistung der Durchführung der in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten durch das diplomierte Pflegepersonal Bedingung für die Anerkennung als Ausbildungsstätte war, verglich der RH die Aufteilung dieser sieben Tätigkeiten in den überprüften Krankenanstalten anhand der Ergebnisse der Statuserhebungen, Evaluierungen und Abfragen: (TZ 37)

Kurzfassung

Vergleich der Umsetzung der in § 15 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten in den überprüften Krankenanstalten

AKH Wien

KIM I	1	4b	5	6	2a	2b	2c	3	4a	7
KIM II	1	2a	4b	6	2c	3	4a	5	7	2b
KIM III	1	4b	6	2a	2c	3	5	2b	4a	7

LKH Innsbruck

IM I, II, III, VI	1	2a	2c	4a	4b	6	3	5	2b	7
IM IV, V	1	2a	2c	4a	4b	6	3	5	7	2b

LK St. Pölten/
Lilienfeld

	1	2a	4b	6	3	4a	5	7	2b	2c
--	---	----	----	---	---	----	---	---	----	----

LK G/W/Z

Gmünd	1	2a	3	4b	6	2b	2c	4a	5	7
Waidhofen	1	2a	2b	2c	3	4a	4b	6	5	7
Zwettl	1	2a	2b	2c	3	4a	4b	6	7	5

Legende

	diplombiertes Pflegepersonal		sowohl Ärzte als auch diplomiertes Pflegepersonal		ausschließlich Ärzte
--	------------------------------	--	---	--	----------------------

1. Verabreichung von Arzneimitteln
- 2a. Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen Injektionen
- 2b. Vorbereitung und Verabreichung von intramuskulären Injektionen
- 2c. Vorbereitung und Verabreichung von intravenösen Injektionen
3. Vorbereitung und Anschluss von Infusionen
- 4a. Blutentnahme aus der Vene
- 4b. Blutentnahme aus den Kapillaren
5. Setzen von transurethralen Blasenkathetern
6. Durchführung von Darneinläufen
7. Legen von Magensonden

Quellen: AKH Wien; LKH Innsbruck; NÖ Landeskliniken-Holding; LK St. Pölten/Lilienfeld; LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Die im ÄrzteG 1998 für eine Neuankennung als Ausbildungsstätte nunmehr geforderte Durchführung der in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten (zumindest auch) durch diplomiertes Pflegepersonal war an der Klinik für Innere Medizin I des AKH Wien und an den Standorten Gmünd und Zwettl gewährleistet. An der Klinik für Innere Medizin II des AKH Wien wurden eine, an der Klinik für Innere Medizin III drei, am LKH Innsbruck je nach Klinik ein bzw. zwei, am LK St. Pölten/Lilienfeld zwei sowie am Standort Waidhofen eine der in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten hingegen nach wie vor ausschließlich von Ärzten durchgeführt. (TZ 37)

Administration der Rasterzeugnisse

Über den Erfolg der Ausbildung war ein Rasterzeugnis vorzulegen (§ 26 ÄrzteG 1998). Gemäß Ärzteausbildungsordnung hatte der Ausbildungsverantwortliche nach Zurücklegung der jeweiligen Mindestausbildungszeiten und Durchführung eines Evaluierungsgesprächs (TZ 40) unverzüglich ein Rasterzeugnis auszustellen. Betrug die Dauer eines Ausbildungsfachs jedoch mehr als ein Jahr, war auch am Ende jedes Ausbildungsjahrs unverzüglich ein Rasterzeugnis auszustellen. (TZ 38)

Die Vorgangsweisen im Zusammenhang mit der Ausstellung der Rasterzeugnisse, dem wesentlichsten Ausbildungs-Erfolgsnachweis, entsprachen häufig nicht den Vorgaben der ÄAO, die Kontrollen waren unzureichend. So wurden etwa die Rasterzeugnisse für Turnusärzte in Facharztausbildung am AKH Wien, am LKH Innsbruck und am Standort Gmünd entgegen den Vorgaben der ÄAO nicht jährlich ausgestellt. Teilweise (insbesondere an den Standorten Lilienfeld, Waidhofen und Zwettl) erfolgte die Ausstellung der Rasterzeugnisse – entgegen den Bestimmungen der ÄAO – nicht unverzüglich nach Ausbildungsende, manche wurden sogar erst nach über einem Jahr ausgestellt. Die Evaluierungsgespräche, die ein zentrales Instrument der Lernfortschrittskontrolle darstellen, waren oftmals gar nicht vermerkt oder – entgegen den Vorgaben der ÄAO – nach dem Ausbildungsende datiert. (TZ 38)

Eine Richtlinie für die Administration von Rasterzeugnissen lag zur Zeit der Gebarungsüberprüfung neben dem AKH Wien nur am LK St. Pölten/Lilienfeld für den Standort St. Pölten vor; die Richtlinie des AKH Wien entsprach teilweise nicht den Bestimmungen der ÄAO. In der Ärztlichen Direktion erfolgte zumeist nur eine formale Überprüfung der Rasterzeugnisse. Am LKH Innsbruck erfolgte eine Archivierung der Rasterzeugniskopien in der Ärztlichen Direktion erst ab Mitte 2014; am Standort Gmünd wurden keine Kopien der Rasterzeugnisse aufbewahrt. (TZ 38)

Erfüllbarkeit der Rasterzeugnisvorgaben

Für die Erstellung der Rasterzeugnisse griff die ÖÄK über ihre Fachgruppen auf die von ihr akkreditierten wissenschaftlichen Fachgesellschaften zurück. Diese entwickelten u.a. die in den Rasterzeugnissen für sogenannte „schneidende Fächer“ enthaltenen OP-Kataloge. Darin waren für bestimmte Eingriffe Fallzahlen vorgesehen, die der

Kurzfassung

Turnusarzt zu erbringen hatte, um seine Ausbildung erfolgreich abschließen zu können. (TZ 39)

Die in den OP-Katalogen der Rasterzeugnisse enthaltenen Fallzahlen für Chirurgie (Appendektomien) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (normalen Geburten/Kaiserschnitte) wurden dem tatsächlichen Leistungsgeschehen in den überprüften Krankenanstalten nicht gerecht. So wurde die Fallzahl für Appendektomien in den letzten Jahren angehoben, obwohl bei den Appendektomien österreichweit seit längerem ein signifikanter Rückgang – um rund minus ein Drittel seit 2001 – zu beobachten war. Auch die Fallzahl von 200 für die Leitung normaler Geburten war im Vergleich zu der Fallzahl von 40 für Kaiserschnitte zu hoch. Dem Verhältnis der Fallzahlen von 83:17 standen in fünf von sechs Krankenanstalten tatsächliche Verhältnisse zwischen normalen Geburten und Kaiserschnitten von 72:28 bis 48:52 gegenüber. Dies deutete auf die Notwendigkeit einer Anpassung der Fallzahlen hin. (TZ 39)

Qualitätssicherung
der Ärzteausbildung

Lernfortschrittskontrollen

Ein zentrales Instrument zur Lernfortschrittskontrolle von Turnusärzten waren die in der ÄAO vorgeschriebenen sogenannten Evaluierungsgespräche. Diese Gespräche waren vor Ausstellung der Rasterzeugnisse vom Ausbildungsverantwortlichen mit dem Turnusarzt zu führen und zu dokumentieren. Unklarheit bestand hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Evaluierungs- und Mitarbeitergespräch; es wurde teilweise davon ausgegangen, dass das Mitarbeitergespräch mit dem Evaluierungsgespräch gleichzusetzen war bzw. dieses ersetzte. (TZ 40)

In keiner der vom RH überprüften Krankenanstalten konnte eine Dokumentation über vom Ausbildungsverantwortlichen mit dem Turnusarzt geführte Evaluierungsgespräche vorgelegt werden. Auch die Mitarbeitergespräche waren nicht immer lückenlos dokumentiert; in den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten waren diese erst am 1. Jänner 2014 verbindlich vorgesehen. Mit den im LKH Innsbruck tätigen Turnusärzten in allgemeinmedizinischer Ausbildung führte das Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe regelmäßig strukturierte (Evaluierungs)Gespräche, die auch dokumentiert wurden. (TZ 40)

Facharztanwesenheit

Aufgrund krankenanstaltenrechtlicher Vorgaben war in Standardkrankenanstalten (z.B. Standorte Gmünd, Waidhofen, Lilienfeld und Zwettl) nur im Tagdienst eine ständige Facharztpräsenz in allen Abteilungen bzw. Organisationseinheiten erforderlich. Im Nachtdienst (und im Wochenend- und Feiertagsdienst) hingegen musste lediglich eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen anwesenden Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin oder für Chirurgie oder für Innere Medizin oder für Unfallchirurgie – bei gleichzeitiger Rufbereitschaft von Fachärzten der anderen Sonderfächer – gewährleistet sein. Gemäß ÄrzteG 1998 bestand grundsätzlich die Möglichkeit, Turnusärzte für Nacht- und Wochenenddienste an einer Abteilung einzuteilen, auch wenn ein für die Ausbildung verantwortlicher Facharzt nicht anwesend, sondern lediglich in Rufbereitschaft war. Allerdings hing dies immer vom entsprechenden Ausbildungsstand des jeweiligen Turnusarztes ab. (TZ 41)

Eine Analyse der Dienstpläne der Kliniken bzw. Abteilungen für Innere Medizin an den überprüften Krankenanstalten für den März 2014 ergab, dass das krankenanstaltenrechtliche Erfordernis der Anwesenheit eines Facharztes an allen überprüften Abteilungen für Innere Medizin erfüllt war. (TZ 41)

Das neue ÄrzteG sah nunmehr auch die Möglichkeit vor, Turnusärzte, die bereits die neunmonatige Basisausbildung abgeschlossen hatten, außerhalb der Kernausbildungszeit für eine abteilungs- oder organisationseinheitenübergreifende Tätigkeit einzusetzen. Dafür galten allerdings strenge Voraussetzungen (z.B. jederzeitige Anwesenheit eines fachlich verantwortlichen Arztes am jeweiligen Standort der Krankenanstalt); dies war positiv zu werten, weil insbesondere in Nachtdiensten auch mit komplexen medizinischen Situationen zu rechnen war, die einen – noch dazu „fachfremden“ – Turnusarzt überfordern könnten, zumindest aber einer Anleitung und Aufsicht im Sinne des § 3 Abs. 3 ÄrzteG 1998 bedurften. (TZ 41)

Evaluierungen durch die Träger bzw. die überprüften Krankenanstalten

Bis auf das AKH Wien hatten alle überprüften Krankenanstalten-träger bzw. Krankenanstalten bereits Evaluierungen der Ärzteausbildung durchgeführt. Das AKH Wien plante nunmehr regelmäßige Audits zur Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben sowie eine Evaluierung der Zufriedenheit der Turnusärzte alle zwei Jahre;

Kurzfassung

nicht zufriedenstellende Ergebnisse sollten eine Maßnahmenvereinbarung zwischen dem Ausbildungsverantwortlichen und dem Ärztlichen Direktor zur Folge haben. (TZ 42)

Ausbildungskontrolle durch die ÖÄK

Seit dem Jahr 2009 war allein die Ausbildungskommission der Österreichischen Ärztekammer für die Überprüfung der Qualität der Ausbildung von Ärzten in anerkannten Ausbildungsstätten durch Visitationen an Ort und Stelle zuständig (§ 128a Abs. 5 Z 3 ÄrzteG 1998). Sie konnte sich dabei aber gegebenenfalls von den beratenden Ausschüssen in den Landesärztekammern unterstützen lassen. Eine den aktuellen Rechtsgrundlagen entsprechende Verordnung über die Visitation, deren Erlassung der ÖÄK im übertragenen Wirkungsbereich oblag, war nicht vorhanden. Dadurch fanden seit rund fünf Jahren keine Visitationen mehr statt, wodurch jegliche hoheitliche Ausbildungskontrolle vor Ort fehlte. (TZ 43)

Evaluierungen durch die Ärztekammer

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin führte seit August 2011 für die ÖÄK kontinuierlich eine österreichweite Evaluierung der Ausbildung der Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung durch. Aufgrund der nach Angaben der überprüften Krankenanstalten bzw. Träger meist fehlenden Offenlegung der konkreten Ergebnisse der Auswertungsberichte gegenüber den betroffenen Abteilungen und Krankenanstaltenleitungen bzw. Trägern waren entsprechende Maßnahmen kaum möglich. (TZ 44)

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin führte weiters eine Evaluierung der Facharztausbildung an der Medizinischen Universität Wien durch. Dieser Auswertungsbericht wurde ins Internet gestellt und war somit allen zugänglich. Die Medizinische Universität Wien bezweifelte allerdings die Validität dieser Studie (z.B. aufgrund der Art der Fragestellungen). Auf Ebene der Universitätskliniken für Innere Medizin wurden in der Folge zum Teil Maßnahmen geplant. (TZ 44)

Alle Fragebögen enthielten nur wenige Fragestellungen zu den didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Ausbilder. (TZ 44)

**Arbeitszeiten von
Turnusärzten****Höchstleistungszeiten**

Das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG) begrenzte die Tagesarbeitszeit grundsätzlich mit maximal 13 Stunden und die Wochenarbeitszeit grundsätzlich mit durchschnittlich 48 Stunden. Durch Abschluss einer entsprechenden Arbeitszeit-Betriebsvereinbarung war es jedoch möglich, diese Grenzen auf bis zu 49 Stunden für einen verlängerten Dienst bzw. 72 Stunden Wochenarbeitszeit auszuweiten, sofern dies aus wichtigen organisatorischen Gründen unbedingt notwendig war und die Ärzte während der Arbeitszeit nicht durchgehend in Anspruch genommen wurden. Die Zahl der pro Monat erbringbaren verlängerten Dienste war auf sechs bzw. bei entsprechender Regelung im Rahmen einer Betriebsvereinbarung auf acht Dienste beschränkt. (TZ 46)

Aufgrund EU-rechtlicher Vorgaben wurde das KA-AZG im Herbst 2014 novelliert und eine schrittweise Senkung der Arbeitszeiten von den bisher erlaubten 72 Stunden pro Woche auf 60 Stunden ab 2015, 55 Stunden ab 2018 und letztendlich 48 Stunden ab Mitte 2021 beschlossen. (TZ 46)

Die Arbeitszeit-Betriebsvereinbarungen der überprüften Krankenanstalten nahmen auf die Vorgaben des zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltenden KA-AZG Bedacht, ohne die grundsätzlich möglichen Höchstleistungszeitgrenzen in vollem Ausmaß auszuschöpfen. Insbesondere einige Arbeitszeitmodelle in den niederösterreichischen Landeskliniken lagen deutlich unterhalb dieser Grenzen. Aufzeichnungen über die tatsächliche Inanspruchnahme während der verlängerten Dienste waren nur im LKH Innsbruck bezüglich jener Ärzte, die beim Land Tirol angestellt waren, vorhanden. Ohne Aufzeichnungen darüber war es dem Dienstgeber jedoch nicht möglich, die Einhaltung der Vorgaben des KA-AZG zu überwachen bzw. zu überprüfen. (TZ 47)

Mindestanwesenheitszeiten

Das ÄrzteG 1998 sah tägliche Mindestanwesenheitszeiten zugunsten einer gleichmäßigen Verteilung der Wochendienstzeit von 35 Stunden zwischen Montag und Freitag vor. Demnach waren von den 35 Wochenstunden laut ÄrzteG 1998 jedenfalls 25 Stunden in der Zeit zwischen 8.00 Uhr und 13.00 Uhr (Kernarbeitszeit) zu absolvieren. Dadurch konnten von Turnusärzten bspw. grundsätzlich keine Wochenend- bzw. Feiertagsdienste geleistet werden, weil das Arbeitsruhegesetz im Fall eines Arbeitseinsatzes an Wochenenden

Kurzfassung

und Feiertagen als Ersatz eine 36-stündige Ruhezeit vorsah, die einen ganzen Wochentag einzuschließen und darum eine Abwesenheit in der Kernarbeitszeit zur Folge hatte. Für diese Zeit war lediglich in Ausnahmefällen, wenn ein entsprechender Dienst unumgänglich war, eine Anrechnung auf die Ausbildungszeit möglich. (TZ 48)

Eine Auswertung der Dienstpläne der Abteilungen/Kliniken für Innere Medizin der überprüften Krankenanstalten vom März 2014 zeigte, dass durch das Arbeitsruhegesetz bzw. das KA-AZG bedingte Abwesenheiten in der Kernarbeitszeit häufig vorkamen und je Turnusarzt zwischen einem und sieben Tagen pro Monat umfassten. (TZ 48)

Mit der endgültig beschlossenen Novelle zum ÄrzteG 1998 wurde der Zeitraum ausgedehnt, in dem 25 der 35 Wochenstunden zu absolvieren waren; nach der neuen Rechtslage war dies nunmehr zwischen 7.00 Uhr und 16.00 Uhr möglich. Dies sah der RH positiv, weil die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bestehenden Beschränkungen zur Sicherung der Ausbildungsqualität weder erforderlich noch in der Praxis durchgängig umsetzbar waren. (TZ 48)

Entlohnung der Turnusärzte

Die Höhe der Turnusärztegehälter in den überprüften Krankenanstalten war intransparent und konnte nur unter Zuhilfenahme von Annahmen (Modellrechnung) vergleichbar gemacht werden. Grund dafür war insbesondere, dass den Gehältern der im AKH Wien, im LKH Innsbruck und in den niederösterreichischen Krankenanstalten tätigen Turnusärzte unterschiedliche Gehaltsschemen sowie Abgeltungen von verlängerten Diensten zugrunde lagen; im LKH Innsbruck wurden die dort tätigen Turnusärzte in Facharztausbildung – abhängig vom Dienstgeber (Land Tirol oder Medizinische Universität Innsbruck) – unterschiedlich entlohnt. (TZ 51)

Die vom RH in Abstimmung mit den überprüften Krankenanstalten erstellte Modellrechnung ergab für die Gesamtjahresgehälter aller Turnusärzte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung (2014) eine Bandbreite von 60.400 EUR (Ausbildungsbeginn) bis rd. 62.500 EUR (Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung im dritten Ausbildungsjahr) bzw. bis rd. 74.200 EUR (Turnusärzte in Facharztausbildung im sechsten Ausbildungsjahr, mit vorangehender allgemeinmedizinischer Ausbildung bis rd. 75.300 EUR). (TZ 49 bis 51)



Kurzfassung

BMG

Ärzteausbildung

**Maßnahmen zur
Korruptions-
prävention**

Alle überprüften Krankenanstalten und Krankenanstaltenträger bzw. Medizinischen Universitäten setzten Maßnahmen zur Vermeidung von Korruption im Zusammenhang mit der ärztlichen Aus- und Fortbildung; diese Regelungen waren teilweise unterschiedlich ausgestaltet. (TZ 52)

Im Vorfeld der bestehenden Korruptionspräventionsregelungen waren jedoch keine schriftlich nachvollziehbaren Korruptionsrisikoanalysen durchgeführt worden. Weiters waren die erlassenen Vorgaben insofern nicht ausreichend, weil sie u.a. die aktuelle Rechtslage nicht immer abbildeten sowie teilweise wesentliche Begriffe und Prozesse nicht abschließend und klar definierten; auch Dokumentationsanforderungen und Kontrollmechanismen waren zum Teil unzureichend geregelt. Positiv, wenn auch ergänzungsbedürftig, waren die vom LKH Innsbruck und der NÖ Landeskliniken-Holding konzipierten Formulare zu sehen; im LKH Innsbruck war jedoch eine nachvollziehbare Verfahrensanordnung erforderlich. (TZ 52)

Kenndaten zur Ärzteausbildung

Krankenanstellen	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus (AKH Wien), Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck (LKH Innsbruck), Landeskrankenhaus St. Pölten/Lilienfeld (LK St. Pölten/Lilienfeld) ¹ , Landeskrankenhaus Gmünd/Waidhofen/Zwettl (LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl) ¹			
Rechtsträger der Krankenanstellen	Stadt Wien, TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH, Land Niederösterreich			
kompetenzrechtliche Grundlage	Art. 10 Abs. 1 Z 8 und 12, Art. 11 Abs. 1 Z 2 und Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG, BGBl. Nr. 1/1930 i.d.g.F.			
Bundesrecht	Bundesgesetz über Krankenanstellen und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F. Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufs und die Standesvertretung der Ärzte (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998 i.d.g.F. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt (AAO 2006), BGBl. II 286/2006 i.d.g.F.			
Landesrecht	Niederösterreichisches Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG), LGBl. 170/74 i.d.g.F. Tiroler Krankenanstaltengesetz (Tir KAG), LGBl. Nr. 5/1958 i.d.g.F. Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 (Wr. KAG), LGBl. Nr. 1987/23 i.d.g.F.			
Leistungsdaten 2013	AKH Wien	LKH Innsbruck	LK St.Pölten/ Lilienfeld	LK Gmünd/ Waidhofen/ Zwettl
	Anzahl			
tatsächliche Betten	1.824	1.485	1.175	659
systemisierte Betten	2.116	1.560	1.255	651
stationäre Aufenthalte	103.076	86.344	67.233	30.486
ambulante Frequenzen	1.759.810	1.526.552	907.495	113.934
	Anzahl in VZÄ			
Ärzte gesamt – davon	1.411,70	1.056,20	550,80	205,20
Ärzte für Allgemeinmedizin	0	28,80	21,70	7,60
Turnusärzte in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin	0	56,50	93,90	32,80
davon				
männlich	0	25,00	36,00	14,00
weiblich	0	31,50	57,90	18,80
Fachärzte	884,50	560,40	289,60	118,30
Turnusärzte in Ausbildung zum Facharzt	527,20	410,50	145,60	46,50
davon				
männlich	290,40	201,30	73,00	18,00
weiblich	236,80	209,20	72,60	28,50

¹ Das LK St. Pölten/Lilienfeld war eine Krankenanstalt mit zwei Standorten, das LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl eine Krankenanstalt mit drei Standorten.

Quellen: DIAG; Daten der überprüften Krankenanstellen

**Prüfungsablauf und
-gegenstand**

1 (1) Der RH überprüfte von März bis Juli 2014 im Rahmen einer Querschnittsüberprüfung die Ärzteausbildung im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus (AKH Wien), im Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck (LKH Innsbruck), im Landesklinikum St. Pölten/Lilienfeld¹ (LK St. Pölten/ Lilienfeld) sowie im Landesklinikum Gmünd/Waidhofen/Zwettl² (LK Gmünd/ Waidhofen/ Zwettl).

Ziel der Gebarungsüberprüfung war es, die Turnusausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin (TA/A) und zum Facharzt (TA/F) in Hinblick auf die rechtlichen Rahmenbedingungen in Österreich sowie die organisatorischen Rahmenbedingungen, die Ausbildungspraxis und die Qualitätssicherung zu beurteilen. Weiters überprüfte der RH Maßnahmen zur Korruptionsprävention.

Um einen gesamthaften Überblick zu gewinnen, überprüfte der RH die Ärzteausbildung an zwei Universitätskliniken (AKH Wien und LKH Innsbruck), einer Schwerpunktkrankenanstalt in einer zentralen Region (Standort St. Pölten) sowie an peripheren Standardkrankenanstalten (Standorte Lilienfeld, Gmünd, Waidhofen und Zwettl).

Hinsichtlich der Ausbildungspraxis überprüfte der RH schwerpunktmäßig die Ausbildung im Fachbereich Innere Medizin. Dies deshalb, weil alle überprüften Krankenanstalten über Organisationseinheiten für Innere Medizin verfügten und zur Zeit der Gebarungsüberprüfung dort die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin mit zwölf Monaten am längsten war.

Ferner wurde ein Vergleich mit den Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung in Deutschland und der Schweiz angestellt.

Der Prüfungszeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2011 bis 2013.

(2) Im Zuge der Gebarungsüberprüfung überprüfte der RH auch Inhalt und Umsetzungsstand der kürzlich vorgenommenen Reform der Ärzteausbildung (Ärzteausbildung NEU). Der bezug habende Entwurf einer Novelle des Ärztegesetzes 1998 (ÄrzteG 1998) wurde im Juli 2014 zur

¹ eine Krankenanstalt an zwei Standorten

² eine Krankenanstalt an drei Standorten

Prüfungsablauf und -gegenstand

Begutachtung versandt. Der RH hatte dazu eine umfassende Stellungnahme im August 2014³ erstattet.

Die ÄrzteG-Novelle wurde Ende Oktober 2014 im Nationalrat beschlossen. Die Anregungen des RH in seiner Stellungnahme zum Begutachtungsentwurf wurden darin nur teilweise berücksichtigt.

(3) Der RH legte seinen Feststellungen die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltende Rechtslage zugrunde. Darüber hinaus stellte er die jeweils relevanten neuen – im Wesentlichen ab 1. Jänner 2015 geltenden – Bestimmungen des novellierten ÄrzteG 1998 dar.

(4) Zu dem im Februar 2015 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen die Medizinische Universität Wien (MedUni Wien) im März 2015 und das BMG, die Stadt Wien, das Land Niederösterreich sowie die TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH⁴ (TILAK) und die Medizinische Universität Innsbruck (MedUni Innsbruck) im April 2015 Stellung. Die TILAK und die MedUni Innsbruck übermittelten eine gemeinsame Stellungnahme. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Juni 2015.

(5) Im März 2015 versandten das BMG bzw. die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) Entwürfe zu einer neuen Verordnung über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 – ÄAO 2015) bzw. zu einer neuen Verordnung über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher (KEF und RZ VO 2015) zur Begutachtung.

Zu beiden Verordnungsentwürfen gab der RH im April 2015 Stellungnahmen im Begutachtungsverfahren ab (veröffentlicht auf der Website des RH unter Beratung/Gesetzesbegutachtungen).

³ Schreiben des RH vom 25. August 2014, GZ 300.479/016-2B1/14, veröffentlicht auf der Homepage des Parlaments unter http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/ME/ME_00053/index.shtml.

Der RH ging darin u.a. auch darauf ein, dass die im Zusammenhang mit einer umfassenden Neugestaltung sich ergebenden Herausforderungen und Problemfelder (z.B. sehr große Anzahl an Anerkennungsverfahren in sehr kurzer Zeit, mögliche Steh- und Wartezeiten in der Übergangsphase) im Begutachtungsentwurf nicht behandelt wurden.

⁴ ab 24. Juni 2015 Tirol Kliniken GmbH

In der Stellungnahme zur ÄAO 2015 nahm der RH darüber hinaus Bezug auf seine ausführliche Stellungnahme zum Entwurf der ÄrzteG-Novelle aus dem Jahr 2014 und verwies auf eine Reihe von Empfehlungen, die weder in der endgültig beschlossenen ÄrzteG-Novelle noch im Entwurf zur ÄAO 2015 berücksichtigt wurden. Dies betraf bspw.

- die Beschränkung der Evaluierung vor allem auf die Messung der Auswirkungen der neuen Ausbildung an der Veränderung der Anzahl der in allgemeinärztlicher Ausbildung befindlichen Ärzte, die der RH als nicht ausreichend erachtete, um die Erreichung der gesetzten Ziele feststellen zu können;
- die fehlenden Qualitätssicherungsvorgaben für die Basisausbildung und die fehlende Kostenschätzung für die Finanzierung der Lehrpraxen;
- die fehlenden Definitionen der Aufgaben und Verantwortlichkeiten des Ärztlichen Leiters und des Ausbildungsverantwortlichen sowie die fehlende Definition des Ausbildungskonzepts;
- die fehlende Klarstellung, ob die in der allgemeinmedizinischen Ausbildung verpflichtend vorgesehene Lehrpraxis vom Ausbildungsplan umfasst werden musste.

Die Anregungen des RH wurden in der im Mai 2015 veröffentlichten ÄAO 2015 (BGBl. II Nr. 147/2015) nicht berücksichtigt.

(6) Ferner verwies der RH in seinen Stellungnahmen zu den Begutachtungsentwürfen zur ÄAO 2015 bzw. zur KEF und RZ VO 2015 auf die Notwendigkeit, wie bspw.

- der verpflichtenden Führung von Logbüchern, einer Definition der Logbücher sowie der Aufnahme von Musterlogbüchern in die KEF und RZ VO 2015 als Anlage;
- einer Verbesserung der formalen Ausgestaltung der Rasterzeugnisse, um deren verordnungsgemäße Ausstellung und die Führung der verpflichtend vorgesehenen Evaluierungsgespräche bzw. deren Dokumentation sicherzustellen;
- der Darlegung der (wissenschaftlichen) Grundlagen insbesondere für die Richtzahlen in den Anlagen zur KEF und RZ VO 2015 betreffend die von den Turnusärzten – je nach Fachrichtung – durchzuführenden Operationen bzw. zu erlangenden Fertigkeiten;

- klarer Festlegungen, wie diese Richtzahlen zu erfüllen sind, der Vornahme entsprechender Überarbeitungen sowie Ergänzungen fehlender Richtzahlen bzw. der Abgabe entsprechender Erläuterungen, warum solche fehlten;
- einer klaren Definition des Ziels eines Evaluierungsgesprächs mit den Turnusärzten, um dieses bspw. von einem regulären Mitarbeitergespräch abzugrenzen.

In der im Mai 2015 veröffentlichten ÄAO 2015 wurden die diese (auch) betreffenden Anregungen (Logbücher, Evaluierungsgespräche) nicht berücksichtigt.⁵

Ausgangslage und Umfeld

Ausgestaltung der Ärzteausbildung

2 (1) Die grundsätzliche Ausgestaltung der Ärzteausbildung blieb in den letzten Jahrzehnten in Österreich im Wesentlichen unverändert. Vorschriften über die Ausübung des ärztlichen Berufs hatte der Bund aufgrund seiner Kompetenz nach Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG (Gesundheitswesen) als Materiengesetzgeber in Form des Bundesgesetzes über die Ausübung des ärztlichen Berufs und die Standesvertretung der Ärzte⁶ (ÄrzteG 1998) erlassen. Darin waren auch allgemeine Regelungen über Art und Umfang der an ein abgeschlossenes Medizinstudium anschließenden Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin (§ 7 ÄrzteG 1998) oder zum Facharzt in einem Sonderfach (§ 8 ÄrzteG 1998) enthalten.

Demnach hatte die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin in unterschiedlichen Fachgebieten (Allgemeinmedizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde sowie Neurologie oder Psychiatrie) zu erfolgen und dauerte mindestens drei Jahre.

Für die Ausbildung zum Facharzt in einem Sonderfach war eine mindestens sechsjährige praktische Ausbildung zu absolvieren. Als Nachweis über den Erfolg der Ausbildung waren in beiden Fällen die Vorlage eines sogenannten Rasterzeugnisses⁷ (TZ 18, 39) sowie die Absolvierung einer Abschlussprüfung vorgesehen (§ 26 ÄrzteG 1998); diese

⁵ Die KEF und RZ VO 2015 war bei Redaktionsschluss noch nicht veröffentlicht.

⁶ BGBl. I Nr. 169/1998

⁷ Es gab eigene Rasterzeugnisse für jeden im Rahmen der allgemeinmedizinischen Ausbildung zu absolvierenden Fachbereich und für jedes Sonderfach; darin waren u.a. die jeweils zu erreichenden Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten festgelegt.

führte die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) durch (§ 7 Abs. 5 und § 8 Abs. 3 ÄrzteG 1998).

Während dieser Zeit waren die vom Gesetz als „Turnusärzte“ bezeichneten Ärzte in Ausbildung nur zur unselbstständigen Ausübung ärztlicher Tätigkeiten berechtigt.⁸ Grundsätzlich durften sie nur unter Anleitung und Aufsicht von ausbildenden Ärzten tätig werden (§ 3 Abs. 3 ÄrzteG 1998). Allerdings konnte die Intensität der Aufsicht dem jeweiligen Ausbildungsstand des Turnusarztes entsprechend angepasst werden (TZ 41).

(2) Auf den Regelungen des ÄrzteG 1998 aufbauend, hatte das BMG gemäß § 24 ÄrzteG 1998 eine Ärzteausbildungsverordnung⁹ (ÄAO) erlassen. Darin wurden die Aufgabengebiete der fertig ausgebildeten Ärzte und daran anknüpfend Ziel und Umfang der Ausbildung definiert. Danach war etwa Ziel der allgemeinärztlichen Ausbildung die Befähigung zur selbstständigen Ausübung des in § 5 ÄAO festgelegten Aufgabengebiets des Arztes für Allgemeinmedizin durch den geregelten Erwerb und Nachweis der notwendigen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten.

Welche Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Rahmen der Ausbildung genau zu erwerben waren, regelte der Bund allerdings nicht selbst, sondern seit der 5. ÄrzteG-Novelle BGBl. I Nr. 140/2003 die ÖÄK. Diese hatte im Rahmen dieses übertragenen Wirkungsbereichs (§ 117c Abs. 2 Z 2 ÄrzteG 1998) unter Beachtung des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft und der internationalen Entwicklung der Allgemeinmedizin eine Verordnung über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin und zum Facharzt (KEF-VO) zu erlassen und regelmäßig anzupassen (§ 24 Abs. 2 ÄrzteG 1998).

⁸ Für den Fall, dass ein Arzt die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin bereits abgeschlossen hat und sich in Ausbildung zum Facharzt bspw. für Augenheilkunde befand, war er zwar als Arzt für Allgemeinmedizin zur selbstständigen Berufsausübung nicht aber als Facharzt für Augenheilkunde berechtigt.

⁹ Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt, BGBl. II 286/2006

Ausgangslage und Umfeld

Dabei hatte die ÖÄK eng mit dem BMG zu kooperieren (§ 195g Abs. 2 Z 3 ÄrzteG 1998). Die ÖÄK hatte die KEF-VO im Jahr 2007 erlassen und diese seither in vier sonderfachspezifischen Novellen¹⁰ für die Facharztausbildung angepasst.

(3) Mit dem Ziel, eine dem Stand der Wissenschaft und den modernen Anforderungen entsprechende qualitätsvolle Ärzteausbildung zu schaffen, sowie aus Sorge um einen Nachwuchsmangel, gab es seit einigen Jahren Bemühungen um eine Reform dieser Ausbildung. Die Gesundheitsreform 2013 sah dafür auch eine Kommission vor, bestehend u.a. aus Vertretern der Krankenanstaltenträger, der Medizinischen Universitäten und der ÖÄK.¹¹

Im Juli 2014 versandte das BMG einen Entwurf zur Novelle des ÄrzteG 1998 hinsichtlich der Ärzteausbildung zur Begutachtung. Diese Novelle wurde mit einigen Abänderungen im Vergleich zum Begutachtungsentwurf Ende Oktober 2014 vom Nationalrat beschlossen (TZ 1) und ist am 1. Jänner 2015 bzw. am 1. Juli 2015 in Kraft getreten. Die Ärzteausbildung NEU ist für jene Personen verpflichtend, die ab 1. Juni 2015 ihre ärztliche Ausbildung beginnen werden.

(4) Die Novelle sah eine grundsätzliche Neugestaltung der Ärzteausbildung vor. Kernstück war die Teilung der Ausbildung in eine mindestens neunmonatige Basisausbildung¹² und die darauf aufbauende praktische Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin bzw. die ebenfalls darauf aufbauende Sonderfachausbildung zum Facharzt. Als weitere wesentliche Neuerung sollen die TÄ/A einen Teil der Ausbildung in einer Lehrpraxis, Lehrgruppenpraxis oder einem Lehrambulatorium im niedergelassenen Bereich absolvieren müssen.

Ärzteausbildung bis
Ende 2014 und
Ärzteausbildung NEU

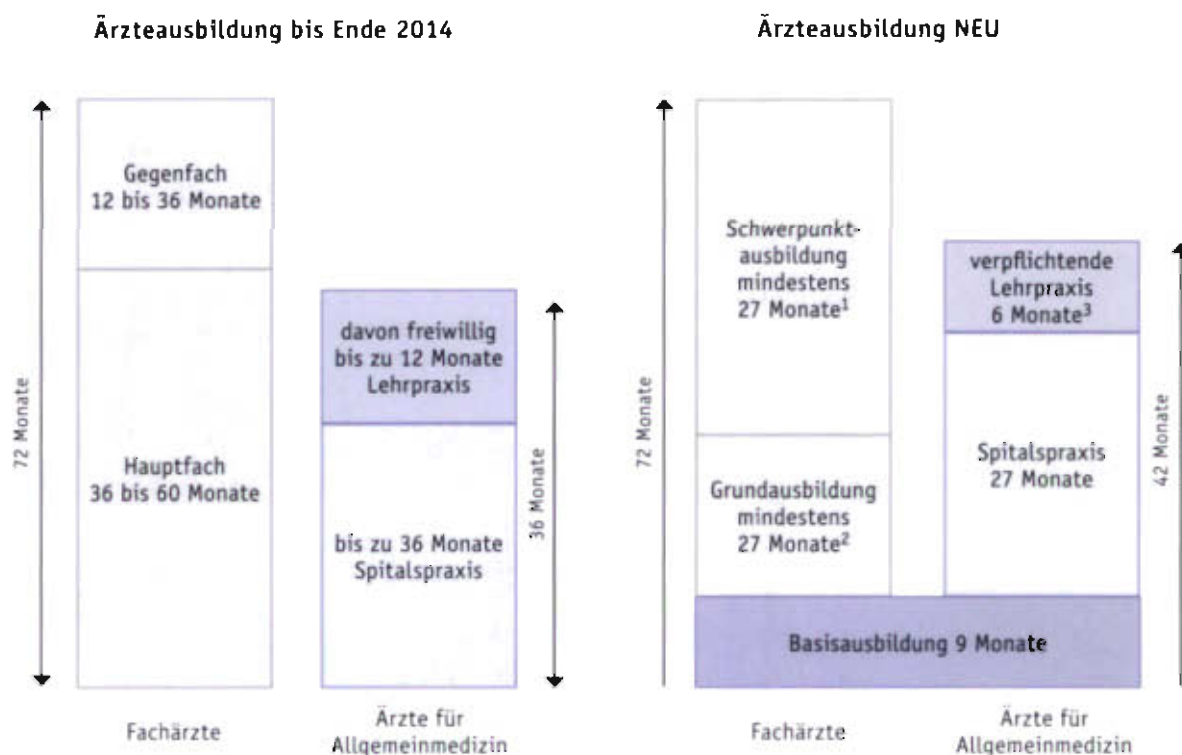
3.1 [1] Die nachfolgende Grafik stellt die Grundstruktur der zur Zeit der Gebärungsüberprüfung geltenden Ärzteausbildung jener der Ärzteausbildung NEU gegenüber:

¹⁰ Die Novellen betrafen Änderungen im Sonderfach Pathologie (1. Novelle noch im Jahr 2007), im Sonderfach Chirurgie (2. Novelle im Jahr 2008), im Sonderfach Gynäkologie/Geburtshilfe (3. Novelle im Jahr 2010), und die Ergänzung des Sonderfachs Innere Medizin durch die Schaffung eines Additivfachs Geriatrie (4. Novelle im Jahr 2011).

¹¹ Kommission gemäß Art. 44 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008 i.d.F. BGBl. I Nr. 199/2013

¹² Für das Sonderfach Anatomie entfällt die Basisausbildung.

Abbildung 1: Ausbildungsstrukturen bis Ende 2014 und NEU (ab. 1. Jänner 2015)

¹ Ausnahme: Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie² in chirurgischen Fachgebieten mindestens 15 Monate³ nach sieben Jahren: neun Monate, nach weiteren fünf Jahren: zwölf Monate

Quellen: ÄrzteG 1998 in der Fassung bis Ende 2014 und Ärzteausbildung NEU

Die mehrjährige Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin bzw. zum Facharzt setzte die Absolvierung eines Studiums der Humanmedizin voraus; im Jahr 2014 befanden sich in Österreich insgesamt rd. 6.460 Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung bzw. in Facharztausbildung. Die Ärzteausbildung fand zur Zeit der Gebarungsüberprüfung überwiegend in einer Krankenanstalt statt; Teile der Ausbildung konnten auch im niedergelassenen Bereich absolviert werden. Die Ärzteausbildung NEU sieht nunmehr im Rahmen der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin eine verpflichtende Tätigkeit im niedergelassenen Bereich (Lehrpraxis, Lehrgruppenpraxis bzw. Lehrambulatorium) im Ausmaß von derzeit sechs Monaten vor. (TZ 8)

Im Rahmen der ärztlichen Ausbildung waren in der Regel verschiedene Fachbereiche zu durchlaufen; die genauen Inhalte für die Ärzteausbildung NEU werden in der ÄAO 2015 festgelegt. Das die jeweiligen Ausbildungserfolge dokumentierende Rasterzeugnis, das zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nach Absolvierung eines Ausbildungsab-

Ausgangslage und Umfeld

schnitts bzw. einmal jährlich auszustellen war, hatten die sogenannten Ausbildungsverantwortlichen (Primärärzte der jeweils ausbildenden Abteilung) zu unterzeichnen; diese trugen in der Praxis die größte Ausbildungsverantwortung und waren verpflichtet, den Turnusärzten die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten zu vermitteln. (TZ 2, 23, 27, 38)

Als Instrumente für einen qualitätsgesicherten inhaltlichen Verlauf der ärztlichen Ausbildung waren u.a. Logbücher¹³ (TZ 25), Ausbildungskonzepte¹⁴ (TZ 26) und regelmäßige – in der ÄAO – vorgeschriebene Evaluierungsgespräche¹⁵ (TZ 38, 40) von Bedeutung. Das neue ÄrzteG sah erstmals Ausbildungskonzepte und auch Ausbildungspläne (über den zeitlichen Verlauf der Ausbildung, TZ 27) verpflichtend vor. Nach erfolgreicher Absolvierung der ärztlichen Ausbildung in einer Krankenanstalt bzw. im niedergelassenen Bereich hatte der Turnusarzt zum Abschluss eine Arztprüfung abzulegen; diese führte die ÖÄK durch (TZ 2).

(2) In den vergangenen Jahren absolvierten rd. 50 % der Turnusärzte vor der Facharztausbildung auch die mindestens dreijährige Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin (so lag 2013 bei rd. 490 von rd. 990 Facharztanerkennungen auch eine abgeschlossene Ausbildung zum Allgemeinmediziner vor); dies lag bspw. daran, dass nach Abschluss des Studiums keine (angestrebte) Facharztausbildungsstelle frei war oder Krankenanstalten die vorangehende Absolvierung des dreijährigen Turnus voraussetzten. Darüber hinaus waren für eine „Spezialisierung“ (sogenannte Additivfächer, z.B. Kardiologie oder Rheumatologie) weitere drei Ausbildungsjahre erforderlich. Aus den genannten Gründen konnte die Ausbildung insgesamt mindestens zwölf Jahre dauern.

(3) Während die Ärzteausbildung NEU nunmehr einer Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung von mindestens 36 auf langfristig mindestens 48 Monate (durch die Verlängerung der Lehrpraxis um zweimal drei Monate nach sieben bzw. zwölf Jahren) vorsah, soll die Facharztausbildung etwa dadurch gestrafft werden, dass die Additivfächer in der Sonderfach-Spezialausbildung aufgehen.

¹³ Das Logbuch soll dem Lernenden sowie dem Ausbildungsverantwortlichen einen Überblick über die Lernziele und Lerninhalte bzw. deren Absolvierung während der gesamten Ausbildungszeit geben.

¹⁴ Ein Ausbildungskonzept sollte abteilungsspezifisch u.a. schriftlich festlegen, auf welche Weise und in welcher Abteilungsstruktur die jeweiligen Ausbildungsinhalte zum Allgemeinmediziner bzw. in einem Sonderfach konkret vermittelt werden sollen und wer der jeweilige Ausbildungsverantwortliche ist.

¹⁵ Diese Gespräche waren vor Ausstellung der Rasterzeugnisse vom Ausbildungsverantwortlichen mit dem Turnusarzt zu führen und zu dokumentieren.

Ferner verlagerte die Novelle zum ÄrzteG 1998 noch stärker als bisher die Regelung bestimmter Inhalte (wie etwa die konkrete Ausgestaltung der Basisausbildung oder der Ausbildung zum Allgemeinmediziner) auf die Verordnungsebene (im Wesentlichen in die ÄAO).

(4) Im Rahmen des Begutachtungsverfahrens wies der RH darauf hin, dass – mangels entsprechender Darlegungen – für ihn nicht nachvollziehbar war, auf welchen Grundlagen die Neugestaltung basierte und warum gerade die im Entwurf enthaltenen Maßnahmen eine moderne und bedarfsgerechte Ärzteausbildung auch vor dem Hintergrund der Etablierung eines – im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 vorgesehenen – Primary Health Care Modells sicherstellen konnten. Weiters wies er auf den für eine derart umfassende Neugestaltung und die dadurch erforderlichen Maßnahmen (sehr große Anzahl von gleichzeitig zu führenden Anerkennungsverfahren, Umstrukturierungen in den Krankenanstalten etc.) äußerst kurzen Umsetzungszeitraum von einem knappen halben Jahr hin.

Nach Ansicht des RH war die Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung nicht ausreichend begründet bzw. mangels abschließender Festlegung der im Rahmen der Ausbildung zu absolvierenden Fachbereiche im Entwurf nicht nachvollziehbar. Die Verlagerung dieser Festlegung wie auch der Regelung weiterer wesentlicher Inhalte auf die Verordnungsebene bewirkte, dass wichtige Aspekte der Neugestaltung der Ärzteausbildung von der Gesetzgebung zur Verwaltung verlagert wurden.

Weiters kritisierte der RH im Rahmen der Begutachtung, dass etwaige Folgen der nunmehr aufeinander aufbauenden Ausbildungssteile (z.B. für TÄ/F: Basisausbildung, Sonderfach-Grundausbildung und zuletzt Sonderfach-Schwerpunktausbildung) oder der verpflichtenden Lehrpraxis für TÄ/A, wie bspw. Steh- und Wartezeiten, im Entwurf nicht ausreichend thematisiert wurden; darüber hinaus war keine umfassende Evaluierung der Ärzteausbildung NEU vorgesehen.

Diese Hinweise des RH wurden in weiterer Folge nicht berücksichtigt.

- 3.2** Der RH hielt kritisch fest, dass die Ärzteausbildung in den letzten Jahrzehnten im Wesentlichen unverändert geblieben war. Die Bemühungen um eine grundlegende Neugestaltung mit dem Ziel der Modernisierung und Qualitätssicherung wertete er grundsätzlich positiv.

Ausgangslage und Umfeld

Der RH wies jedoch darauf hin, dass seine Bedenken im Begutachtungsverfahren zur Novelle des ÄrzteG 1998, wonach insbesondere

- die Novelle noch stärker als bisher die Regelung bestimmter Inhalte von der Gesetzgebung auf die Verordnungsebene verschob,
- die Grundlagen für die umfassende Neugestaltung sowie die Eignung der getroffenen Maßnahmen für die Schaffung einer modernen und bedarfsgerechten Ärzteausbildung für ihn nicht nachvollziehbar waren und die Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung nicht ausreichend begründet war,
- der Umsetzungszeitraum kurz bemessen, etwaige Folgen bspw. der nunmehr aufbauenden Ausbildungsstruktur nicht ausreichend thematisiert sowie keine umfassende Evaluierung der Ärzteausbildung NEU vorgesehen waren,

in der endgültig beschlossenen ÄrzteG-Novelle nicht berücksichtigt wurden. Der RH hielt daher diese grundlegenden Bedenken aufrecht.

Ärztewachstum – Studierende der Humanmedizin

4.1 (1) Voraussetzung für die Absolvierung der Ärzteausbildung in Österreich ist der Abschluss des Studiums der Humanmedizin.

Bis zu einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) im Juli 2005¹⁶ unterlag der Zugang zum Medizinstudium für österreichische Studienbewerber kaum Beschränkungen, solche mit ausländischem Reifeprüfungszeugnis hatten demgegenüber eine Studienberechtigung für das jeweilige Studium in dem Staat nachzuweisen, in dem das Reifeprüfungszeugnis ausgestellt worden war („Besondere Universitätsreife“). Der EuGH beurteilte diese besondere Universitätsreife allerdings als europarechtswidrig.¹⁷

(2) Durch eine – als Folge des EuGH-Urteils – unbeschränkte Öffnung der Universitäten für Unionsbürger befürchtete Österreich, dass auf längere Sicht die notwendige Versorgung der Gesellschaft und der Wirtschaft Österreichs mit Absolventen bestimmter Studienrichtungen nicht sichergestellt werden könne. Der Nationalrat beschloss daher eine Gesetzesänderung, welche die Universitäten ermächtigte, vorerst

¹⁶ Rs C-147/03 Kommission/Österreich

¹⁷ siehe dazu und zu den nachfolgenden Ausführungen unter [2] den Bericht des RH betreffend Medizinische Universitäten Wien, Graz und Innsbruck sowie Veterinärmedizinische Universität Wien: Regelungen über den Hochschulzugang, Reihe Bund 2007/14

befristet und auf bestimmte Studienrichtungen begrenzt, Zugangsbeschränkungen zu verordnen.

Die Medizinischen Universitäten Wien¹⁸, Graz¹⁹ und Innsbruck²⁰ erließen in der Folge auf Grundlage des Universitätsgesetzes 2002²¹ solche Zugangsbeschränkungen durch Verordnungen.²²

Da im Wintersemester 2005/2006 ein verstärkter Zustrom von Studienbewerbern aus Deutschland beobachtet werden konnte, erachtete der Gesetzgeber es als erforderlich, ab dem Wintersemester 2006/2007 eine Quotenregelung einzuführen. Danach wurden 75 % der Studienplätze im Fach Humanmedizin für Inhaber österreichischer Reifeprüfungszeugnisse reserviert, 20 % für EU-Bürger und 5 % für Angehörige von Drittstaaten.

(3) Die Entwicklung der Absolventenzahl des Studiums der Humanmedizin stellte sich seit dem Studienjahr 2000/2001 wie folgt dar:

¹⁸ zuletzt Verordnung über die Zulassungsbeschränkung zu den Diplomstudien Human- und Zahnmedizin, Mitteilungsblatt der Medizinischen Universität Wien vom 29. Jänner 2014

¹⁹ Verordnung über die Zulassungsbeschränkung zu den Diplomstudien Human- und Zahnmedizin, Mitteilungsblatt der Medizinischen Universität Graz vom 5. Februar 2014

²⁰ zuletzt Verordnung über die Zulassungsbeschränkung zu den Diplomstudien Human- und Zahnmedizin für das Studienjahr 2014/2015, Mitteilungsblatt der Medizinischen Universität Innsbruck vom 3. Februar 2014

²¹ BGBl. I Nr. 120/2002

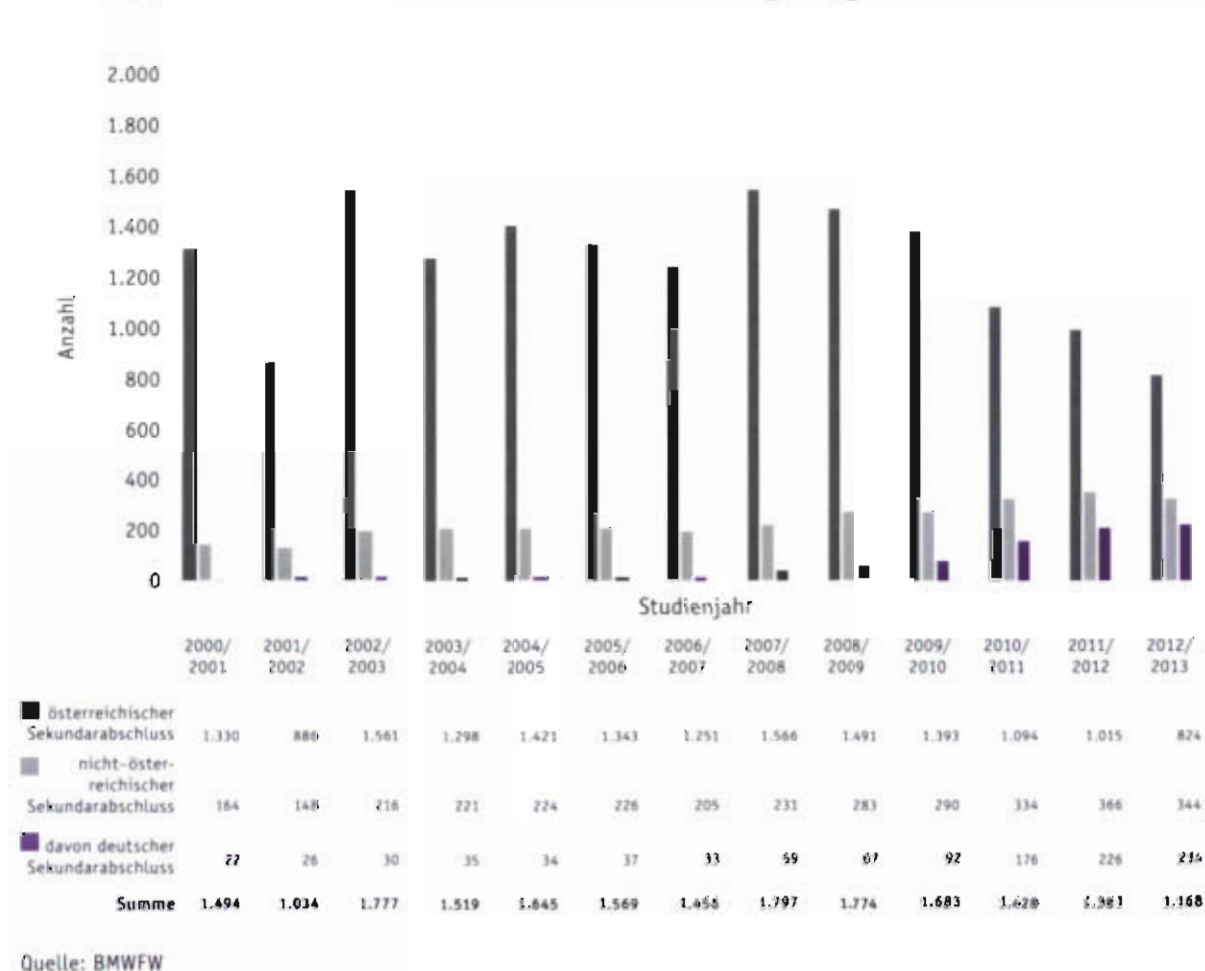
²² Diese beschränkten die Studienplätze wie folgt:

- 75 % für EU-Bürger mit einem in Österreich ausgestellten Reifezeugnis,
- 20 % EU-Bürger mit einem in- oder außerhalb des EU/EWR-Raums ausgestellten Reifeprüfungszeugnis und ihnen im Hinblick auf den Studienzugang gleichgestellten Personen und
- 5 % Drittstaatsangehörige mit einem in- oder außerhalb des EU/EWR-Raums ausgestellten Reifeprüfungszeugnis

Weiters wurden in den Verordnungen die Details des Aufnahmeverfahrens für die Studienrichtungen Human- und Zahnmedizin (Anmeldung, Kosten, Aufnahmetest und dessen Bewertung) geregelt.

Ausgangslage und Umfeld

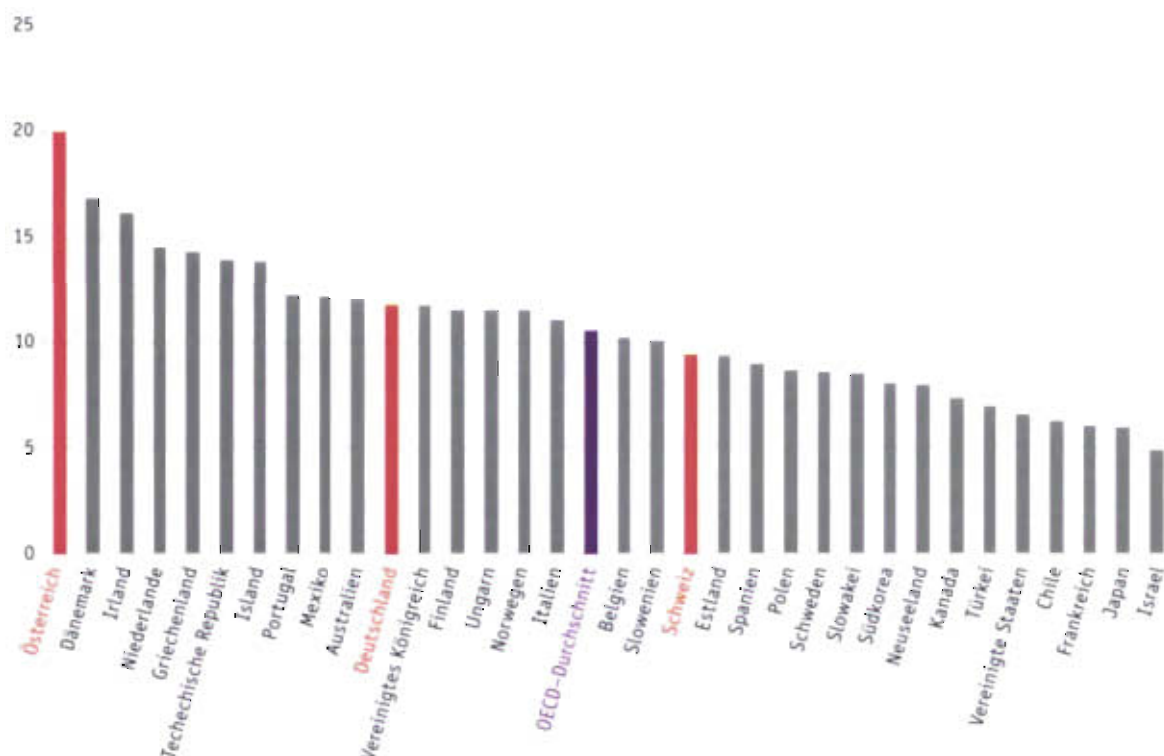
Abbildung 2: Absolventen Humanmedizin nach Staatszugehörigkeit des Sekundarabschlusses



Durch das EuGH-Urteil und die von Österreich gesetzten Maßnahmen zur Zulassungsbeschränkung im Medizinstudium verringerte sich insgesamt die Anzahl aller in Österreich Medizin-Studierenden und damit auch der Absolventen von 1.494 (2000/2001) auf 1.168 (2012/2013) um rd. 22 %; gleichzeitig erhöhte sich der Anteil der Absolventen mit einem ausländischen Schulabschluss von rd. 11 % auf rd. 29 %.

(4) Im internationalen Vergleich zeigte sich folgendes Bild:

Abbildung 3: Anzahl der Absolventen des Medizinstudiums pro 100.000 Einwohner 2011 (bzw. letztes Jahr der Verfügbarkeit)



Quelle: OECD Health Statistics 2013

Im internationalen Vergleich brachte Österreich jedoch – bezogen auf die Bevölkerung – mit Abstand die meisten Absolventen (rd. 20 Absolventen pro 100.000 Einwohner) des Medizinstudiums hervor, nämlich fast doppelt so viele wie der OECD-Schnitt von rund elf pro 100.000 Einwohner.

- 4.2 Der RH hielt fest, dass sich seit dem Studienjahr 2000/2001 nicht nur die Gesamtzahl der Absolventen der Humanmedizin deutlich verringerte (um rd. 22 %), sondern gleichzeitig auch der Anteil österreichischer Absolventen von rd. 89 % (1.330) auf rd. 71 % (824) sank. Im internationalen Vergleich gab es in Österreich jedoch fast doppelt so viele Medizin-Absolventen wie im OECD-Schnitt.

Ausgangslage und Umfeld

Berufsweg nach dem
Studium bzw. der
Turnusausbildung

5.1 Vor dem Hintergrund der öffentlichen Diskussionen um die Reform der Ärzteausbildung und um einen angeblich drohenden Ärztemangel untersuchte der RH die Frage nach dem Weg vom Absolventen der Humanmedizin bis zum ausgebildeten Arzt. Dabei stellte er fest, dass kaum Daten über den Berufsweg jener Absolventen vorlagen, die nicht in der ÖÄK als Turnusärzte eingetragen waren.

(1) Das BMFWF ließ im Rahmen des Österreichberichts zum Medizin-Moratorium²³ (Österreichbericht) regelmäßig Studierende der Human- und Zahnmedizin im letzten Studienjahr nach dem Land der beabsichtigten Beschäftigung befragen.²⁴

Im Jahr 2014 wurden darüberhinaus die Befragungsteilnehmer von drei Studienjahrgangskohorten (Befragungen 2011 bis 2013) zu ihrer Berufstätigkeit und dem Land ihrer tatsächlichen Berufsausübung einer Folgebefragung unterzogen.

Laut Österreichbericht setzten sich die Befragten aus 75 % Österreichern, 19 % deutschen Staatsbürgern und 6 % Übrigen zusammen. Rund zwei Drittel der Befragten gaben an, in Österreich zu arbeiten, rund ein Viertel in Deutschland und 9 % in anderen Ländern. Von den Österreichern arbeiteten 80 % in Österreich, 11 % in Deutschland und 8 % anderswo. Von den deutschen Absolventen waren rund ein Fünftel in Österreich berufstätig und rund zwei Drittel in Deutschland.

²³ Das Moratorium der EU-Kommission erlaubt Österreich beim Medizinstudium Zugangsbeschränkungen für EU-Ausländer (siehe TZ 4).

²⁴ Der Fragenbogen enthielt neben Fragestellungen zu den Motiven (Karriere-, Beschäftigungs- und Verdienstmöglichkeiten sowie (Herkunfts)Familie, Freunde, Partner und Lebensqualität) für die beabsichtigte Wahl des Beschäftigungsortes u.a. auch Fragen zu den gewünschten Ausbildungsbedingungen:

Auszug aus dem Fragebogen der Studierendenbefragung:

„Frage:

Wenn Sie an die Zeit Ihrer Ausbildung nach der Promotion denken: Was erwarten Sie sich primär von einem guten Ausbildungsplatz? Bitte geben Sie die drei für Sie wichtigsten Kriterien an.

[1] Arbeitsort in einer Stadt/in der Nähe einer Stadt

[2] Gute Bezahlung

[3] Attraktive Arbeitszeiten

[4] Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch Kinderbetreuung/Teilzeitmodelle

[5] Hohe Wertschätzung der Institution gegenüber JungärztInnen

[6] Turnus keine Voraussetzung zum Start der Facharztausbildung

[7] Zeitlich durchorganisierte Ausbildung

[8] In Wissensvermittlung geschulte Ober- und PrimärärztInnen

[9] Hoher medizinischer Lernwert

[10] Geringe Belastung durch Administration/Dokumentation

[11] Einbindung in die abteilungsinternen Abläufe

[12] Anderes

[13] Nichts davon*

Zu den Motiven der Wahl des Beschäftigungsortes gab es Fragestellungen zu zwei Motivgruppen, nämlich Karriere-, Beschäftigungs- und Verdienstmöglichkeiten sowie (Herkunfts)Familie, Freunde, Partner und Lebensqualität.²⁵ Bislang fanden nur Linearauszählungen der Befragungsergebnisse statt; komplexere statistische Auswertungen erfolgten nicht.

Die Medizinische Universität Wien (MedUni Wien) gab an, gemeinsam mit der Medizinischen Universität Graz eine Studie betreffend Absolventen-Abwanderungszahlen beim Institut für Höhere Studien beauftragt zu haben; die Ergebnisse seien im Herbst 2015 zu erwarten.²⁶ Die vom BMFWF beauftragten Befragungen seien ihr nicht bekannt gewesen.

(2) Zur tatsächlichen Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit in Österreich nach Absolvierung eines Studiums der Humanmedizin an den Medizinischen Universitäten Wien, Graz und Innsbruck sowie an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität in Salzburg ergaben die Daten der ÖÄK folgendes Bild:

²⁵ Auszug aus dem Fragebogen der Absolventenbefragung:

„Frage:

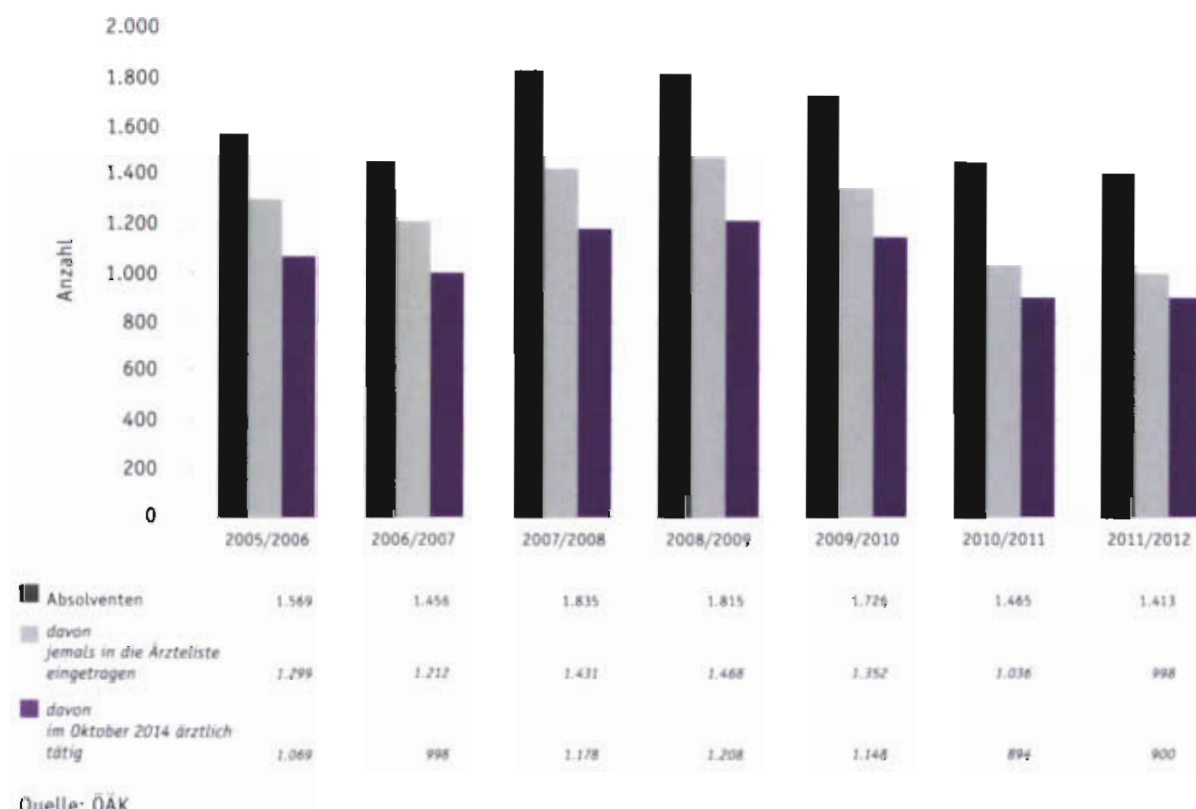
Warum wollten Sie gerade in [Progr.: Land/Bundesland, das bei F13 oder F14 genannt wurde, einblenden] tätig werden?

- [1] Wegen der besseren Beschäftigungs- und Karrierechancen
- [2] Wegen der besseren Verdienstmöglichkeiten
- [3] Ich wollte soziale Kontakte zu FreundInnen, Familie aufrechterhalten
- [4] Partner/in ist in der Region bereits berufstätig
- [5] Wegen Verpflichtungen gegenüber den Eltern
- [6] Wegen der Lebensqualität
- [7] Wegen der Infrastruktur
- [8] Sonstiges*

²⁶ Nach Angaben der MedUni Wien hat sich die Medizinische Universität Innsbruck (Med- Uni Innsbruck) der Erhebung nicht angeschlossen.

Ausgangslage und Umfeld

Abbildung 4: Absolventen österreichischer Medizinuniversitäten (einschließlich Paracelsus Medizinische Privatuniversität) – ärztliche Tätigkeit – Drop-out



Wie die Abbildung zeigt, ließen sich von den Medizin-Absolventen österreichischer Medizinischer Universitäten lediglich zwischen rd. 71 % (Studienjahr 2011/2012) und rd. 83 % (Studienjahr 2006/2007) jemals in die Ärzteliste der ÖÄK eintragen. Im Oktober 2014 waren laut Daten der ÖÄK nur mehr zwischen 61 % der Absolventen des Studienjahrs 2010/2011 und rd. 69 % jener des Studienjahrs 2006/2007 in Österreich ärztlich tätig. Somit standen bis zu rd. 40 % der Absolventen für die ärztliche Versorgung in Österreich nicht zur Verfügung.

Laut Statistischem Taschenbuch 2013²⁷ des BMWFW betrugen die durchschnittlichen Bundesaussgaben je Absolvent zwischen rd. 326.000 EUR (Medizinische Universität Graz) und rd. 415.000 EUR (MedUni Wien).

²⁷ Tabelle 8.8

Abgesehen von den unter (1) genannten Befragungen lagen seitens des BMG und der ÖÄK keine konkreten Daten zu den Drop-out-Gründen bzw. über den weiteren Berufsweg dieser Personen vor.

(3) Ebenso wenig war – gerade vor dem Hintergrund der Diskussion um einen Nachwuchsmangel im niedergelassenen Bereich – anhand von Daten konkret nachvollziehbar, warum in den letzten Jahren immer weniger Allgemeinmediziner in einer eigenen Ordination tätig waren:

Tabelle 1: Allgemeinmediziner mit Ordinationsniederlassung im Juli 2014			
Jahr	Anzahl der Anerkennungen zum Allgemeinmediziner	davon im Juli 2014 mit Ordinationsniederlassung	Anteil
		Anzahl	in %
2006	846	272	32
2007	868	272	31
2008	845	217	26
2009	866	190	22
2010	865	163	19
2011	893	171	19
2012	861	123	14
2013	881	115	13

Quelle: ÖÄK

5.2 Der RH sah – auch vor dem Hintergrund der hohen Bundesausgaben für das Studium der Humanmedizin an österreichischen Medizinischen Universitäten – kritisch, dass bis zu 40 % der Absolventen für die ärztliche Versorgung in Österreich nicht zur Verfügung standen.

Der RH kritisierte in diesem Zusammenhang das Fehlen wesentlicher Daten bzw. Entscheidungsgrundlagen (wie etwa betreffend die Drop-Out-Gründe von Turnusärzten, der Rückgang von Allgemeinmediziner*innen mit eigenen Ordinationen, etc.), die erforderlich wären, um nachhaltig geeignete Voraussetzungen für den Verbleib von (Turnus)Ärzt*innen in Österreich zu schaffen.

So war bspw. nicht klar nachvollziehbar, warum sich so viele Absolventen (letztlich) für einen nicht-ärztlichen Berufsweg in Österreich entschieden bzw. wieviele aus welchen konkreten Gründen ins Ausland abwanderten. Ebenso wenig waren die Beweggründe dafür, dass in den letzten Jahren weniger als ein Drittel jener Ärzte, die über die Ausbildung zum Allgemeinmediziner verfügten, in einer eigenen Ordination im niedergelassenen Bereich tätig waren, eindeutig nachvollziehbar.

Ausgangslage und Umfeld

Als ersten Ansatz zur Verbesserung der Datenlage sah der RH die Befragungen des BMWFW grundsätzlich positiv. Kritisch sah er allerdings die offensichtlich mangelnde Transparenz dieser Maßnahmen etwa gegenüber der MedUni Wien.

Für eine nachhaltige Besserung der Datenlage hielt der RH ein gemeinsames Vorgehen aller für die Ausbildung von Medizin-Studierenden bzw. von Turnusärzten zuständigen Institutionen für unabdingbar. Der RH empfahl daher dem BMG insbesondere gemeinsam mit dem BMWFW, den Medizinischen Universitäten und der ÖÄK, standardmäßig dafür zu sorgen, dass die Anzahl der abwandernden Absolventen bzw. Turnusärzte sowie die Abwanderungsgründe erhoben und umfassend ausgewertet werden.

Weiters empfahl der RH dem BMG gemeinsam mit den genannten Institutionen regelmäßige Erhebungen zu den Gründen, warum keine postpromotionelle Ausbildung begonnen wurde bzw. zu den „Drop-out-Gründen“ von Turnusärzten, um gegebenenfalls zeitnah die notwendigen (Ausbildungs)Maßnahmen treffen zu können.

5.3 Das BMG verwies in seiner Stellungnahme darauf, dass das BMWFW für Fragen des Hochschulrechts und damit für das Studium der Humanmedizin sowie das BMG für die postpromotionelle Ausbildung von Ärzten zuständig sei. Um eine Verbesserung der Datenlage betreffend Turnusärzte zu erzielen, sei im ÄrzteG 1998 ein neuartiges System der Ausbildungsstellenverwaltung eingeführt worden.

5.4 Der RH entgegnete dem BMG, dass eine qualitätsgesicherte Ärzteausbildung sowie die Schaffung und Weiterentwicklung einer optimalen und attraktiven Ärzteausbildung das Zusammenwirken des BMG mit dem BMWFW und allen weiteren am gesamten Ausbildungsprozess beteiligten Einrichtungen erfordere. Er hielt deshalb seine Empfehlungen bezüglich einer Verbesserung der Datenlage durch ein gemeinsames Vorgehen aller am gesamten Ausbildungsprozess Beteiligten aufrecht, weil nur dadurch von Beginn des humanmedizinischen Ausbildungsprozesses an eine adäquate Steuerung und laufende Verbesserung möglich war. Die neue Ausbildungsstellenverwaltung hatte der RH bereits positiv bewertet (siehe dazu TZ 29).

Vergleiche mit
Deutschland und der
Schweiz

Ärztewanderung

6.1 Vor dem Hintergrund der häufig diskutierten Abwanderung von Turnusärzten analysierte der RH die Wanderungsbewegungen von Ärzten nach Deutschland sowie in die Schweiz und umgekehrt.

(1) Die deutsche Bundesärztekammer veröffentlichte in der Ärztestatistik die Anzahl der in Deutschland tätigen ausländischen Ärzte. Die ÖÄK stellte dem RH Daten über deutsche Ärzte in Österreich zur Verfügung.

Tabelle 2: Österreichische Ärzte in Deutschland – deutsche Ärzte in Österreich

Jahr	österreichische Ärzte in Deutschland ¹	deutsche Ärzte in Österreich ²		Differenz
		Anzahl		
2005	1.269	1.152	117	
2006	1.251	1.132	119	
2007	1.397	1.159	238	
2008	1.556	1.244	312	
2009	1.759	1.241	518	
2010	1.872	1.305	567	
2011	2.025	1.350	675	
2012	2.090	1.379	711	
2013	2.189	1.469	720	

¹ Ärzte mit österreichischer Staatsangehörigkeit zum Zeitpunkt der Auswertung (Dezember)

2005: noch keine Unterscheidung zwischen berufstätigen und nicht berufstätigen Ärzten

² Ärzte mit deutscher Staatsangehörigkeit zum Zeitpunkt der Auswertung (August)

Quellen: deutsche Bundesärztekammer; ÖÄK

Wie die Tabelle zeigt, war die Anzahl der österreichischen Ärzte in Deutschland insbesondere ab 2007 deutlich höher als die Zahl der deutschen Ärzte in Österreich.

(2) Was die Gesamtzahl der in der Schweiz tätigen österreichischen Ärzte anbelangt, legte die Statistik der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)²⁸ grundsätzlich das Land des Studienabschlusses zugrunde. Danach stieg die Zahl der Ärzte mit österreichischem Abschluss in der Schweiz in den letzten Jahren stark an (2004: 89; 2013: 540); in diesen Zahlen waren Assistenzärzte allerdings nur dann erfasst, wenn sie (freiwillig) Mitglieder der FMH sind. Für ausgebildete Fachärzte bestand eine Meldepflicht gegenüber der FMH.

Die Zahl der Schweizer Ärzte²⁹ in Österreich betrug – laut ÖÄK – lediglich zwischen zwölf (2006) und 19 (2012).

²⁸ Fédération des médecins suisses: Die FMH (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte) ist als privatrechtlicher Verein organisiert und vertritt die Interessen der Ärzteschaft. Sie hat über 38.000 Mitglieder, was über 95 % der in der Schweiz berufstätigen Ärzteschaft entspricht. Seit 2002 besteht keine Pflichtmitgliedschaft mehr.

²⁹ Staatsangehörigkeit zum Zeitpunkt der Auswertung (August)

Ausgangslage und Umfeld

- 6.2** Zur Ärztewanderung stellte der RH fest, dass mehr österreichische Ärzte in Deutschland tätig waren als umgekehrt. In der Schweiz arbeiteten deutlich mehr Ärzte mit österreichischem Abschluss als Schweizer Ärzte in Österreich.

Vor dem Hintergrund dieser Abwanderungsentwicklungen und der mit der Ärzteausbildung verbundenen Kosten wiederholte der RH seine Empfehlung nach einer Verbesserung der Datenlage und der Erhebung der Abwanderungsgründe (TZ 5), um zeitnah geeignete Steuerungsmaßnahmen ergreifen zu können. Ergänzend empfahl er für eine Verbesserung der Datenlage eine verstärkte Zusammenarbeit mit ausländischen ärztlichen Interessenvertretungen (z.B. deutsche Landesärztekammern³⁰).

- 6.3** Das BMG verwies in seiner Stellungnahme darauf, dass das BMWWF für Fragen des Hochschulrechts und damit für das Studium der Humanmedizin sowie das BMG für die postpromotionelle Ausbildung von Ärzten zuständig sei. Um eine Verbesserung der Datenlage betreffend Turnusärzte zu erzielen, sei im ÄrzteG 1998 ein neuartiges System der Ausbildungsstellenverwaltung eingeführt worden.

- 6.4** Der RH verblieb bei seinen Empfehlungen zur Verbesserung der Datenlage (siehe TZ 5). Ergänzend wies er darauf hin, dass Maßnahmen gegen eine verstärkte Abwanderung von (Jung)Ärzten ins Ausland eine genaue Kenntnis der tatsächlichen Abwanderungsdaten voraussetzen. Der RH empfahl daher neuerlich, eine verstärkte Zusammenarbeit mit ausländischen ärztlichen Interessenvertretungen.

Ärzteausbildung in Deutschland und der Schweiz

- 7** (1) Anders als in Österreich waren Studienabgänger des Medizinstudiums in Deutschland mit Abschluss des Studiums zur selbstständigen Ausübung der ärztlichen Tätigkeit berechtigt (sogenannte „Privatärzte“). Jedoch absolvierten fast alle Studienabgänger nach dem Staatsexamen die Facharztausbildung.

(2) In Deutschland und in der Schweiz gab es – anders als in Österreich (Arzt für Allgemeinmedizin) – einen Facharzt für Allgemeinmedizin (Deutschland) bzw. einen Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (Schweiz). Die Ausbildung betrug in beiden Ländern fünf Jahre;

³⁰ Diese verfügen nach Angaben der deutschen Bundesärztekammer, die von den Landesärztekammern nur die aggregierten Daten erhält, über detaillierte Zuwanderungsdaten.

- Die Ausbildung in Deutschland umfasste 36 Monate in der stationären Basisausbildung auf dem Gebiet der Inneren Medizin; davon konnten bis zu 18 Monate in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung auch im ambulanten Bereich angerechnet werden. Die restlichen 24 Monate der Ausbildung waren in der ambulanten hausärztlichen Versorgung zu absolvieren.
- In der Schweiz ermöglichte die Ausbildung zum Facharzt für Allgemeine Innere Medizin zwei berufliche Ausrichtungen, nämlich die Laufbahn in der Hausarztpraxis oder im Spital. Die modular aufgebaute fünfjährige Ausbildung beinhaltete eine dreijährige Basisausbildung (davon verpflichtend ein halbes Jahr ambulante Allgemeine Innere Medizin, vorzugsweise in einer Praxisassistenz) und eine zweijährige Aufbauausbildung.

Mit dem Abschluss der Ausbildung zum Facharzt für Allgemeine Innere Medizin konnte gleichzeitig auch der Ausbildungstitel „Praktischer Arzt“ erworben werden. Dieser war primär für Ärzte aus den EU-Mitgliedstaaten vorgesehen, die gemäß der Berufsankennungsrichtlinie³¹ die Ausbildung in Allgemeinmedizin absolviert hatten und in der Schweiz tätig werden wollten.

(3) Auch die Struktur der Facharztausbildung für Innere Medizin war in Deutschland und in der Schweiz ähnlich und dauerte grundsätzlich sechs Jahre. Anders als in Deutschland (und auch in Österreich – siehe TZ 22) gab es in der Schweiz keine Ausbildung zum „normalen“ Facharzt für Innere Medizin (diese Ausbildung dauerte in Deutschland nur fünf Jahre). Stattdessen war größtenteils in Anlehnung an das EU-Recht³² eine Ausbildung zum Facharzt in den verschiedenen Disziplinen der Inneren Medizin möglich.³³

In beiden Ländern teilte sich die fachärztliche Ausbildung für Innere Medizin in eine dreijährige (Deutschland) bzw. zwei- bis dreijährige (Schweiz) für alle gleiche Grundausbildung und eine anschließende Spezialisierung auf.

³¹ Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, ABl. L 255 vom 30. September 2005 i.d.g.F.

³² Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, ABl. L 255 vom 30. September 2005 i.d.g.F.

³³ z.B. Allergologie und klinische Immunologie, Angiologie, Endokrinologie/Diabetologie, Gastroenterologie inklusive Schwerpunkt Hepatologie, Hämatologie

(4) Die Facharztausbildung für Innere Medizin war in Grundstruktur und Länge der in Österreich im Rahmen der Ärzteausbildung NEU geplanten Ausbildung ähnlich.³⁴

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

Ausbildungsstätten und Ausbildungs- stellen

Anerkennung der Ausbildungsstätten durch die ÖÄK

- 8.1** (1) Die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt in einem Sonderfach erfolgte an von der ÖÄK³⁵ dafür nach Kriterien des ÄrzteG 1998³⁶ anerkannten Ausbildungsstätten. Für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin waren dies zur Zeit der Gebarungsüberprüfung Krankenanstalten³⁷ als solche. Diese mussten grundsätzlich in allen relevanten Gebieten über Abteilungen³⁸ verfügen. Ausgenommen davon waren bestimmte Fachgebiete³⁹, sofern auf diesen Gebieten eine praktische Ausbildung durch Konsiliarärzte⁴⁰, die eine zumindest einjährige Tätigkeit als freiberuflich tätiger Facharzt nachweisen können, im Rahmen der Krankenanstalt⁴¹ gewährleistet war.

Ausbildungsstätten für die Ausbildung zum Facharzt in einem Sonderfach waren von der ÖÄK anerkannte Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten⁴² von Krankenanstalten.

³⁴ neunmonatige Basisausbildung, Sonderfach-Grundausbildung, Sonderfach-Schwerpunktausbildung

³⁵ Diese Aufgabe war früher vom BMG selbst wahrgenommen worden, wurde aber mit der 5. Ärztegesetz-Novelle BGBl. I Nr. 140/2003 der ÖÄK übertragen.

³⁶ vergleiche §§ 9 Abs. 2 und 10 Abs. 2 ÄrzteG 1998

³⁷ einschließlich Universitätskliniken und Klinischer Institute sowie sonstige Organisationseinheiten einschließlich allfälliger Untereinheiten von Medizinischen Universitäten

³⁸ auch mehrere Abteilungen im Sinne eines Departments oder auch Teile von Abteilungen wie z.B. Stationen

³⁹ Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendheilkunde sowie Neurologie oder Psychiatrie

⁴⁰ § 2a Abs. 1 lit. a des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957

⁴¹ oder, unter Aufrechterhaltung des Arbeitsverhältnisses zur Krankenanstalt, im Rahmen von anerkannten fachärztlichen Lehrpraxen oder Lehrgruppenpraxen

⁴² einschließlich Universitätskliniken und Klinischer Institute sowie sonstige Organisationseinheiten einschließlich allfälliger Untereinheiten von Medizinischen Universitäten; wichtigstes Kriterium für eine „Organisationseinheit“ im Sinne des Gesetzes war laut UVS Wien vom 1. April 2005 (UVS-MIX/27/5987/2004/12) eine gewisse organisatorische Eigenständigkeit, weshalb darunter bspw. auch Stationen einer Abteilung fallen konnten; Birner, Ärzteausbildung, 2010, S. 18f.

Bis zu maximal zwölf Monate der Ausbildung sowohl zum Arzt für Allgemeinmedizin⁴³ als auch zum Facharzt in einem Sonderfach⁴⁴ konnten auch in Lehrpraxen und Lehrgruppenpraxen niedergelassener Ärzte sowie in Lehrambulatorien absolviert werden. Dies war jedoch nicht zwingend erforderlich.

Die von der ÖÄK auf Antrag der Rechtsträger der Krankenanstalten per Bescheid erteilten Anerkennungen der Ausbildungsstätten galten unbefristet. Verpflichtende Evaluierungen waren nicht vorgesehen. Im Übrigen hatte die ÖÄK seit rund fünf Jahren auch keine externen Kontrollen der Ärzteausbildung vor Ort an den Ausbildungsstätten in Form von Visitationen durchgeführt (siehe TZ 43).

(2) Die Ärzteausbildung NEU sah auch zahlreiche Änderungen der Regelungen über die Ausbildungsstätten und deren Anerkennung durch die ÖÄK vor, insbesondere folgende Änderungen:

- Für die neunmonatige Basisausbildung, die in Zukunft grundsätzlich alle Ärzte in Ausbildung zu absolvieren haben, bevor sie sich für die Allgemeinmedizin oder ein Sonderfach entscheiden, war für alle allgemeinen Krankenanstalten gemäß § 2a KAKuG eine ex-lege Anerkennung als Ausbildungsstätte vorgesehen.
- Für die an die neunmonatige Basisausbildung anschließende Ausbildung sollen auch für die allgemeinmedizinische Ausbildung nur mehr einzelne Fachabteilungen oder sonstige Organisationseinheiten als Ausbildungsstätten anerkannt werden (und nicht mehr Krankenanstalten als solche).
- Die Möglichkeit, fehlende Fachabteilungen durch Konsiliarärzte zu kompensieren, wurde umfassender geregelt (TZ 38).⁴⁵

⁴³ Die sechsmonatige Ausbildung im Ausbildungsfach Allgemeinmedizin war in Einrichtungen, die der medizinischen Erstversorgung dienen, zu absolvieren, worunter neben geeigneten Ambulanzen in als Ausbildungsstätte anerkannten Krankenanstalten auch für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin anerkannte Lehrpraxen freiberuflich tätiger Ärzte für Allgemeinmedizin, Lehrgruppenpraxen oder Lehrambulatorien zählten (§ 7 Abs. 4 ÄrzteG 1998).

⁴⁴ Soweit es mit der Erreichung des Ausbildungszieles vereinbar war, konnte ein Teil der Facharztausbildung, insgesamt bis zur Höchstdauer von zwölf Monaten, in anerkannten Lehrpraxen freiberuflich tätiger Fachärzte, in für die Ausbildung zum Facharzt anerkannten Lehrgruppenpraxen oder anerkannten Lehrambulatorien absolviert werden (§ 8 Abs. 2 ÄrzteG 1998).

⁴⁵ zum Beispiel Anerkennung durch die ÖÄK, mindestens 30 Wochenstunden zu leisten, sinngemäße Anwendung der Qualitätserfordernisse



Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

- Für die Anerkennung waren nunmehr zusätzliche Voraussetzungen zu erfüllen, wie ein diplomierter Pflegedienst, der die Durchführung der mitverantwortlichen Tätigkeiten gewährleistet, oder die Vorlage eines schriftlichen Ausbildungskonzepts (TZ 26 und 30 bis 37).
- Anerkannte Ausbildungsstätten mussten in Zukunft alle sieben Jahre einen verpflichtenden Antrag auf Wieder-Anerkennung stellen.
- Ein Teil der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin war künftig verpflichtend in einer anerkannten Lehrpraxis, Lehrgruppenpraxis oder einem Lehrambulatorium zu absolvieren.

(3) Für die Basisausbildung waren keine Qualitätssicherungsvorgaben vorgesehen (wie bspw. ein Logbuch und ein Ausbildungskonzept); der RH regte solche im Rahmen des Begutachtungsverfahrens an (TZ 25, 26). Aus seiner Sicht war eine gute, umfassende und qualitätsgesicherte Basisausbildung insofern von besonderer Bedeutung, als diese neun Monate die Grundlage für die Entscheidung für den weiteren Berufsweg (Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt) bilden werden. Die Hinweise des RH blieben im Gesetzgebungsprozess unberücksichtigt.

Hinsichtlich der nunmehr verpflichtend zu absolvierenden Lehrpraxis verwies der RH in seiner Stellungnahme zum Begutachtungsentwurf auf die fehlenden Angaben über die Kosten der Lehrpraxis und deren Finanzierung. Auch die ÄrzteG-Novelle enthielt letztlich keine Kostenabschätzung, sah aber eine Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes vor, die mit der Sicherstellung der Finanzierung der Ausbildung in Lehrpraxen in Zusammenhang stand.⁴⁶

8.2 Der RH kritisierte, dass bis zur Novellierung des ÄrzteG 1998 im Jahr 2014 die Anerkennungen der Ausbildungsstätten über Jahrzehnte hinweg gültig blieben, ohne je evaluiert worden zu sein. Vor diesem Hintergrund sah er die nunmehrige Befristung positiv, die eine regelmäßige Überprüfung des Vorliegens der Anerkennungsvoraussetzungen nach sich zog.

⁴⁶ Danach war zukünftig eine verbindliche gesamtvertragliche Regelung über den Einsatz von Turnusärzten in Lehrpraxen mit der Ärztekammer abzuschließen. Aus organisatorischen Gründen sollten der Hauptverband und die Krankenversicherungsträger darüber hinaus berechtigt werden, mit Turnusärzten, die in einer Lehrpraxis oder Lehrgruppenpraxis tätig sein werden, befristete Dienstverhältnisse einzugehen und, um die entsprechende Finanzierung sicherzustellen, eine juristische Person zu errichten oder zu gründen bzw. sich an einer solchen zu beteiligen.

Der RH hielt jedoch fest, dass auch in der letztlich beschlossenen Novelle zum ÄrzteG 1998 Qualitätssicherungsvorgaben für die Basisausbildung und eine Kostenschätzung für die Finanzierung der Lehrpraxen fehlten. Seine grundlegenden Bedenken, die er bereits im Begutachtungsverfahren vorgebracht hatte, hielt er daher aufrecht.

Ausbildungsstellen an den Ausbildungsstätten

- 9.1** (1) Als Ausbildungsstätten für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin anerkannte Krankenanstalten waren – mit Ausnahme von Universitätskliniken – dazu verpflichtet, auf je 15 systematisierte Betten⁴⁷ mindestens einen TÄ/A zu beschäftigen (§ 196 ÄrzteG 1998, „Bettenschlüssel“). Damit stand angehenden Ärzten für Allgemeinmedizin ein bestimmtes Mindestkontingent an Ausbildungsstellen zur Verfügung,⁴⁸ wodurch diesen – im Vergleich zu angehenden Fachärzten – eine bessere Startposition verschafft und damit ein Anreiz zur Ergreifung dieses Berufs gegeben werden sollte.⁴⁹

Die Anzahl der Ausbildungsstellen für die Ausbildung zum Facharzt war nach oben hin begrenzt. Die ÖÄK hatte im Rahmen der Anerkennung der entsprechenden Ausbildungsstätte auch die Zahl der Ausbildungsstellen festzulegen, die wegen des Ausbildungserfolges nicht überschritten werden durften. Für Universitätskliniken war die Anzahl der Ausbildungsstellen gemäß § 10 Abs. 3 ÄrzteG 1998 mit der Anzahl der an der Ausbildungsstätte beschäftigten Fachärzte begrenzt (sogenannte 1:1 Regelung), weshalb die Anzahl aller zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Fachärzte zweimal jährlich der ÖÄK zu melden waren.

- (2) Die Ärzteausbildung NEU sah auch einige Änderungen der Regelungen über die Ausbildungsstellen vor:

⁴⁷ Mehrere Krankenanstalten desselben Rechtsträgers galten für diese Berechnung als Einheit.

⁴⁸ Ein unmittelbarer Anspruch auf eine Ausbildungsstelle bestand jedoch nicht, weil das ÄrzteG 1998 diesbezüglich keine Regelungen traf, sondern die Frage nach der Zuweisung offen ließ. Vergleiche Schrammel, Rechtsprobleme des Turnusarztverhältnisses, ZAS 1982, 203.

⁴⁹ Schrammel, Rechtsprobleme des Turnusarztverhältnisses, ZAS 1982, 203. Begründet wurde dies damit, dass eine ausgewogene Relation der Anzahl der Ärzte für Allgemeinmedizin und der Anzahl der Fachärzte Bedingung für eine optimale gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung sei. Vergleiche die Erläuterungen zur Regierungsvorlage der ÄrzteG-Novelle 1975, 1587 Beil NR XIII. GP.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

- Nunmehr war auch bei der Anerkennung von Ausbildungsstätten (z.B. Abteilungen) für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin die maximale Zahl der Ausbildungsstellen für die Ausbildung im jeweiligen Fachgebiet festzusetzen. Sie war mit der Anzahl der dort beschäftigten Fachärzte beschränkt.
- Für Universitätskliniken galt bezüglich der Ausbildungsstellen keine Ausnahme mehr. Auch hier war bspw. im Rahmen der Anerkennung als Ausbildungsstätte für ein Sonderfach die Zahl der Ausbildungsstellen für die Sonderfach-Grundausbildung sowie die Sonderfach-Schwerpunktausbildung festzulegen.
- Im Gegensatz zum Begutachtungsentwurf sah die ÄrzteG-Novelle den „Bettenschlüssel“ nicht mehr vor. Stattdessen waren alle Träger von fondsfinanzierten Krankenanstalten zukünftig verpflichtet, ihrem Leistungsspektrum entsprechend, eine für den künftigen Bedarf an Ärzten für Allgemeinmedizin ausreichende Anzahl an Ausbildungsstellen sicherzustellen.

Hinsichtlich der Beurteilung des Bedarfs war auf die Beratungsergebnisse der Kommission für die ärztliche Ausbildung⁵⁰ zurückzugreifen. Konkrete Vorgaben für die Bedarfsanalyse bzw. -berechnung waren in der ÄrzteG-Novelle nicht vorgesehen.

9.2 Aus Sicht des RH war für eine möglichst gute Ausbildungsqualität sowie für ein optimales Betreuungsverhältnis zwischen Ausbilder und Auszubildenden die Festlegung der konkreten Anzahl an Ausbildungsstellen sowohl für TÄ/A als auch TÄ/F an allen Ausbildungsstätten – auch den Universitätskliniken – zweckmäßig.

Der RH sah allerdings kritisch, dass der konkrete quantitative Bedarf an (Turnus)Ärzten bisher vom Gesetzgeber unberücksichtigt geblieben war und beurteilte das Abgehen von der Vorschreibung eines starren Mindestkontingents von Ausbildungsstellen im Bereich der Allgemeinmedizin durch die Novelle zum ÄrzteG 1998 positiv.

Vor dem Hintergrund der gesundheitspolitischen Bedeutung der Ärzteausbildung für die Versorgungssicherheit in Österreich hielt der RH jedoch kritisch fest, dass keine Kennzahlen zum Bedarf an Ärzten für Allgemeinmedizin vorlagen und auch konkrete Vorgaben dafür fehlten, wer diese auf welche Weise erheben sollte. In diesem Zusammenhang verwies der RH auch auf seine Hinweise im Rahmen des Begut-

⁵⁰ vergleiche Art. 44 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, in der Fassung BGBl. I Nr. 199/2013

achtungsverfahrens, wonach mangels entsprechender Darlegungen für ihn nicht nachvollziehbar war, warum gerade die im Entwurf enthaltenen Maßnahmen eine moderne und bedarfsgerechte Ärzteausbildung auch vor dem Hintergrund der Etablierung eines – im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 vorgesehenen – Primary Health Care Modells sicherstellen konnten (siehe TZ 3).

Hinsichtlich der Feststellung des Bedarfs an Ärzten für Allgemeinmedizin empfahl der RH dem BMG daher im Interesse der nachhaltigen Versorgungssicherheit, raschest möglich konkrete Vorgaben zu erlassen und auf die Entwicklung geeigneter Kennzahlen hinzuwirken.

9.3 *Laut Stellungnahme des BMG seien der künftige Bedarf an Ärzten für Allgemeinmedizin bereits seit Beginn der Reformvorhaben berücksichtigt und entsprechende Kennzahlen entwickelt worden. Diese beruhten u.a. auf Bedarfsschätzungen zu Nachbesetzungen von Kassenverträgen und zur allgemeinärztlichen Versorgung im intramuralen Bereich. Nach einer vom BMG übermittelten Tabelle (mit Daten für die einzelnen Länder und Österreich gesamt) sei bundesweit jährlich ein Nachwuchs von durchschnittlich 466 Allgemeinmedizinern erforderlich, um den Abgang durch Pensionierungen etc. auszugleichen und die Gesamtzahl an Allgemeinmedizinern konstant zu halten.*

9.4 Der RH entgegnete dem BMG, dass aus der übermittelten Aufstellung nicht erkennbar war, wieviele Ausbildungsstellen durch die jeweiligen Krankenanstaltenträger zur Verfügung zu stellen waren, um den Bedarf an Allgemeinmedizinern abzudecken; das BMG ging auch nicht auf die vom RH empfohlenen Kennzahlen ein. Der RH stellte klar, dass im Sinne der Rechtssicherheit und Transparenz sowie zur nachhaltigen Sicherstellung einer adäquaten Patientenversorgung eindeutige Festlegungen unabdingbar waren. Nur dadurch war es den Krankenanstaltenträgern möglich, den in § 196 ÄrzteG 1998 normierten Auftrag zu erfüllen. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung, raschest möglich konkrete Vorgaben zu erlassen und auf die Entwicklung geeigneter Kennzahlen hinzuwirken. Diese wären auch transparent und nachvollziehbar darzustellen.

Weiters wies der RH auf die Ansicht des Landes Niederösterreich hin, wonach die Bedarfsplanung im Rahmen der Art. 44-Kommission erfolge, in welcher das Land vertreten sei. Die erforderlichen Ausbildungsstellen für Allgemeinmediziner würden von den niederösterreichischen Landeskliniken zur Verfügung gestellt werden. Die Anzahl an Interessenten bzw. Bewerbern für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin – so die Stellungnahme des Landes Niederösterreich – werde abzuwarten sein.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

Besetzungsverfahren bei Turnusarztstellen

- 10** Die Besetzung von Turnusarztstellen für TÄ/A und TÄ/F gestaltete sich in den überprüften Krankenanstalten wie folgt:

Stellenbesetzung – Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung

Mit Ausnahme des AKH Wien bildeten alle überprüften Krankenanstalten zur Zeit der Gebarungsüberprüfung auch TÄ/A aus. Sowohl dem LKH Innsbruck als auch den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten wurden TÄ/A von einer zentralen Stelle des jeweiligen Dienstgebers (TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH (TILAK) als Vertreterin des Landes Tirol, Land Niederösterreich) zugewiesen; in Tirol war dies das Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der TILAK (AZW, TZ 21), in Niederösterreich die Abteilung Personalangelegenheiten B des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung.

Stellenbesetzung – Turnusärzte in Facharztausbildung

Alle überprüften Krankenanstalten bildeten auch Fachärzte aus. Die TÄ/F im AKH Wien waren bei der MedUni Wien beschäftigt; die im LKH Innsbruck tätigen TÄ/F waren teilweise bei der TILAK und teilweise bei der Medizinischen Universität Innsbruck (MedUni Innsbruck) angestellt (jeweils rd. 50 %). Dienstgeber aller in den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten beschäftigten TÄ/F war das Land Niederösterreich.

Im Unterschied zu den TÄ/A erfolgte die Besetzung der TÄ/F-Stellen in der Regel über ein konkretes stellenbezogenes Ausschreibungs- und Auswahlverfahren durch den jeweiligen Dienstgeber unter maßgeblicher Einbindung der betroffenen Ärztlichen Leiter bzw. der Klinik-/Abteilungsleiter.

Besetzungssituation in den überprüften Krankenanstalten

Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung

- 11.1** (1) Das AKH Wien bildete, wie erwähnt, zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine TÄ/A aus. Die Besetzungssituation in den anderen drei überprüften Krankenanstalten stellte sich wie folgt dar:

Tabelle 3: Besetzung TÄ/A – Entwicklung 2011 bis 2014¹

Krankenhäuser		2011	2012	2013	2014	Entwicklung
		in VZÄ				in %
LKH Innsbruck	TÄ/A IST	43,3	49,0	56,5	50,5	+ 16,6
	TÄ/A SOLL ²	–	–	–	–	–
LK St. Pölten/Lilienfeld						
Standort St. Pölten	TÄ/A IST	85,5	84,9	86,3	84,8	– 0,8
	TÄ/A SOLL ³	71,9	72,1	72,2	72,2	
Standort Lilienfeld	TÄ/A IST	11,0	11,0	7,6	5,6	– 49,1
	TÄ/A SOLL ³	11,5	11,5	11,5	11,5	
LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl						
Standort Gmünd	TÄ/A IST	16,0	12,0	10,0	7,0	– 56,3
	TÄ/A SOLL ³	12,3	12,3	12,3	12,3	
Standort Waidhofen	TÄ/A IST	9,0	6,0	6,5	4,0	– 55,6
	TÄ/A SOLL ³	15,0	15,0	15,0	15,0	
Standort Zwettl	TÄ/A IST	15,5	18,0	16,3	12,4	– 20,0
	TÄ/A SOLL ³	16,7	16,1	16,1	16,1	

¹ jeweils zum 31. Dezember bzw. 30. Juni 2014

² Bettenschlüssel galt nicht für Universitätskliniken (§ 196 ÄrzteG 1998)

³ gemäß Bettenschlüssel, § 196 ÄrzteG 1998 legte nicht fest, ob Köpfe oder VZÄ gemeint waren.

Quellen: jeweilige Krankenhäuser

LKH Innsbruck

Am LKH Innsbruck gab es im Vergleich zu 2011 (43,3 VZÄ) zum 30. Juni 2014 insgesamt 50,5 VZÄ (54 Köpfe) TÄ/A; der Bettenschlüssel galt hier nicht, weil das LKH Innsbruck ein Universitätsklinikum war. Die Wartezeit auf einen Ausbildungsplatz betrug zur Zeit der Gebärungsüberprüfung zwischen zwei und neun Monaten.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Am Standort St. Pölten war die Anzahl an TÄ/A seit 2011 mit rd. 85 VZÄ nahezu unverändert (86 Köpfe). Unter Anwendung des Bettenschlüssels, der allerdings rechtsträgerweit anzuwenden war, wären 72 TÄ/A einzustellen gewesen. Die Wartezeit auf eine Turnusarztstelle lag in der Regel unter drei Monaten.

Im Gegensatz dazu war die Anzahl der TÄ/A am Standort Lilienfeld seit dem Jahr 2013 stark rückläufig. Während 2011 und 2012 noch elf TÄ/A ihre Ausbildung absolvierten, waren es zum 30. Juni 2014 nur mehr 5,6 VZÄ (sechs Köpfe). Der Bettenschlüssel hätte elf TÄ/A vorgesehen.

Auch an allen drei Standorten des LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl war die Anzahl der TÄ/A in den letzten Jahren stark rückläufig; der stärkste Rückgang war in Gmünd feststellbar (2011: 16 VZÄ/Köpfe, 30. Juni 2014: sieben VZÄ/Köpfe). An keinem dieser Standorte konnte die unter Heranziehung des Bettenschlüssels sich ergebende Anzahl an TÄ/A erfüllt werden.

Die NÖ Landeskliniken-Holding bzw. die vier betroffenen Standorte versuchten, diesem Mangel an TÄ/A mit einer Reihe von Maßnahmen zu begegnen. So gab es bspw. Informationsveranstaltungen und Unterstützungen für Maturanten^{51, 52}, Informationsveranstaltungen für Studienabsolventen, Motivationsschreiben an die Bürgermeister des Bezirks betreffend Turnusärzterekrutierung sowie die MedSummer-School⁵³ für Jungmediziner im letzten Ausbildungsstadium. Mit dem Studienjahr 2014/2015 wurde im Rahmen des Studiums der Humanmedizin an der MedUni Wien das Klinisch-Praktische Jahr⁵⁴ eingeführt. Auch die Standorte Lilienfeld, Gmünd, Waidhofen und Zwettl ließen sich als Lehrkrankenhäuser akkreditieren und sahen dies als weitere Chance, zusätzliche TÄ/A zu gewinnen.

⁵¹ Pro AHS-Standort; Internet Initiative „Niederösterreich studiert Medizin“: „Heuer Matura – in wenigen Jahren Arzt/Ärztin“; jährliche Informationsveranstaltungen der NÖ Landeskliniken-Holding

⁵² Beispielsweise: Der in St. Pölten angebotene zehntägige Vorbereitungskurs zum Aufnahmetest „MedAT-Humanmedizin“, inklusive Testsimulation, wurde vom Land Niederösterreich über die NÖ Landeskliniken-Holding mit einem 50%igen Kurskostenbeitrag gefördert. Erfolgreichen Bewerbern wurden zusätzlich die Prüfungskosten zur Gänze refundiert.

⁵³ zweitägiger Workshop, in dem Studierende ihr Können und Wissen trainieren und erweitern können sowie Einblick in die Führung und Ausstattung des Standorts Zwettl erhalten

⁵⁴ Das sechste Jahr des Medizinstudiums wird nunmehr in einer Krankenanstalt zu absolvieren sein.

Studierende der Humanmedizin der MedUni Wien absolvieren nunmehr im sechsten Studienjahr eine klinisch-praktische Ausbildung, bevor sie ihr Studium abschließen. Diese Ausbildung findet u.a. an akkreditierten Lehrkrankenhäusern statt und umfasst 48 Wochen. Jene Studierende, die ihr Klinisch-Praktisches Jahr in einem Lehrkrankenhaus der NÖ Landeskliniken-Holding absolvierten, erhielten monatlich 650 EUR; demgegenüber bekamen jene Studierende, die in Lehrkrankenhäusern des KAV oder der TILAK⁵⁵ tätig waren, zur Zeit der Gebarungsüberprüfung kein Entgelt.

(2) In seiner Stellungnahme zum Begutachtungsentwurf zur ÄrzteG-Novelle wies der RH darauf hin, dass die angestrebte Verbesserung der Qualität der allgemeinmedizinischen Ausbildung allein durch die vorgesehene stufenweise Verlängerung von derzeit mindestens 36 Monaten auf langfristig mindestens 48 Monate für ihn nicht nachvollziehbar war. Dies insbesondere deshalb, weil die konkrete Ausgestaltung der Inhalte dieser allgemeinmedizinischen Ausbildung nicht im Entwurf selbst, sondern erst in der Verordnung des BMG erfolgen soll.

Darüber hinaus stellte sich mangels Kenntnis der in der längeren Ausbildungszeit zu vermittelnden Ausbildungsinhalte die Frage, ob allein die Verlängerung der Ausbildung um letztlich ein Jahr die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin nicht sogar weniger attraktiv machen und den Fachbereich Allgemeinmedizin dadurch schwächen könnte. Die Erläuterungen wurden in weiterer Folge nicht entsprechend ergänzt (siehe TZ 3).

- 11.2** Der RH hielt fest, dass die Materialien zur Novelle des ÄrzteG 1998 umfassende und aussagekräftige Erläuterungen betreffend die Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung bzw. ihre möglichen Konsequenzen vermissen ließen (TZ 3); der RH hielt daher alle seine im Begutachtungsverfahren diesbezüglich geäußerten Bedenken aufrecht.

Während insbesondere am LKH Innsbruck noch Wartezeiten für TÄ/A bestanden, war an den Standorten Lilienfeld, Gmünd, Waidhofen und Zwettl bereits ein deutlicher TÄ/A-Mangel erkennbar.

Im Hinblick auf die neue Rechtslage empfahl der RH der TILAK und dem Land Niederösterreich bzw. der NÖ Landeskliniken-Holding, entsprechend den dafür noch zu erlassenden Vorgaben bzw. zu erstellenden Kennzahlen (TZ 9) für eine ausreichende Zahl an Ausbildungsstellen für TÄ/A in ihren Krankenanstalten zu sorgen.

⁵⁵ Auch an der MedUni Innsbruck gab es ein Klinisch-Praktisches Jahr.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

Die Anstrengungen der NÖ Landeskliniken-Holding bzw. der betroffenen Standorte, TÄ/A zu gewinnen, wertete der RH positiv.

- 11.3** *Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich erfolge die Bedarfsplanung im Rahmen der Art. 44-Kommission, in welcher das Land vertreten sei. Die erforderlichen Ausbildungsstellen für Allgemeinmediziner würden von den niederösterreichischen Landeskliniken zur Verfügung gestellt werden. Die Anzahl an Interessenten bzw. Bewerbern für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin werde abzuwarten sein.*

Turnusärzte in Facharztausbildung – AKH Wien

- 12** Im AKH Wien stellte sich die Besetzungssituation bei den TÄ/F insgesamt betrachtet und bezogen auf den schwerpunktmäßig überprüften Fachbereich Innere Medizin (TZ I) wie folgt dar:

Tabelle 4: AKH Wien, Besetzung Fachärzte und TÄ/F – 2011 bis 2014¹

	2011	2012	2013	2014	Entwicklung
		in VZÄ			in %
Fachärzte gesamt	878,4	879,6	884,5	882,9	+ 0,5
TÄ/F gesamt	570,3	541,1	527,2	543,4	- 4,7
Fachärzte KIM I – III ²	174,1	170,7	162,2	164,6	- 5,5
TÄ/F KIM I – III	82,3	79,7	79,4	89,8	+ 9,1

¹ jeweils zum 31. Dezember bzw. 30. Juni 2014

² KIM = Klinik für Innere Medizin

Quelle: MedUni Wien

Die Gesamtzahl der am AKH Wien tätigen Fachärzte stieg im Prüfungszeitraum leicht an; demgegenüber war die Anzahl der TÄ/F rückläufig (2011: 570,3 VZÄ, 2014: 543,4 VZÄ). Der Rückgang bei den TÄ/F war nach Angaben der MedUni Wien auf ein Personaleinsparungsprogramm zurückzuführen.

In den Kliniken für Innere Medizin (KIM) I bis III reduzierte sich der Fachärztestand von 174,1 VZÄ (2011) auf 164,6 VZÄ (2014); die Anzahl der TÄ/F stieg auf 89,8 VZÄ (2014) an.

Die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im ÄrzteG 1998 normierte 1:1 Regelung zwischen Fachärzten und TÄ/F (TZ 9) wurde durchgehend eingehalten.⁵⁶

⁵⁶ Das neue ÄrzteG sieht auch für Universitätskliniken eine Festlegung der Anzahl der Ausbildungsstellen vor.

Turnusärzte in Facharztausbildung - LKH Innsbruck

13.1 Die Fachärzte und die TÄ/F am LKH Innsbruck waren wie erwähnt entweder Bedienstete des Landes Tirol (vertreten durch die TILAK) oder der MedUni Innsbruck:

Tabelle 5: LKH Innsbruck, Besetzung Fachärzte und TÄ/F – 2011 bis 2014¹

	2011	2012	2013	2014	Entwicklung
	in VZÄ				in %
Fachärzte gesamt	537,2	540,8	560,4	539,8	+ 0,5
davon MedUni Innsbruck	258,2	259,7	256,6	252,7	- 2,1
TÄ/F gesamt	412,6	416,7	410,5	414,0	+ 0,3
davon MedUni Innsbruck	199,3	193,7	200,3	210,4	+ 5,6
Fachärzte IM ² I – VI	65,4	73,0	74,2	68,8	+ 5,2
davon MedUni Innsbruck	37,9	40,1	42,1	36,9	- 2,6
TÄ/F IM ² I – VI	51,9	47,4	45,8	48,8	- 6,1
davon MedUni Innsbruck	23,3	22,6	26,1	27,1	+ 16,3

¹ jeweils zum 31. Dezember bzw. 30. Juni 2014

² IM = Innere Medizin

Quellen: LKH Innsbruck; MedUni Innsbruck

Am LKH Innsbruck veränderte sich sowohl die Anzahl der Fachärzte als auch der TÄ/F zwischen 2011 und 2014 nur geringfügig.

An den sechs Universitätskliniken für Innere Medizin war in diesem Zeitraum eine Steigerung bei den Fachärzten um rd. 5 %, jedoch ein Rückgang an TÄ/F um rd. 6 % zu verzeichnen, was u.a. auf die Umwandlung von Ausbildungsstellen in Facharztstellen im Zuge einer vertieften Facharztausbildung zurückzuführen war (Ausbildung in einem Additivfach).

13.2 Der RH hielt fest, dass die Verteilung zwischen MedUni Innsbruck- und TILAK-TÄ/F am LKH Innsbruck nahezu ausgeglichen war. Auch hier wurde die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im ÄrzteG 1998 noch normierte 1:1 Regelung zwischen Fachärzten und TÄ/F eingehalten. Im Vergleich zum AKH Wien bildete das LKH Innsbruck im Verhältnis zu den dort tätigen Fachärzten mehr TÄ/F aus.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

Turnusärzte in Facharztausbildung – LK St. Pölten/Lilienfeld,
LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

14.1 Im Unterschied zur Situation in den Universitätskliniken, in denen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung die sogenannte 1:1-Regel galt, hatte die ÖÄK für die anderen überprüften Krankenanstalten die Anzahl der Ausbildungsstellen ausdrücklich festzulegen; diese waren von den Ausbildungsstätten zu beantragen und stellten Maximalwerte dar. Für den Fall, dass nicht alle Ausbildungsinhalte vermittelt werden konnten, wurde eine Teilanerkennung ausgesprochen.

(1) Im LK St. Pölten/Lilienfeld war bei den TÄ/F im Zeitraum 2011 bis 2014 folgende Entwicklung erkennbar:

Tabelle 6: LK St. Pölten/Lilienfeld, Besetzung Fachärzte und TÄ/F – 2011 bis 2014¹

	2011	2012	2013	2014	Entwicklung
	in VZÄ				in %
Standort St. Pölten					
Fachärzte gesamt	245,8	257,9	262,6	258,5	+ 5,2
TÄ/F gesamt	118,0	122,0	135,6	139,7	+ 18,4
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	139 ³	139 ³	147 ³	148 ³	+ 6,5
Fachärzte Med.Abt. ² 1 bis 3	50,3	57,0	55,6	55,3	+ 9,9
TÄ/F Med.Abt. ² 1 bis 3	20,0	16,0	17,9	20,9	+ 4,5
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	22 ⁴	22 ⁴	24 ⁴	24 ⁴	+ 9,1
Standort Lilienfeld					
Fachärzte gesamt	26,0	23,6	27,0	24,8	- 4,6
TÄ/F gesamt	5,9	7,9	10,0	9,9	+ 67,8
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	8 ⁵	10 ⁵	10 ⁵	10 ⁵	+ 25,0
Fachärzte Innere Medizin	6,0	5,8	7,5	6,3	+ 5,0
TÄ/F Innere Medizin	1,9	2,9	3,0	3,0	+ 57,9
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	3	3	3	3	-

¹ jeweils zum 31. Dezember bzw. 30. Juni 2014

² Medizinische Abteilungen

³ davon 14 (2011 und 2012) bzw. 16 (2013 und 2014) teilanerkannt

⁴ davon 12 (2011 und 2012) bzw. 14 (2013 und 2014) teilanerkannt

⁵ davon zwei (2011) bzw. drei teilanerkannt

Quellen: jeweilige Krankenanstalten

Am Standort St. Pölten erhöhte sich die Gesamtzahl der Fachärzte seit 2011 um rd. 5 % auf rd. 259 VZÄ; die Anzahl der TÄ/F stieg um 18,4 % auf rd. 140 VZÄ. In den Abteilungen für Innere Medizin blieb die Anzahl der TÄ/F mit rd. 20 VZÄ relativ konstant.

In Lilienfeld sank die Anzahl der Fachärzte zwischen 2011 und 2014 um rd. 5 % auf rd. 25 VZÄ; die Zahl der TÄ/F erhöhte sich demgegenüber um 67,8 % von 5,9 VZÄ auf 9,9 VZÄ. In der Inneren Medizin stieg die Anzahl der TÄ/F von 1,9 VZÄ auf 3 VZÄ.

(2) Im LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl war folgende Entwicklung festzustellen:

Tabelle 7: LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl, Besetzung Fachärzte und TÄ/F – Entwicklung 2011 bis 2014 ¹					
	2011	2012	2013	2014	Entwicklung
	in VZÄ				in %
Standort Gmünd					
Fachärzte gesamt	18,0	19,7	19,6	19,6	+ 8,9
TÄ/F gesamt	6,5	6,0	7,0	8,0	+ 23,1
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	9 ²	9 ²	9 ²	9 ²	–
Fachärzte Innere Medizin	4,0	5,5	5,0	5,0	+ 25,0
TÄ/F Innere Medizin	3,0	3,0	3,0	3,0	–
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	3	3	3	3	–
Standort Waidhofen					
Fachärzte gesamt	40,6	43,7	46,9	47,9	+ 18,0
TÄ/F gesamt	17,0	15,5	17,0	16,0	– 5,9
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	19 ³	20 ³	20 ³	20 ³	+ 5,3
Fachärzte Innere Medizin	10,0	8,0	9,0	9,0	– 10,0
TÄ/F Innere Medizin	5,0	4,5	6,0	6,0	+ 20,0
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	5 ⁴	6 ⁴	6 ⁴	6 ⁴	+ 20,0
Standort Zwettl					
Fachärzte gesamt	44,2	50,0	51,8	52,7	+ 19,2
TÄ/F gesamt	19,0	21,0	22,5	23,8	+ 25,3
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	19 ⁵	20 ⁵	23 ⁵	24 ⁵	+ 26,3
Fachärzte Innere Medizin	6,0	8,5	7,5	7,5	+ 25,0
TÄ/F Innere Medizin	5,0	5,0	6,0	6,0 ⁶	+ 20,0
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	5	5	6	6	+ 20,0

¹ jeweils zum 31. Dezember bzw. 30. Juni 2014

² davon zwei teilerkannt

³ davon neun teilerkannt (2011) bzw. zehn teilerkannt

⁴ teilerkannt

⁵ davon vier teilerkannt (2011 und 2012), fünf teilerkannt (2013 und 2014)

⁶ Nicht angeführt wurde hier jener TÄ/F, der zwar noch in der Stammabteilung geführt wurde, sein Hauptfach Innere Medizin jedoch schon abgeschlossen hatte und zu diesem Stichtag eine Nebenfachausbildung in einer anderen Abteilung absolvierte.

Quellen: jeweilige Krankenanstalten



Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

An den Standorten Gmünd und in Zwettl nahm die Zahl der Fachärzte (+ 9 % bzw. +19 %) und der TÄ/F (+ 23 % bzw. + 25 %) zu; dieser Trend war auch in den Abteilungen für Innere Medizin erkennbar. Am LK Waidhofen schwankte die Anzahl der TÄ/F zu den überprüften Stichtagen zwischen 15,5 und 17 VZÄ; in der Inneren Medizin wurde die Zahl der TÄ/F um ein VZÄ erhöht.

- 14.2** Der RH stellte fest, dass nahezu an allen überprüften niederösterreichischen Standorten die Anzahl der Ausbildungsstellen für TÄ/F und auch die tatsächliche Zahl dieser Turnusärzte im überprüften Zeitraum erhöht wurde. Der RH führte dies gerade in den kleineren peripher gelegenen Krankenanstalten auch auf das Bestreben zurück, dadurch einen Ausgleich zum Mangel an TÄ/A zu schaffen.

Ausbildungsverantwortung – Allgemeines

- 15.1** (1) Das ÄrzteG 1998 sah für die Ausbildungsverantwortung ein dreistufiges System vor und wies den Krankenanstaltenträgern (TZ 16 bis 18), den Ärztlichen Leitern (TZ 19, 20) und den Abteilungsleitern (TZ 23) bestimmte Aufgaben und Verantwortlichkeiten zu.

Einen Sonderfall stellten die Universitätskliniken AKH Wien und LKH Innsbruck dar, weil hier die Rollen des Dienstgebers (MedUni Wien bzw. MedUni Innsbruck) und des Krankenanstaltenträgers (teilweise) auseinanderfielen und der Träger formal keine Diensthoheit über die funktionstragenden Ärzte innehatte. Hinzu kam noch, dass bei Universitätskliniken zwei unterschiedliche gesetzliche Aufträge miteinander in Einklang zu bringen waren. So hatten das AKH Wien und das LKH Innsbruck die Krankenversorgung zu gewährleisten, während die Medizinischen Universitäten insbesondere die Lehre und Forschung sicherzustellen hatten.

Dafür sah das ÄrzteG 1998 weder in der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltenden Fassung noch in der aktuellen Novelle Sonderbestimmungen vor:

- (2) Das AKH Wien und die MedUni Wien planten eine gemeinsame Betriebsführung ab 2015. Hiefür waren zwei neue paritätisch (von der Stadt Wien und der MedUni Wien) besetzte Leitungsorgane geplant: das Supervisory Board und das Management Board. Die TILAK und die MedUni Innsbruck schlossen im März 2014 einen Zusammenarbeitsvertrag; durch diesen wurde die MedUni Innsbruck-TILAK-Kommission (je vier Mitglieder der MedUni Innsbruck und des LKH Innsbruck) als gemeinsames Gremium eingerichtet.

- 15.2** Wie die nachfolgende Analyse zeigte, wurde die im ÄrzteG 1998 normierte dreistufige Ausbildungsverantwortung nach Ansicht des RH von den überprüften Krankenanstalten bzw. deren Trägern in unterschiedlichem Ausmaß, jedoch in keiner Krankenanstalt ausreichend wahrgenommen.

In diesem Zusammenhang hielt der RH weiters fest, dass die Universitätskliniken AKH Wien und LKH Innsbruck einen Sonderfall darstellten, weil hier die Rollen des Dienstgebers (MedUni Wien bzw. MedUni Innsbruck) und des Krankenanstaltenträgers (teilweise) auseinanderfielen und der Träger formal keine Diensthoheit über die funktionstragenden Ärzte innehatte; darauf wird in den TZ 17, 18, 20 und 21 näher eingegangen.

Ausbildungsverant-
wortung der Kranken-
anstaltenträger

Rechtliche Rahmenbedingungen

- 16** (1) Die Rechtsträger der Krankenanstalten hatten gemäß §§ 9 und 10 ÄrzteG 1998 in kürzest möglicher Zeit für die bestqualifizierende Ausbildung der Turnusärzte zu sorgen. Diese Verpflichtung⁵⁷ zielte in programmatischer Weise⁵⁸ auf die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen für die Ausbildung. Darunter waren jene Voraussetzungen zu verstehen, die für eine Anerkennung als Ausbildungsstätte gemäß § 9 Abs. 2 und § 10 Abs. 2 ÄrzteG 1998 zu erfüllen sind.⁵⁹ Insofern traf die Letztverantwortung für eine den Vorgaben des ÄrzteG 1998 entsprechende Ausbildung der Turnusärzte in jedem Fall den Träger der Krankenanstalt.

(2) Im neuen ÄrzteG waren die Vorschriften über die Wahrung der Ausbildungsqualität und damit auch über die Ausbildungsverantwortung der Träger im § 11 gebündelt und erweitert. So war nun der Träger ausdrücklich verpflichtet, dem Turnusarzt zu Beginn der an die Basisausbildung anschließenden praktischen Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt einen so genannten Ausbildungsplan vorzulegen, in dem der voraussichtliche zeitliche und organisatorische Ablauf der Ausbildung festgelegt ist. (TZ 27, 28)

⁵⁷ Von „Ausbildungspflicht“ spricht auch ausdrücklich Kopetzki. Siehe Kopetzki, Turnusärzte und Famulanten, 1990, S. 32 (FN 117).

⁵⁸ Wimmer, Rechtsfragen im Turnusverhältnis, 2000, S. 120

⁵⁹ So war bspw. zu gewährleisten, dass die Krankenanstalt über alle zur Erreichung des Ausbildungsziels erforderlichen fachlichen Einrichtungen und Geräte einschließlich des erforderlichen Lehr- und Untersuchungsmaterials verfügt.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

Strategische Ziele für die Ärzteausbildung

- 17.1** Vor dem Hintergrund der Ausbildungsverantwortung des Trägers analysierte der RH, ob bzw. welche strategischen Ziele die überprüften Krankenanstaltenträger⁶⁰ im Hinblick auf die Ärzteausbildung verfolgten:

AKH Wien und LKH Innsbruck

(1) Der Wiener Gemeinderat formulierte in den strategischen Zielen für den KAV das allgemeine Ziel, eine zeitgemäße berufliche Grundbildung anzubieten und die Arbeitsmarktfähigkeit der Mitarbeiter durch nachhaltige Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen zu gewährleisten.

Konkreter und ausführlicher waren die Ausbildungsziele in der TILAK-Strategie formuliert.

(2) Der Entwurf für eine Zusammenarbeitsvereinbarung⁶¹ zwischen dem AKH Wien und der MedUni Wien sah als eine Aufgabe des Management Boards⁶² im Rahmen des operativen Personalmanagements strukturelle und organisatorische Standards für die Ärztliche Ausbildung vor.

Der Zusammenarbeitsvertrag zwischen der TILAK und der MedUni Innsbruck vom März 2014 legte die gemeinsame Ausbildungsplanung als Aufgabe der mit diesem Vertrag eingerichteten MedUni Innsbruck-TILAK-Kommission fest.

⁶⁰ Träger der Wiener Städtischen Krankenanstalten und des AKH Wien war die Stadt Wien. Der organisatorische Betrieb erfolgte als Teil der Stadtverwaltung durch den KAV, einer Unternehmung ohne Rechtspersönlichkeit gemäß § 71 Wiener Stadtverfassung. Für den Betrieb des AKH Wien war innerhalb des KAV eine eigene Teilunternehmung eingerichtet.

Träger der niederösterreichischen Krankenanstalten war das Land Niederösterreich. Die zum organisatorischen Betrieb der Landeskrankenanstalten notwendigen Geschäfte führte allerdings die NÖ Landeskliniken Holding – ein Fonds öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit – auf Rechnung des Landes. Das Dienstverhältnis der Bediensteten in den Landeskrankenanstalten zum Land Niederösterreich bleibt davon unberührt.

Träger der Tiroler Landeskrankenanstalten war nach einer Ausgliederung, die vom Land Tirol nach allgemeinem Gesellschaftsrecht gegründete Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH (TILAK). Aufgrund des Dienstverhältnisses der Bediensteten in den Landeskrankenanstalten zum Land Tirol, wurde das Landespersonal der Gesellschaft zur Dienstleistung zugewiesen.

⁶¹ vom 14. Oktober 2014

⁶² Soll sich aus zwei Mitgliedern zusammensetzen, wobei ein Mitglied jedenfalls der Direktor der Teilunternehmung AKH Wien und das zweite Mitglied ein Rektoratsmitglied der MedUni Wien ist, das über entsprechende Kompetenzen im medizinisch-wissenschaftlichen Bereich und über Führungsqualifikation verfügt.

(3) Weder die Zielvereinbarungen des KAV noch jene der TILAK mit den Ärztlichen Direktoren gingen auf die Ärzteausbildung ein. In der TILAK waren allerdings solche Ziele im Zusammenhang mit der Einführung der Ärzteausbildung NEU vorgesehen.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Die NÖ Landeskliniken-Holding verfügte seit 2011 über eine jährlich fortgeschriebene Zielelandkarte u.a. mit konkreten Zielen für die Ärzteausbildung, z.B. Schaffung von mehr Ausbildungsstellen oder Forcierung des Turnusärzte-Recruitings. Diese Ziele wurden gemeinsam mit den Regionalmanagern auf die verschiedenen Regionen⁶³ und in weiterer Folge auf die einzelnen niederösterreichischen Krankenanstalten heruntergebrochen. Die Zielerreichung wurde jährlich evaluiert.

- 17.2** Der RH hielt im Hinblick auf die gesundheitspolitische Bedeutung der Ärzteausbildung ihre Verankerung in wesentlichen Grundsatzdokumenten und -vereinbarungen eines Krankenanstaltenträgers für wesentlich. Er sah daher kritisch, dass die Stadt Wien für den KAV bzw. das AKH Wien noch keine konkreten strategischen Ausbildungsziele für Turnusärzte festgelegt hatte. Weiters bemängelte der RH, dass weder der KAV noch die TILAK die Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern für die Festlegung von Ausbildungszielen genutzt hatten.

In diesem Zusammenhang sah er vor allem die Vorgangsweise der NÖ Landeskliniken-Holding positiv. Weiters anerkannte der RH die Absicht der TILAK betreffend die Thematisierung der Ärzteausbildung in künftigen Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern und empfahl deren konsequente Umsetzung. Der Stadt Wien, dem KAV bzw. der MedUni Wien empfahl der RH, entsprechend der künftigen konkreten Ausgestaltung der Leitungsstruktur im Rahmen der gemeinsamen Betriebsführung die Ärzteausbildung in Zielvereinbarungen mit der Ärztlichen Leitung vorzusehen.

Im Hinblick auf die Sondersituation an Universitätskliniken und die Bemühungen um eine engere Zusammenarbeit empfahl der RH dem AKH Wien und der MedUni Wien bzw. dem LKH Innsbruck und der MedUni Innsbruck, im Rahmen ihrer (geplanten) institutionalisierten Zusammenarbeit gemeinsam strategische Ziele für die Ärzteausbildung zu erarbeiten. Als weiterer Schritt wären diese auf die operativen Ebenen herunterzubrechen.

⁶³ NÖ Mitte, Mostviertel, Waldviertel, Weinviertel und Thermenregion

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

- 17.3** (1) Die Stadt Wien und die MedUni Wien sagten die Umsetzung der Empfehlungen zu. Der Entwurf des Zusammenarbeitsvertrags zwischen der MedUni Wien und der Teilunternehmung AKH Wien (TU-AKH Wien) im Projekt Universitätsmedizin Wien 2020 sei fertiggestellt worden. Zusätzlich seien bereits die Managementprozesse für die neue Betriebsführung zwischen MedUni Wien und TU-AKH Wien abgestimmt. In den Zielvereinbarungen mit den Organisationseinheitsleitern würden insbesondere auch Themen wie Ärzteausbildung verankert werden.

Die MedUni Wien teilte weiters mit, dass die Verantwortung für die Ärzteausbildung beim Krankenanstaltenträger, also für den Bereich des AKH Wien bei der Stadt Wien liege. Die MedUni Wien wirke als Dienstgeberin der Ärzte in Facharztausbildung an der Strukturierung und Qualitätssicherung der Facharztausbildung mit. Als wichtige gemeinsame Managementaufgabe sei u.a. die Etablierung struktureller und organisatorischer Standards für die ärztliche Ausbildung verankert, die gemeinsame strategische Ziele zur Ärzteausbildung voraussetzen würden. Die Verhandlungen über die Zielvereinbarungen mit den Organisationseinheitsleitern würden künftig von der MedUni Wien und der TU-AKH Wien gemeinsam geführt. In einem vorgezogenen Schritt habe die Ärztliche Direktion einen Entwurf für die zukünftigen Vorgaben an die Ausbildungsverantwortlichen der jeweiligen Ausbildungsstätten vorgelegt. Die Details zu diesem Entwurf würden im Rahmen einer Arbeitsgruppe gemeinsam mit den Ausbildungsverantwortlichen konkretisiert und weiterentwickelt.

(2) Laut Stellungnahme der TILAK und der MedUni Innsbruck habe sich die MedUni Innsbruck-TILAK-Kommission in ihren letzten Sitzungen nach Verkündung der neuen Ausbildungsordnung für Ärzte intensiv mit der Umsetzung dieser Verordnung befasst, insbesondere mit der Sicherstellung durchgängig strukturierter Ausbildungsprozesse. Die Berücksichtigung der Verordnung in Hinblick auf die Evaluierung der Ausbildungsstätten und die Gewährleistung der Vorgaben, wie Evaluierungsgespräche, jährliche Zeugnisse und Rasterzeugnisse, werde Eingang in die Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern finden.

Im Zuge der Implementierung der institutionalisierten Zusammenarbeit werde ein gemeinsames Konzept in Aussicht genommen.

- 17.4** Der RH nahm die von der Stadt Wien bzw. der MedUni Wien und der TILAK bzw. der MedUni Innsbruck geplanten Maßnahmen im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Ärzteausbildung zur Kenntnis. Er hob neuerlich das Erfordernis gemeinsamer strategischer Ziele für die Ärzteausbildung hervor, um eine längerfristige Planung und Steu-

erung zu ermöglichen sowie die Zielerreichung messbar zu machen; als weiterer Schritt wären diese auf die operativen Ebenen herunterzubrechen.

Gegenüber der Stadt Wien bzw. der MedUni Wien betonte der RH, dass seine Empfehlung ausdrücklich auf die Thematisierung der Ärzteausbildung in den Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern gerichtet war. Betreffend die angesprochenen Zielvereinbarungen mit den Organisationseinheitsleitern verwies der RH auf TZ 23 (Ausbildungsverantwortung der Abteilungs- bzw. Klinikleiter), worin er u.a. empfahl, die Ärzteausbildung auch in den Zielvereinbarungen mit den Ausbildungsverantwortlichen zu thematisieren.

Ausbildungsvorgaben der Krankenanstaltenträger

- 18.1** Vor dem Hintergrund der Ausbildungsverantwortung der Krankenanstaltenträger der überprüften Krankenanstalten erhob der RH auch die Ausgestaltung zentraler Ausbildungsvorgaben:

AKH Wien

Der KAV verfügte über eine Reihe von zentralen Vorgaben für die Ärzteausbildung⁶⁴; diese galten jedoch nicht für das AKH Wien, dessen Ärzte Mitarbeiter der MedUni Wien waren. Somit gab es für die Ärzteausbildung am AKH Wien keine Vorgaben seitens des Trägers.

LKH Innsbruck

(1) Am LKH Innsbruck waren – wie bereits erwähnt – sowohl Ärzte der MedUni Innsbruck als auch der TILAK beschäftigt.

(2) Wie am AKH Wien gab es auch für die Turnusärzte der MedUni Innsbruck keine schriftlichen Vorgaben des Trägers. Für die TILAK-Turnusärzte (alle TÄ/A und etwa die Hälfte der TÄ/F) regelte die TILAK hingegen insbesondere Folgendes:

- Für die TÄ/A schloss die TILAK im Jahr 2003 eine Betriebsvereinbarung mit dem Zentralbetriebsrat ab. Diese regelte vor allem, dass TÄ/A im ersten Quartal des zweiten Ausbildungsjahres dem Ausbildungsleiter mitteilen mussten, ob sie die Ambulanzzeit an der Kli-

⁶⁴ zum Beispiel Ausbildungskonzept für Innere Medizin (AP 4) aus dem Jahr 2006 und ein Logbuch für TÄ/A, verpflichtende Einführungsfortbildungen

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

nik oder in einer Lehrpraxis absolvieren werden. Die Absolvierung der Ambulanzzeit musste an einer Ambulanz eines TILAK Krankenhauses ermöglicht werden. Es war darauf zu achten, dass die Ausbildung tatsächlich in diesem Bereich und nicht etwa an einer Station erfolgte.⁶⁵ Eine Kontrolle der Umsetzung dieser Betriebsvereinbarung durch die TILAK erfolgte nicht.

- Für die TÄ/F regelte eine Betriebsvereinbarung aus dem Jahr 2008 zentrale Themen der Ärzteausbildung (bspw. generelle und individuelle Ausbildungsplanung, Aufgaben der Ausbildungsverantwortlichen in Grundzügen und Mitarbeiterbeurteilung). Der Begriff Ausbildungsplan wurde aber darin nicht definiert, weshalb Unklarheiten bezüglich der Bedeutung bestanden.

Die zur Sicherung der Ausbildungsqualität der TÄ/F im Jahr 2010 eingerichtete Ärzteausbildungskommission⁶⁶ konnte das Vorliegen eines individuellen Ausbildungsplans überprüfen. Den Protokollen der bislang vier abgehaltenen Sitzungen zufolge fand eine solche Überprüfung jedoch nie statt. Seit März 2011 wurden keine Sitzungen mehr einberufen. Zur Zeit der Gebärungsüberprüfung war laut LKH Innsbruck eine Umstrukturierung dieser Kommission geplant.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(1) Das Land Niederösterreich als Dienstgeber sah seit Mitte 2012 Stellenbeschreibungen für TÄ/A und TÄ/F vor, worin die organisatorische Eingliederung und der Aufgabenbereich festgelegt wurden.

(2) Die NÖ Landeskliniken-Holding sah nur Vorgaben für die Ausbildung der TÄ/A vor. So gab es insbesondere seit 2007 ein Logbuch⁶⁷, welches zwar an alle niederösterreichischen Krankenanstalten ausgegeben wurde, aber von diesen nicht durchgängig verwendet wurde. Die überprüften Krankenanstalten erachteten das Logbuch teilweise als zu

⁶⁵ Weiters erhielten die TÄ/A ein Merkblatt mit ihren wesentlichen organisatorischen Verpflichtungen und ein obligatorisches Fortbildungspaket beim Einführungsgespräch am AZW.

⁶⁶ Die Ärzteausbildungskommission (bestehend aus der Ärztlichen Direktion des LKH Innsbruck und Mitarbeitern der TILAK) war zuständig für die Qualitätssicherung der Facharztausbildung an allen TILAK Krankenanstalten.

⁶⁷ Als Voraussetzung für die Umsetzung des Logbuchs hat die NÖ Landeskliniken-Holding ein Tätigkeitsprofil für TÄ/A erstellt, welches regelte, wie die TÄ/A im Klinikalltag eingesetzt werden sollen, um die Ausbildungsinhalte zu erwerben. Rasterzeugnisse waren oft allgemein und unscharf formuliert. Logbücher sollten die Qualität der Ausbildung steigern, in dem sie die Ausbildungsinhalte näher definieren. Die bereits vermittelten Inhalte sollen vom Ausbildungsverantwortlichen laufend im Logbuch bestätigt werden.

umfangreich und nicht praktikabel. Mitte 2013 führte die NÖ Landeskliniken-Holding die Checkliste zur Einführung für Turnusärzte⁶⁸ als Orientierung für den ersten Monat in der Krankenanstalt ein.

Eine Kontrolle der Anwendung des Logbuchs und der Checkliste seitens der NÖ Landeskliniken-Holding fand nicht statt. Auch Evaluierungen erfolgten nicht, 2012 wurde lediglich eine Umfrage durchgeführt. Als Reaktion auf die Umfrageergebnisse wurden bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine Maßnahmen gesetzt.

- 18.2** Der RH stellte kritisch fest, dass es für die im AKH Wien und im LKH Innsbruck tätigen – bei den jeweiligen Medizinischen Universitäten angestellten – TÄ/F keine Ausbildungsvorgaben der Krankenanstaltenträger gab. Dies war aus Sicht des RH darauf zurückzuführen, dass bei Universitätskliniken die Rollen des Dienstgebers (MedUni Wien bzw. MedUni Innsbruck) und des Krankenanstaltenträgers auseinanderfielen und für diesen Sonderfall keine gesetzlichen Bestimmungen vorgesehen waren.

In jenen Fällen, in denen die TILAK bzw. die NÖ Landeskliniken-Holding Ausbildungsvorgaben normiert hatten, hielt der RH die Umsetzungs- und Kontrollmechanismen für nicht ausreichend, um die Durchführung der Vorgaben zu gewährleisten. So erfolgte etwa keine Überprüfung der Umsetzung von Betriebsvereinbarungen der TILAK betreffend Turnusärzte.

Auch die NÖ Landeskliniken-Holding überprüfte die Anwendung des Logbuchs bzw. der Checkliste nicht und führte diesbezüglich auch keine Evaluierungen durch; der RH stellte dazu kritisch fest, dass die überprüften Krankenanstalten das Logbuch nicht durchgängig verwendeten. Darüber hinaus gab es seitens der NÖ Landeskliniken-Holding keine Vorgaben für die Facharztausbildung.

Der RH empfahl daher den Krankenanstaltenträgern, entsprechende Vorkehrungen zu treffen, um die Umsetzung der bestehenden bzw. vom RH empfohlenen zentralen Ausbildungsvorgaben (z.B. TZ 25, 26) durch die Ärztlichen Leiter sowie die Abteilungs- bzw. Klinikleiter im Interesse eines durchgängig einheitlich strukturierten Ausbildungsprozesses sicherstellen zu können.

Im Fall des AKH Wien könnten entsprechende Schritte im Rahmen der ab 2015 geplanten gemeinsamen Betriebsführung mit der MedUni Wien gesetzt werden. Hinsichtlich des LKH Innsbruck könnte damit bspw. die

⁶⁸ Diese Checkliste wurde an alle neu in ein Krankenhaus der NÖ Landeskliniken-Holding eintretenden Turnusärzte ausgefolgt.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

im Rahmen des Zusammenarbeitsvertrags eingerichtete MedUni Innsbruck-TILAK-Kommission beauftragt werden. (TZ 15)

Allen überprüften Krankenanstaltenträgern empfahl der RH auch, die Zielvereinbarungen (TZ 17) mit den Ärztlichen Leitern zur Sicherstellung der Umsetzung der Ausbildungsvorgaben zu nutzen.

18.3 (1) Die Stadt Wien sagte die Umsetzung der Empfehlungen zu. Der Entwurf des Zusammenarbeitsvertrags zwischen der MedUni Wien und der TU-AKH Wien im Projekt Universitätsmedizin Wien 2020 sei fertiggestellt worden. Zusätzlich seien bereits die Managementprozesse für die neue Betriebsführung zwischen MedUni Wien und AKH Wien abgestimmt. Ein wesentlicher gemeinsamer Prozess sei die Zielvereinbarung mit den Organisationseinheitsleitern, in welcher insbesondere auch Themen wie Ärzteausbildung verankert würden.

(2) Laut Stellungnahme der TILAK und der MedUni Innsbruck habe sich die MedUni Innsbruck-TILAK-Kommission in ihren letzten Sitzungen nach Verkündung der neuen Ausbildungsordnung für Ärzte intensiv mit der Umsetzung dieser Verordnung befasst, insbesondere der Sicherstellung durchgängig strukturierter Ausbildungsprozesse. Die Berücksichtigung der Verordnung in Hinblick auf Evaluierung der Ausbildungsstätten und die Gewährleistung der Vorgaben, wie Evaluierungsgespräche, jährliche Zeugnisse und Rasterzeugnisse, werde Eingang in die Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern finden.

Zentrale Ausbildungsvorgaben – wie das Onboarding oder die Anpassung des MOVE Programms an die Anforderungen der Basisausbildung – seien verpflichtende Elemente. Die Nicht-Einhaltung müsse Konsequenzen für die Ausbildungsverantwortlichen haben.

(3) Das Land Niederösterreich kündigte an, dass die interne Revision der NÖ Landeskliniken-Holding die korrekte Handhabung der Logbücher, sowie die korrekte Durchführung und Dokumentation der Evaluierungsgespräche stichprobenartig prüfen werde, sobald die Fachgruppen/medizinischen Fachgesellschaften die dafür erforderlichen Grundlagen erarbeitet und zur Verfügung gestellt hätten.

Weiters führte das Land Niederösterreich aus, dass die in der Ziellandkarte definierten Ziele strategische Ziele der NÖ Landeskliniken-Holding für die kommenden fünf Jahre seien. Individuelle jährliche Ziele würden durch die Regionabmanager im Rahmen der Mitarbeitergespräche mit den Mitgliedern der Kollegialen Führung vereinbart. Zielvereinbarungen mit monetärer Auswirkung seien nicht flächendeckend bei allen Mitgliedern der Kollegialen Führung vorgesehen. Darü-



Organisatorische Rahmenbedingungen
der Ärzteausbildung

BMG

Ärzteausbildung

ber hinaus sei die Sicherstellung der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Sonderausbildung des ärztlichen Personals, auch in Belangen der Mitwirkung und Mitverantwortung an der gesamthaften ärztlichen, pflegerischen und wirtschaftlichen Steuerung der Krankenanstalt, als Teil der Kernaufgaben der Ärztlichen Direktoren in deren Stellenbeschreibungen festgehalten.

- 18.4** Der RH hielt gegenüber dem Land Niederösterreich fest, dass die Sicherstellung eines durchgängig einheitlich strukturierten Ausbildungsprozesses in der Verantwortung des Krankenanstaltenträgers bzw. des Ärztlichen Leiters lag, auch wenn (noch) keine weiterführenden Grundlagen vorlagen.

Weiters stellte der RH dem Land Niederösterreich gegenüber klar, dass er – unabhängig von einer monetären Auswirkung – Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern empfohlen hatte; sie stellten auch im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung ein wesentliches Instrument dar, um die Umsetzung von Trägervorgaben zu gewährleisten.

Ausbildungs-
verantwortung des
Ärztlichen Leiters

Rechtliche Rahmenbedingungen

- 19.1** (1) Der Ärztliche Leiter einer Krankenanstalt war als vom Träger bestelltes Leitungsorgan für den ärztlichen Dienst⁶⁹ verantwortlich (vgl. § 7 Abs. 1 KAKuG). Wenngleich die primäre Ausbildungsverantwortung bei den Abteilungs- bzw. Klinikleitern lag (siehe TZ 23), trafen ihn auch Pflichten in Bezug auf die Ausbildung, die in den §§ 9 und 10 ÄrzteG festgelegt waren. So war der Ärztliche Leiter z.B. für die Organisation der abteilungsübergreifenden Rotation der Turnusärzte innerhalb einer Krankenanstalt zuständig.

(2) Im neuen ÄrzteG (§ 11 Abs. 1) wurde der Ärztliche Leiter im Unterschied zu den Vorgängerregelungen nicht mehr ausdrücklich erwähnt, obwohl bspw. abteilungsübergreifenden Rotationen mit der Novelle ein höherer Stellenwert⁷⁰ eingeräumt wurde und die Qualitätserfordernisse für die Ärzteausbildung – auch vor dem Hintergrund der neu eingeführten Wieder-Anerkennung nach sieben Jahren – insgesamt erhöht wurden.

⁶⁹ zum Beispiel: Dienstenteilungen, die dienstliche Verwendung einzelner Ärzte, die Koordinierung der ärztlichen Tätigkeit; Mayer, Die Führung von Krankenanstalten, in FS Tomandl, 1998, S. 547 (550).

⁷⁰ z.B.: Teilanerkennung von Ausbildungsstätten und Pflichtrotationen in manchen Sonderfächern

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

(3) Der RH hatte in seiner Stellungnahme zum Begutachtungsentwurf kritisch darauf hingewiesen und vor dem Hintergrund der Ausbildungszuständigkeit des Ärztlichen Leiters explizite Regelungen für die mit der Ausbildung zusammenhängenden Aufgaben und Verantwortlichkeiten für zweckmäßig erachtet. Die Hinweise des RH blieben im weiteren Gesetzgebungsprozess unberücksichtigt.

- 19.2** Der RH hielt fest, dass der Ärztliche Leiter – trotz der sich im Zusammenhang mit seiner Verantwortung für den ärztlichen Dienst ergebenden Zuständigkeit für die Ärzteausbildung – im neuen ÄrzteG nicht mehr explizit genannt wurde bzw. seine entsprechenden Aufgaben und Verantwortlichkeiten nicht ausdrücklich festgelegt wurden. Der RH hielt seine diesbezüglichen Bedenken aufrecht.

Um die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten dennoch transparent zu machen und auch deren Einforderung (z.B. im Rahmen der Zielvereinbarungen) zu erleichtern empfahl der RH den Trägern der überprüften Krankenanstalten, die vom Ärztlichen Leiter in ihrem Namen wahrzunehmenden Aufgaben ausdrücklich festzulegen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass dem Ärztlichen Leiter in Zukunft bspw. aufgrund vermehrt notwendig werdender Rotationen und höherer Qualitätsvorgaben eine noch größere Bedeutung zukommen könnte.

- 19.3** (1) Die Stadt Wien sagte die Umsetzung der Empfehlung zu. Sie teilte mit, dass mit Dezember 2014 die Trennung der Ärztlichen Direktion von der Direktion der TU-AKH Wien vollzogen worden sei. Die Festlegung der Aufgaben des Ärztlichen Leiters werde bereits in Abstimmung mit den zukünftigen Leitungsgremien der neuen Betriebsführung (Managementboard) erfolgen. Die Stellenbeschreibung des Ärztlichen Leiters werde in Bezug auf die Ärzteausbildung ergänzt.

(2) Laut Stellungnahme der TILAK und der MedUni Innsbruck werde die Definition der Zuständigkeiten sowie der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der jeweiligen Beteiligten in der Ärzteausbildung (Ärztliche Direktion, Primarii, Ausbildungsverantwortliche) von einer Projektgruppe erarbeitet.

(3) Das Land Niederösterreich teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die angeführten Aufgaben des Ärztlichen Leiters im Zusammenhang mit der ärztlichen Ausbildung in den neu erstellten Stellenbeschreibungen für diese Funktion abgebildet seien und auch in die Ausschreibungen bei Neubesetzungen Ärztlicher Direktoren als wesentliche Aufgabe aufgenommen würden.

19.4 Der RH wies gegenüber der Stadt Wien, der TILAK und der Med-Uni Innsbruck sowie dem Land Niederösterreich darauf hin, dass er im Rahmen seiner Stellungnahme zum Entwurf der ÄAO 2015 auch seine Kritik an der fehlenden rechtlichen Definition der Aufgaben und Verantwortlichkeiten des Ärztlichen Leiters wiederholt hatte und seine Bedenken aufrecht hielt. Die Anregung des RH wurde in der im Mai 2015 veröffentlichten ÄAO 2015 nicht berücksichtigt.

Vorgaben der Ärztlichen Leiter der überprüften Krankenanstalten

20.1 Im Hinblick auf die gesetzlich normierte Ausbildungsverantwortung der Ärztlichen Leiter erhob der RH in den überprüften Krankenanstalten das Vorliegen entsprechender Vorgaben:⁷¹

AKH Wien

(1) Das Organisationshandbuch der Ärztlichen Direktion des AKH Wien legte fest, dass die Ausbildung von Ärzten eine der Hauptaufgaben der Krankenanstalt sei und durch Fachärzte der MedUni Wien erfolge.⁷²

(2) Die Ärztliche Direktion hatte eine Leitlinie zu den Ärzte-Ausbildungszeugnissen (Rasterzeugnissen) ausgegeben, die überwiegend die formale Überprüfung der Rasterzeugnisse regelte. Im November 2014 legte das AKH Wien den Entwurf für eine Vorgabe der Ärztlichen Direktion zu den grundlegenden Anforderungen in der Ärzteausbildung (Entwurf) vor; dieser regelte u.a. die Informations- und Dokumentationspflichten des Qualitätsbeauftragten gegenüber den TÄ/F.

LKH Innsbruck

(1) Laut Anstaltsordnung des LKH Innsbruck hatte der Ärztliche Direktor dafür zu sorgen, dass alle Ärzte sämtliche in der Ausbildungsordnung vorgeschriebene fachspezifischen Ausbildungen in der vorgesehenen Mindestzeit absolvieren können. Ihm bzw. dem von der TILAK eingerichteten AZW oblag auch die Überwachung der Ärzteausbildung.

(2) Beginnend im Jahr 2011 beauftragte die Ärztliche Direktion eine Projektgruppe (TÄ/A) bzw. die Kliniken (TÄ/F), Logbücher für die Aus-

⁷¹ In der Mehrzahl der überprüften Krankenanstalten gab es auf Ebene der Kliniken bzw. Abteilungen eine Reihe von verschiedensten Dokumenten im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung (insbesondere im AKH Wien aufgrund der Zertifizierung).

⁷² Die Anstaltsordnung enthielt keine Regelungen für die Ärzteausbildung.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

bildung zu erstellen, um mehr Transparenz in der Ausbildung sowie eine Qualitätskontrolle und -sicherung zu schaffen. Grundsätzlich galten die Logbücher für alle TÄ/A und TÄ/F. Da es aber keine Betriebsvereinbarung mit der MedUni Innsbruck gab, konnten die Logbücher von den universitätsbediensteten TÄ/F nicht eingefordert werden.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(1) In den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten enthielten die Anstaltsordnungen detailliertere Ausführungen zur Ärzteausbildung (bspw. TZ 38). Hinsichtlich des Ärztlichen Direktors war u.a. festgelegt, dass er die fachgerechte medizinische Ausbildung aller Ärzte zu gewährleisten hatte.

(2) Mit Ausnahme des LK St. Pölten/Lilienfeld, das über eine Richtlinie zur Dokumentation der Ärzteausbildung⁷³ verfügte, gab es seitens der Ärztlichen Direktionen der überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten keine zentralen Vorgaben für die Ärzteausbildung.

20.2 Der RH stellte fest, dass die Verantwortung der Ärztlichen Leiter der überprüften Krankenanstalten unterschiedlich definiert war. Im Unterschied zu den anderen überprüften Krankenanstalten verfolgte das AKH Wien grundsätzlich einen dezentralen Ansatz, was der RH vor dem Hintergrund der Ausbildungsverantwortung des Ärztlichen Leiters kritisch sah. Dies war aus seiner Sicht auf das bereits erwähnte Auseinanderfallen von Krankenanstaltenträger und Dienstgeberschaft zurückzuführen. Im Interesse einer einheitlich strukturierten Ausbildung wertete der RH die aktuellen Bemühungen positiv.

Was die anderen überprüften Krankenanstalten in Tirol und Niederösterreich anbelangt, hielt der RH die getroffenen Maßnahmen für nicht ausreichend, um die Wahrnehmung der auch in den Anstaltsordnungen festgelegten Ausbildungsverantwortung der Ärztlichen Leiter sicherzustellen. So verfügten etwa – mit Ausnahme des Standorts St. Pölten – weder das LKH Innsbruck noch das LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl bzw. der Standort Lilienfeld über eine Richtlinie betreffend die Vorgangsweise bei den Rasterzeugnissen (siehe dazu TZ 38).

Nach Auffassung des RH waren einheitliche Vorgaben des Ärztlichen Leiters erforderlich, um einen durchgängig strukturierten Ausbildungsprozess sicherzustellen. Er verwies daher in diesem Zusammenhang

⁷³ Die Richtlinie Ausfüllhilfe für die Rasterzeugniserstellung vom März 2014 wurde erstmalig im Juni 2013 erstellt und galt vorerst nur für den Standort St. Pölten. Geplant war, diese in Zukunft auch am Standort Lilienfeld anzuwenden.

auf seine Empfehlungen betreffend Zielvereinbarungen (TZ 17) und Aufgabenfestlegung (TZ 19).

Der RH identifizierte im Rahmen der Gebarungsüberprüfung einerseits eine Reihe von zweckmäßigen Vorgaben durch den Ärztlichen Leiter bzw. andererseits einen Optimierungsbedarf bezüglich bestehender Vorgaben (siehe z.B. TZ 25, 26).

- 20.3** *Die Stadt Wien wies darauf hin, dass im Entwurf der Zusammenarbeitsvereinbarung zwischen MedUni Wien und TU-AKH Wien das Leitungsmanagement des Managementboards festgelegt sei. Eine Aufgabe dieses Gremiums sei die Sicherstellung der Ärzteausbildung, deren Umsetzung im Rahmen von elf Arbeitspaketen in den nächsten Jahren erfolgen solle.*

Die Stadt Wien und die MedUni Wien teilten weiters mit, dass die Ärztliche Direktion bereits einen Entwurf für die zukünftigen Vorgaben an die Ausbildungsverantwortlichen der jeweiligen Ausbildungsstätten vorgelegt habe. Die Details zu diesem Entwurf würden in Abstimmung und in der fortlaufenden Nachjustierung gemeinsam mit dem Rektorat, dem Betriebsrat der MedUni Wien und den Ausbildungsverantwortlichen weiterentwickelt.

Organisation der
Ausbildung – zentrale
Einrichtungen

- 21.1** Die überprüften Krankenanstalten trafen folgende organisatorische Maßnahmen für die Ärzteausbildung:

AKH Wien

(1) Im KAV gab es zwar einen Weiterbildungsbeauftragten und eine zentrale Anlaufstelle⁷⁴ für die TÄ/A in den städtischen Krankenanstalten⁷⁵, dies betraf aber nicht die im AKH Wien tätigen TÄ/F, die Dienstnehmer der MedUni Wien waren.

(2) Im AKH Wien selbst nahm die Abteilung Medizinischer Betrieb als Assistenz des Ärztlichen Direktors Angelegenheiten der Ärzteausbildung – wie u.a. die Bearbeitung von Ansuchen betreffend die Anerkennung von Ausbildungsstätten oder die Plausibilitätsprüfung von Rasterzeugnissen – wahr.

⁷⁴ Geschäftsbereich Medizinmanagement und Sofortmaßnahmen

⁷⁵ Die Absolvierung bestimmter Einführungsfortbildungen war für alle neuen Ärzte in diesen Krankenanstalten verpflichtend; die Kontrolle erfolgte mittels Bestätigung auf einer Checkliste, die an den Weiterbildungsbeauftragten zu übermitteln war.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

LKH Innsbruck

(1) Die TILAK als Rechtsträgerin des LKH Innsbruck verfügte bereits seit dem Jahr 1992 mit dem Fachbereich Medizin⁷⁶ am AZW über eine zentrale Koordinationsstelle⁷⁷ für TÄ/A, die beim Land Tirol bzw. der TILAK beschäftigt waren. Diese betreute die TÄ/A von der Bewerbung bis zum Abschluss der Ausbildung (inklusive Fortbildungsveranstaltungen).⁷⁸

Für TILAK-TÄ/F für Innere Medizin erfolgte nur die Koordination der – zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch bestehenden – Nebenfachzeiten und Nebenfächer⁷⁹ durch das AZW gemeinsam mit den geschäftsführenden Oberärzten des Departments Innere Medizin des LKH Innsbruck. Für bei der MedUni Innsbruck beschäftigte TÄ/F übernahm die Personalabteilung der MedUni Innsbruck⁸⁰ die Nebenfachkoordination. Die Rotationsplanung nahmen die geschäftsführenden Oberärzte des Departments Innere Medizin des LKH Innsbruck wahr.

Das AZW vermittelte auch die Nebenfachausbildung der TÄ/F für die peripheren Krankenanstalten Tirols und koordinierte die Rotationen dieser Ärzte. Seit dem Jahr 2012 bot das AZW auch die Organisation der Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Medizinische Psychotherapie in Kooperation mit der MedUni Innsbruck und der TILAK an. Eine Ausweitung auf andere medizinische Fachgebiete war angedacht.

(2) Im LKH Innsbruck nahm vor allem die Ärztliche Direktion eine Reihe von Aufgaben im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung wahr (Administration der Rasterzeugnisse, Abstimmung von Fortbildungsprogrammen, Durchführung von Evaluierungen etc.).

⁷⁶ Zentrum für ärztliche Aus-Weiter-Fortbildung

⁷⁷ Ziel war, den TÄ/A einen fixen Ansprechpartner zu gewährleisten (Mentorenmodell 1992); siehe auch Betriebsvereinbarung für Turnusärzte in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin, abgeschlossen zwischen der TILAK und dem Zentralbetriebsrat: Ausbildungsleiter ist der Leiter des AZW

⁷⁸ Turnus-Einführungsgespräch, jährliches Turnus-Mitarbeiter-Gespräch (auch Zwischengespräch) und Turnus-Mitarbeiter-Abschlussgespräch

⁷⁹ „Pflichtnebenfächer“ (Gegenfächer) waren in der fachärztlichen Ausbildung jene Sonderfächer, die neben dem Hauptfach verpflichtend zu absolvieren waren (z.B. für das Hauptfach Chirurgie sechs Monate Innere Medizin, sechs Monate Unfallchirurgie und drei Monate Anästhesiologie und Intensivmedizin).

„Wahlnebenfächer“ waren in der fachärztlichen Ausbildung jene Sonderfächer oder bestimmte Teile derselben, die neben dem Hauptfach und den Pflichtnebenfächern wahlweise zu absolvieren waren.

⁸⁰ Wenn TÄ/F sich nicht selbst bei der Personalabteilung mit ihren Wünschen meldeten, wurden sie nach drei bis vier Jahren – je nach Hauptfach – von der Personalabteilung erinnert, sich eine entsprechende Nebenfachklinik zu wählen und dies ihrer Stammklinik bekannt zu geben.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(1) In der NÖ Landeskliniken-Holding nahm die Abteilung für Medizinische und Pflegerische Angelegenheiten als zentrale Anlaufstelle u.a. die Umsetzung von Vorgaben und Richtlinien der Geschäftsführung sowie die Organisation von Workshops für die TÄ/A wahr.

(2) An den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten waren als zentrale Stellen vor allem die Personalabteilungen mit der Administration der Rasterzeugnisse befasst.

21.2 Der RH stellte fest, dass die Krankenanstaltenträger bzw. die überprüften Krankenanstalten die zentrale Organisation der Ausbildung unterschiedlich handhabten.

(1) Positiv bewertete der RH, dass für das LKH Innsbruck das AZW als zentrale Koordinationsstelle bereits seit über 20 Jahren die Belange der TÄ/A umfassend wahrnahm. Demgegenüber setzte die NÖ Landeskliniken-Holding zwar organisatorische Maßnahmen, betreute aber die TÄ/A nicht individuell.

(2) Was die TÄ/F betraf waren ebenfalls die Tätigkeiten des AZW positiv zu werten; sie zeigten auch die Möglichkeit einer Zusammenarbeit mit der MedUni Innsbruck als Dienstgeberin etwa der Hälfte der TÄ/F auf. Der KAV und die NÖ Landeskliniken-Holding trafen keine (organisatorischen) Ausbildungs-Maßnahmen für TÄ/F an den überprüften Krankenanstalten.

Auf Ebene der überprüften Krankenanstalten hob der RH die Betrauung der Abteilung Medizinischer Betrieb am AKH Wien mit konkreten Aufgaben der Ärzteausbildung positiv hervor.

Zur Gewährleistung eines möglichst reibungslosen Ausbildungsverlaufs hielt es der RH auch für wesentlich, organisatorisch optimal Vor-sorge zu treffen. Er empfahl daher Folgendes:

AKH Wien und LKH Innsbruck

Vor der Hintergrund der geplanten gemeinsamen Betriebsführung empfahl der RH dem AKH Wien und der MedUni Wien, auch gemeinsame organisatorische Maßnahmen zu prüfen, um u.a. die vom RH empfohlenen zentralen Vorgaben (z.B. TZ 25, 26) schaffen bzw. deren Umsetzung sicherstellen und die TÄ/F dementsprechend stärker unterstützen zu können (etwa im Rahmen der Ausbildungsplanung).

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

Der TILAK empfahl der RH, eine Ausweitung der Zuständigkeiten des AZW auf zusätzliche Bereiche der Facharztausbildung zu prüfen.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Dem Land Niederösterreich bzw. der NÖ Landeskliniken-Holding empfahl der RH im Hinblick auf die mit der Ärzteausbildung NEU verbundenen größeren Herausforderungen gerade für TÄ/A (z.B. mehr Rotationen aufgrund von mehr Teilanerkennungen etc.) verstärkte individuelle Unterstützungs-, Koordinations- und Kontrollmaßnahmen.

21.3 *(1) Die Stadt Wien und die MedUni Wien sagten die Umsetzung der Empfehlung zu. Im Rahmen der seit Anfang Dezember 2014 begonnenen regelmäßig stattfindenden gemeinsamen Sitzungen zum Thema Ärzteausbildung wurden gemeinsame organisatorische Maßnahmen festgelegt und dem Rektor sowie dem Direktor der TU-AKH Wien zur Freigabe vorgelegt.*

Die MedUni Wien teilte ergänzend mit, dass geplant sei, bei der Ärztlichen Direktion eine Stelle zur Koordinierung und Supervision der Ärzteausbildung zu etablieren.

(2) Das Land Niederösterreich verwies auf seine Stellungnahme zu Abteilungs- bzw. krankenanstaltenüberschreitende Rotation, Ausbildungsplan (siehe TZ 28), wonach u.a. geplant sei, ab Sommer 2015 regionale und überregionale Rotationen, abgestimmt auf die zu absolvierenden Rasterzeugnisinhalte und die genehmigten Ausbildungsmodule zu entwickeln.

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Ausgangslage und Allgemeines

- 22** *(1) Auf der Ebene der Abteilungen bzw. Kliniken überprüfte der RH die Ausbildungspraxis in den vier Krankenanstalten insbesondere am Beispiel des Fachbereichs Innere Medizin. Dies insbesondere deshalb, weil*
- es Organisationseinheiten (Universitätskliniken, Abteilungen etc.) für Innere Medizin in allen überprüften Krankenanstalten gab und*
 - die TÄ/A nach der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch geltenden Rechtslage zwölf Monate in der Inneren Medizin zu absolvieren hatten, weshalb – gegenüber den anderen zu absolvierenden*

Fachbereichen – die in diesem Fachbereich vorgesehene allgemeinmedizinische Ausbildung am längsten war.

Die Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin dauerte mindestens sechs Jahre, eine verpflichtende Absolvierung von Nebenfächern war nicht vorgesehen.

(2) Die folgende Tabelle vermittelt einen Überblick über die Organisation und Anzahl der beschäftigten Ärzte in der Inneren Medizin der überprüften Krankenanstalten:

Tabelle 8: Organisation und Besetzung der Inneren Medizin ¹			
	Organisationseinheiten	Fachärzte	TÄ/F ²
	Anzahl	in VZÄ	
AKH Wien	3 Universitätskliniken mit 11 Abteilungen	164,6	89,8
LKH Innsbruck	1 Department mit 6 Universitätskliniken	68,8	48,8
LK St. Pölten/Lilienfeld	4 Abteilungen	61,6	23,9
davon			
Standort St. Pölten	3 Abteilungen	55,3	20,9
Standort Lilienfeld	1 Abteilung	6,3	3,0
LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl	3 Abteilungen	21,5	15,0
davon			
Standort Gmünd	1 Abteilung	5,0	3,0
Standort Waidhofen	1 Abteilung	9,0	6,0
Standort Zwettl	1 Abteilung	7,5	6,0

¹ zum 30. Juni 2014

² Turnusärzte in Facharztausbildung; Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung waren der Krankenanstalt zugewiesen und nicht bestimmten Organisationseinheiten.

Quellen:Angaben und Homepages der überprüften Krankenanstalten

Die Tabelle verdeutlicht die unterschiedlichen Dimensionen der überprüften Krankenanstalten: Das AKH Wien und das LKH Innsbruck beschäftigten rund drei Viertel der Fachärzte bzw. der TÄ/F im Bereich Innere Medizin der überprüften Krankenanstalten⁸¹.

⁸¹ Insgesamt beschäftigten die überprüften Krankenanstalten 316,5 Fachärzte und 177,5 TÄ/F an der Inneren Medizin.

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Ausbildungsverantwortung der Abteilungs- bzw. Klinikleiter

23.1 (1) In der Praxis trugen die Abteilungsleiter (Primärärzte) die größte Ausbildungsverantwortung. Sie waren gemäß ÄrzteG 1998 für ihren Bereich verpflichtet, den Turnusärzten die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten in unselbstständiger Ausübung der ärztlichen Tätigkeit, also unter Anleitung und Aufsicht, zu vermitteln; im ÄrzteG 1998 wurden sie deshalb als Ausbildungsverantwortliche bezeichnet.

Die Ausbildungsverantwortlichen hatten den Turnusärzten die persönliche Mitarbeit zu ermöglichen, ihnen Mitverantwortung einzuräumen und den Erwerb von theoretischen Kenntnissen und praktischen Fertigkeiten laufend zu überprüfen. Sie hatten auch zu beurteilen, inwieweit die Ausbildung tatsächlich erfolgreich vermittelt worden war und zu entscheiden, ob bspw. bestimmte Inhalte wiederholt werden mussten.

(2) Im Entwurf zur ÄrzteG-Novelle wurde klargestellt, dass der „Leiter der Ausbildungsstätte“⁸² der Ausbildungsverantwortliche war. In seiner Stellungnahme im Begutachtungsverfahren regte der RH insbesondere aus Qualitätssicherungsgründen eine genauere Definition der Aufgaben des Ausbildungsverantwortlichen an. Das neue ÄrzteG enthielt eine solche jedoch weiterhin nicht.

(3) In den überprüften Krankenanstalten stellte der RH Folgendes fest:

AKH Wien

Gemäß Organisationsplan⁸³ der MedUni Wien bestanden im AKH Wien drei Universitätskliniken für Innere Medizin, die in elf klinische Abteilungen gegliedert waren. Die Universitätskliniken waren gleichzeitig Abteilungen⁸⁴ der Krankenanstalt; daher waren die Ausbildungsverantwortlichen die Vorstände der einzelnen Universitätskliniken.

⁸² Je nach Anerkennung durch die ÖÄK konnte dies eine Abteilung, eine Universitätsklinik oder sonstige Organisationseinheit sein. Für Universitätskliniken bedarf es dadurch nunmehr keiner speziellen „Interpretation“.

⁸³ Das Universitätsgesetz 2002 normierte, dass der klinische Bereich einer medizinischen Universität jene Einrichtungen umfasste, die funktionell gleichzeitig Organisationseinheiten einer öffentlichen Krankenanstalt waren. Diese Organisationseinheiten, die im Rahmen einer Krankenanstalt auch ärztliche Leistungen unmittelbar am Menschen erbringen, führten die Bezeichnung „Universitätsklinik“ und konnten in „klinische Abteilungen“ gegliedert werden. Für die Einrichtung dieser Organisationseinheiten (Departments, Fakultäten, Institute oder andere Organisationseinheiten) war ein Organisationsplan im Einvernehmen mit den Trägern der Krankenanstalt zu erstellen. Hier relevant: § 7 Abs. 2 und 3 Organisationsplan, herausgegeben im Mitteilungsblatt der MedUni Wien, Studienjahr 2012/2013, 33. Stück; Nr. 50

⁸⁴ § 43 KAKuG