



Der
Rechnungshof

Unabhängig. Objektiv. Wirksam.

Präsidium des Nationalrates
Parlamentsgebäude
1017 Wien

Dampfschiffstraße 2
A-1031 Wien
Postfach 240

Tel. + (1) 711 71 - 0
Tel. + (1) 711 94 - 25
office@rechnungshof.gv.at

Wien, 25. August 2014
GZ 300.479/010-2B1/14

Ärztegesetz-Novelle

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Beilage übermittelt der Rechnungshof eine Ausfertigung seiner Stellungnahme zum gegenständlichen Entwurf.

Mit freundlichen Grüßen

Der Präsident:
Dr. Josef Moser

F.d.R.d.A.:

1 Beilage



Der
Rechnungshof

Unabhängig. Objektiv. Wirksam.



Bundesministerium für Gesundheit
Radetzkystraße 2
1031 Wien

Dampfschiffstraße 2
A-1031 Wien
Postfach 240

Tel. + (1) 711 71 - 0
Tel. + (1) 711 94 - 25
office@rechnungshof.gv.at

Wien, 25. August 2014
GZ 300.479/010-2B1/14

Ärztegesetz-Novelle

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Rechnungshof (RH) dankt für den mit Schreiben vom 25. Juli 2014, GZ. BMG-92101/0008-II/A/3/2014, übermittelten, in Betreff genannten Entwurf und nimmt im Rahmen des Begutachtungsverfahrens aus der Sicht der Rechnungs- und Geburungskontrolle wie folgt Stellung:

1. Allgemein

Mit dem vorliegenden Entwurf soll das Ziel verfolgt werden, die postpromotionelle Ärzteausbildung umfassend im Sinne einer modernen und qualitätsgesicherten Ausbildung zu erneuern, um den zeitgemäßen umfangreichen Anforderungen des heutigen Stands der Wissenschaft und dem Bedarf an bestmöglicher Patientenversorgung zu berücksichtigen.

Der RH begrüßt diese Ziele grundsätzlich, merkt allerdings an, dass als konkrete Entscheidungsgrundlage für diese umfassende und gesundheitspolitisch wesentliche Neugestaltung zwar die Vorschläge der beim Bundesministerium für Gesundheit eingerichteten Ausbildungskommission¹ genannt werden, die wesentlichen Elemente dieser Vorschläge jedoch nicht näher ausgeführt werden. Daher wird aus Sicht des RH nicht nachvollziehbar dargelegt, auf welchen Grundlagen die Neugestaltung basiert und warum gerade die im Entwurf enthaltenen Maßnahmen eine moderne und bedarfsgerechte Ärzteausbildung auch vor dem Hintergrund der Etablierung des Primary Health Care Modells sicherstellen können.

¹ gemäß Artikel 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

Eine solche umfassende Neugestaltung der Ärzteausbildung bedarf einer angemessenen Vorbereitung, zahlreiche diesbezügliche Herausforderungen werden im Entwurf jedoch nicht ausreichend thematisiert.

Beispielsweise ist auf die Neudefinition der Ausbildungsstätte für die Ärzteausbildung, insbesondere aber die Festlegung neuer Anerkennungsvoraussetzungen und die damit verbundenen zahlreichen Anerkennungsverfahren für Lehrpraxen und Ausbildungsstätten (derzeit deutlich über 1.000 Ausbildungsstätten) hinzuweisen. So sollen diese Verfahren laut Entwurf zwischen dem Inkrafttreten der neuen Regelungen am 1. Jänner 2015 und dem für den Beginn der neuen Ausbildung vorgesehenen 1. Juli 2015 von der dafür zuständigen Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) gleichzeitig abgewickelt werden. Wie diese den damit verbundenen Verwaltungsaufwand in derart kurzer Frist bewältigen soll, lässt der Entwurf offen. Aus Sicht des RH besteht das Risiko, dass die Anerkennungsverfahren unter diesem Zeitdruck auf eine schnelle Prüfung formaler Kriterien reduziert werden, v.a. wenn die Erläuterungen an anderer Stelle von einer durchschnittlichen Bearbeitungsdauer eines Antrages von sechs Monaten sprechen.

Auch für die Ausbildungsstätten selbst ist im Hinblick auf die erforderlichen organisatorischen und inhaltlichen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Neugestaltung der Ärzteausbildung ein hoher Zeitdruck zu erwarten. Diesbezüglich ist auch festzuhalten, dass eine rechtzeitige Vorbereitung der Anerkennungsanträge auf Seiten der Träger der Ausbildungsstätten nur dann möglich sein wird, wenn die dafür notwendigen Verordnungen des BMG (§ 24) und der ÖÄK² so rasch wie möglich erlassen werden.

Weiters werden zahlreiche Fragen, die sich im Zusammenhang mit dem Übergang von einem alten zu einem neuen Ausbildungssystem ergeben (z.B. parallele Ausbildung oder Wechsel zwischen den beiden Systemen) weder ausdrücklich geregelt noch in den erläuternden Bemerkungen angesprochen. Auch werden etwa in der Übergangsphase möglicherweise entstehende Engpässe an Ausbildungsplätzen und damit verbundene Steh- oder Wartezeiten z.B. im Zusammenhang mit der verpflichtenden Lehrpraxis oder den aufeinander aufbauenden Ausbildungsteilen (z.B. für Fachärzte: Basisausbildung, Sonderfach-Grundausbildung und Sonderfach-Schwerpunktausbildung) nicht thematisiert.

Vor diesem Hintergrund ist daher aus der Sicht des RH darauf hinzuweisen, dass neben dem „*notwendigen Übergangsrecht im Zusammenhang mit der Anerkennung von Ausbildungsstätten*“ auch weitere wesentliche Teile der inhaltlichen Neugestaltung der

² Verordnung über die erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin und zum Facharzt

Ärzteausbildung in Zukunft gemäß § 24 in der Verordnung des BMG geregelt werden sollen und damit dem parlamentarischen Prozess entzogen werden; dies betrifft vor allem die abschließende Festlegung der einzelnen Fachgebiete, in denen die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin erfolgen soll oder die konkrete Ausgestaltung der neunmonatigen Basisausbildung. Da der Entwurf somit selbst grundsätzliche Inhalte der Neuregelung der Ärzteausbildung nicht enthält, sondern diese der Ausgestaltung der Verordnung überlässt, kann der Entwurf aus der Sicht der Rechnungs- und Geburungskontrolle nicht abschließend beurteilt werden.

Was die „technisch-inhaltliche“ Ausgestaltung anbelangt, lassen der Entwurf bzw. die erläuternden Bemerkungen viele Fragen offen. So werden bspw. die sachlichen Gründe für zahlreiche Neuregelungen (z.B. Basisausbildung ohne Qualitätssicherung, Wegfall der neunmonatigen Basisausbildung bei manchen – nicht genannten – Sonderfächern oder unterschiedliche Wochendienstzeiten in Krankenanstalten und Lehrpraxen) nicht näher erläutert (siehe dazu auch Pkt. 3.).

Vor dem Hintergrund der umfassenden Neugestaltung der Ärzteausbildung ist letztlich für den RH schließlich nicht nachvollziehbar, warum nur die verpflichtende Absolvierung eines Teils der Ausbildung in Lehr(gruppen)praxen evaluiert werden soll (§ 235 Abs. 9 des Entwurfes), nicht aber die Auswirkungen der gesamten Neuerungen der Ärzte-Ausbildung. Diesbezüglich wird auch auf die im Vorblatt angesprochene Interne Evaluierung im Jahr 2020 hingewiesen. Aus Sicht des RH sind die beiden darin festgelegten „Indikatoren“ (Änderung der Anzahl der Ausbildungseinrichtungen und der Ausbildungärzte) jedenfalls nicht ausreichend, um die Erreichung der gesetzten Ziele feststellen zu können.

2. Zu den einzelnen Bestimmungen des Entwurfes

2.1 Zu § 7 des Entwurfes – Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin

Der Entwurf sieht eine Neufassung des § 7 ÄrzteG 1998 vor, der Art und Umfang der postpromotionellen Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin regelt. Kernstücke der Neufassung sind die Teilung der Ausbildung in eine mindestens neunmonatige Basisausbildung und die darauf aufbauende praktische Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin sowie die Einführung einer verpflichtenden Ausbildung in einer Lehrpraxis im niedergelassenen Bereich.

Für den RH ist die angestrebte Verbesserung der Qualität der allgemeinmedizinischen Ausbildung allein durch die vorgesehene stufenweise Verlängerung von derzeit mindestens 36 Monaten auf langfristig mindestens 48 Monate nicht nachvollziehbar

dargestellt. Dies insbesondere deshalb, als die konkrete Ausgestaltung der Inhalte dieser allgemeinmedizinischen Ausbildung nicht im Entwurf selbst, sondern erst in der Verordnung des BMG gemäß § 24 erfolgen soll.

Darüber hinaus stellt 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.

Bezüglich der neunmonatigen Basisausbildung sprechen die Materialien auch vom Ziel der Befähigung, die 15 häufigsten Krankheiten diagnostizieren und einer weiteren Behandlung zuführen zu können. Diese Krankheiten werden allerdings nicht konkret ausgeführt, beispielhaft genannt werden lediglich Herz-Kreislauferkrankungen, Depressionsstörungen, cerebrovasculäre Erkrankungen, Alzheimer/Demenz und Diabetes.

Zu § 7 Abs. 4 des Entwurfes, der die verpflichtende Absolvierung eines Teils der Ausbildung in einer Lehrpraxis vorsieht, merkt der RH Folgendes an:

- Die Absolvierung der Lehrpraxis soll gemäß dem Wortlaut („Zuletzt“) der Bestimmung sowie den Erläuterungen zufolge nur am Ende der Ausbildung möglich sein. Da die Gründe für diese zeitliche Festlegung nicht ausreichend dargelegt werden, könnte eine flexiblere Regelung – sofern eine solche aus fachlicher Sicht vertretbar ist – zweckmäßig sein.
- Ziel der vorgesehenen Lehrpraxis ist laut Vorblatt u.a., einen Einblick in die gelebte Praxis der niedergelassenen Ärzte zu bieten.

Im Rahmen der stufenweisen Verlängerung der sechsmonatigen Lehrpraxis um zweimal drei Monate (zuerst nach sieben Jahren nach Inkrafttreten und dann nach weiteren fünf Jahren – siehe § 235 Abs. 8 des Entwurfes) kann ein Teil der über die ursprünglich verpflichtenden sechs Monate hinausgehenden Zeit jedoch wieder in Krankenanstalten (Ambulanzen und Lehrambulatorien) absolviert werden. Damit wird das auch in den Erläuterungen genannte grundsätzliche Ziel der Lehrpraxis wieder abgeschwächt.

- Obwohl der Entwurf nunmehr eine verpflichtende Absolvierung der Lehrpraxis vorsieht, regelt er nicht die Umsetzung dieser Verpflichtung, sondern überantwortet die Organisation und Durchführung ohne weitere Vorgaben der ÖÄK gemeinsam mit der Ausbildungskommission.

- Darüber hinaus trifft der Entwurf keine Regelung betreffend die Finanzierung der Lehrpraxis. Der RH verweist in diesem Zusammenhang auf das Pilotprojekt in Vorarlberg, dass eine Regelung über die Teilung der Kostentragung dieser Lehrpraxis zwischen den Beteiligten (etwa Land, Bund, Sozialversicherungsträger und Lehrpraxisinhaber) getroffen hat.

2.2 Zu den §§ 9 und 10 des Entwurfes – Ausbildungsstätten

Die zit. Bestimmungen regeln die Anerkennung von Ausbildungsstätten für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin bzw. zum Facharzt.

Zu § 9 Abs. 1 und § 10 Abs. 1 des Entwurfes wäre anzumerken, dass – im Unterschied zur weiteren Ausbildung zum Allgemeinmediziner bzw. zum Facharzt – für die in den ersten neun Monaten stattfindende Basisausbildung kein Anerkennungsverfahren und damit auch kein „Rezertifizierungsverfahren“ (siehe § 9 Abs. 5 bzw. § 10 Abs. 8 des Entwurfes, worin die Anerkennung auf sieben Jahre befristet wird) vorgesehen ist. Aus Sicht des RH wäre es jedenfalls erforderlich, unabhängig von der ex-lege Anerkennung als Ausbildungsstätte auch hinsichtlich der Basisausbildung hinreichende Vorgaben zur Sicherstellung der zu erreichenden Ausbildungsqualität vorzusehen.

Zu den für die Ausbildungsstätten zum Allgemeinmediziner bzw. Facharzt vorgesehenen konkreten Anerkennungserfordernissen ist Folgendes anzumerken:

- Das neue mit § 9 Abs. 3 Z 5 und § 10 Abs. 3 Z 5 des Entwurfes eingeführte Anerkennungserfordernis der Wahrnehmung des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs³ durch den diplomierten Pflegedienst ist aus Sicht des RH im Interesse der Ausbildungsqualität positiv zu beurteilen.
- Das Erfordernis eines schriftlichen Ausbildungskonzepts in § 9 Abs. 3 Z 6 und § 10 Abs. 3 Z 6 des Entwurfes sieht der RH im Interesse der Ausbildungsqualität ebenfalls positiv. Ergänzend wären jedoch zu definieren, was ein Ausbildungskonzept konkret beinhalten soll und eine Abgrenzung zum Ausbildungsplan (§ 11 Abs. 2 des Entwurfes) und zum Ausbildungsbuch (siehe § 26 Abs. 3 ÄrzteG 1998) vorzunehmen. Weiters sollte das Ausbildungskonzept die Vermittlung der Lerninhalte eher festlegen, als dokumentieren.

In diesem Zusammenhang ist aus Sicht des RH auch der Ausbildungsplan positiv zu beurteilen, eine konkrete Definition seiner Inhalte sollte jedoch erfolgen. So sprechen etwa die erläuternden Bemerkungen von einem Ausbildungsplan über die

³ vgl. § 15 Abs. 5 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz



gesamte Dauer der Ausbildung, lassen aber offen, was damit konkret gemeint ist. Auch ob die (verpflichtende) Lehrpraxis ebenfalls vom Ausbildungsplan umfasst sein soll, ist unklar.

- Ergänzend weist der RH darauf hin, dass Träger, die bestimmte ausbildungsrelevante Fachbereiche nicht vorhalten bzw. von Ausbildungsstätten, die nur eine Teilanerkennung besitzen, aus Sicht des RH einen solchen Ausbildungsplan für die gesamte Ausbildungszeit nur dann vorlegen könnten, wenn zuvor sämtliche Rotationen organisiert und geregelt sind; das gilt auch für die geplanten Pflichtrotationen. Vor diesem Hintergrund wäre es aus Sicht des RH zweckmäßig, das Vorliegen eines Rotationskonzepts als Anerkennungsvoraussetzung zu definieren.

Auch § 10 Abs. 5 des Entwurfes lässt bestimmte Unklarheiten erkennen. So geht weder aus dem Entwurf noch aus den erläuternden Bemerkungen hervor,

- wie viele Facharzt-VZÄ konkret pro Ausbildungsstelle vorhanden sein müssen und
- ob „*der mit der unmittelbaren Anleitung und Aufsicht der Turnusärzte betraute Facharzt*“ mit dem in § 11 Abs. 4 des Entwurfes genannten Facharzt gleichzusetzen ist. Warum der im derzeit gültigen § 10 Abs. 4 enthaltene Verweis auf § 10 Abs. 2 Z 2 zweiter Halbsatz (im vorliegenden Entwurf § 10 Abs. 3 Z 1 letzter Halbsatz) entfallen soll, wird nicht erläutert.

Zur Sicherung der Ausbildungsqualität sollte die „Kann-Bestimmung“ in § 10 Abs. 6 letzter Satz des Entwurfes überdacht werden und die erforderlichen Begleitmaßnahmen jedenfalls festgelegt werden.

Positiv ist aus der Sicht des RH im Sinne der Qualitätssicherung die mit den neuen § 9 Abs. 5 und § 10 Abs. 8 eingeführte Befristung der Anerkennung als Ausbildungsstätte zu beurteilen.

Zu den § 9 Abs. 7 und § 10 Abs. 9 des Entwurfes ist hingegen kritisch anzumerken, dass daraus nicht hervorgeht, wie die ÖÄK von den zu einer Zurücknahme oder Einschränkung führenden Umständen erfahren soll. § 11 Abs. 6 sieht zwar eine Pflicht des Trägers der Ausbildungsstätte vor, den Wegfall von Anerkennungsvoraussetzungen bekanntzugeben, eine Verletzung dieser Pflicht bleibt laut vorliegendem Entwurf aber ohne Sanktionen.

2.3 Zu § 11 des Entwurfes – Wahrung der Ausbildungsqualität

In § 11 Abs. 1 des Entwurfes wird im Unterschied zu den Vorgängerregelungen (§ 9 und § 10 ÄrzteG 1998) der Ärztliche Direktor nicht mehr ausdrücklich erwähnt. Da für den ärztlichen Dienst einer Krankenanstalt deren ärztlicher Leiter (als vom Träger bestelltes Leitungsorgan) verantwortlich (vgl. § 7 Abs. 1 KAKuG), und damit auch für die Organisation der Ausbildung zuständig ist, wären aus Sicht des RH die diesbezüglichen Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Zusammenhang mit der Ausbildung klar festzulegen. Dies vor dem Hintergrund, dass in Zukunft bspw. vermehrt Teilanerkennungen von Ausbildungsstätten ausgesprochen werden könnten und in manchen Sonderfächern Pflichtrotationen vorgesehen werden können und damit dem Ärztlichen Direktor eine noch größere Bedeutung zukommen wird.

Die in § 11 Abs. 3 des Entwurfes genannten Rollen und Aufgaben der Leiter der Ausbildungsstätte und der Leiter der Abteilung oder Organisationseinheit für die Basisausbildung sollten – abgesehen von der Lernfortschrittskontrolle – aus Gründen der Qualitätssicherung ebenfalls genauer definiert bzw. in den Erläuterungen näher ausgeführt werden.

Mit § 11 Abs. 8 dritter Satz des Entwurfes wird beabsichtigt, die bisherige Regelung, wonach 25 von 35 Wochenarbeitsstunden in der Zeit zwischen 8:00 Uhr und 13:00 Uhr zu absolvieren sind, zugunsten der Möglichkeit einer besseren Einteilung der Ausbildungszeiten entfallen zu lassen. Vor dem Hintergrund der Prüfungserfahrung des RH gewährleistet der im Entwurf vorgeschlagene Wortlaut dies allerdings nicht, weil der überwiegende Teil des fachärztlichen Personals in Krankenanstalten in der Regel eben nur bis zum frühen Nachmittag anwesend ist. Daher wäre eine umfassende Neukonzeption der Regelung zu prüfen, um das Ziel einer flexibleren Einteilung der Ausbildungszeiten zu erreichen.

2.4 Zu § 11a des Entwurfes – Spezialisierung

§ 11a des Entwurfes soll bei gleichzeitigem Entfall der vormaligen Additivfächer eine über die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt eines Sonderfaches hinausgehende Vertiefung ermöglichen.

Der RH weist darauf hin, dass Näheres über Dauer, Inhalt und Organisation der Spezialisierungen von der ÖÄK durch Verordnung im übertragenen Wirkungsbereich geregelt werden soll; damit wird ein weiterer wichtiger Teil der neuen Ärzteausbildung dem parlamentarischen Prozess entzogen. Zwar soll die Verordnungserlassung laut den erläuternden Bemerkungen in enger Abstimmung mit dem BMG erfolgen, wie dies genau zu geschehen hat, wird aber offen gelassen.

2.5 Zu den §§ 12 und 12a des Entwurfes – Lehrpraxen und Lehrgruppenpraxen

Hinsichtlich des in § 12a Abs. 2 Z 3 des Entwurfes genannten Ausbildungsverantwortlichen verweist der RH sinngemäß auf seine Ausführungen zu § 11 Abs. 3 des Entwurfes. Auch in § 12 (hier fehlt der Begriff „Ausbildungsverantwortlicher“ überhaupt) wäre eine entsprechende Definition der Aufgaben und Verantwortlichkeiten zweckmäßig.

Aus Gründen der Qualitätssicherung gelten die Ausführungen des RH zu den §§ 9 Abs. 3 Z 6 und 10 Abs. 3 Z. 6 für das in den §§ 12 Abs. 2 Z 4 und 12a Abs. 2 Z 5 des Entwurfes vorgesehene Ausbildungskonzept hinsichtlich einer konkreten Definition ebenfalls sinngemäß.

2.6 Zu § 13 des Entwurfes – Lehrambulatorien

Auch hier wird aus Sicht des RH – abgesehen von der Lernfortschrittskontrolle – nicht genauer definiert bzw. näher ausgeführt, was unter der Ausbildungsverantwortung konkret zu verstehen ist. Der RH verweist daher sinngemäß auf seine Ausführungen zu § 11 Abs. 3 des Entwurfes.

Lehrambulatorien sollen nach der Novellierung in Zukunft die einzigen Ausbildungsstätten sein, von denen im Rahmen der Anerkennung kein schriftliches Ausbildungskonzept verlangt wird. Diese Ausnahme ist für den RH vor allem auch unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung insofern nicht nachvollziehbar, als sowohl dem Arzt in Ausbildung zum Allgemeinmediziner als auch dem auszubildenden Facharzt die Tätigkeit in anerkannten Lehrambulatorien im Ausmaß von bis zu zwölf Monaten auf seine Ausbildungsdauer angerechnet werden kann (siehe § 7 und § 8 Abs. 4 des Entwurfes).

2.7 Zu § 196 des Entwurfes – Grundsatzbestimmung

§ 196 Abs. 1 des Entwurfes sieht nunmehr vor, dass grundsätzlich in allen allgemeinen Krankenanstalten auf je 15 systemisierte Betten mindestens ein in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin stehender Arzt zu beschäftigen ist.

In den Erläuterungen wird dazu u.a. ausgeführt, dass es sich dabei um eine „*von anerkannten Ausbildungsstätten und Ausbildungsstellen unabhängige Ausbildungsmöglichkeit*“ handle.

Dabei stellt sich aus Sicht des RH die Frage, ob Krankenanstalten, die über keine in einem Verfahren im Sinne der §§ 9 und 10 genehmigten Ausbildungsstätten verfügen, diese Verpflichtung nur im Rahmen der neunmonatigen Basisausbildung erfüllen müssen bzw. überhaupt können. Da nämlich die Entscheidung für den weiteren Berufsweg erst nach der Basisausbildung zu treffen ist, muss der Arzt in der Basisausbildung noch kein „*Arzt in Ausbildung für Allgemeinmedizin*“ (wie von § 196 Abs. 1 verlangt) sein.

Andernfalls könnten durch diese Bestimmung jedoch die qualitätssichernden Anerkennungsvoraussetzungen (§§ 9 und 10) „außer Kraft“ gesetzt werden (Erläuterungen: „... von anerkannten Ausbildungsstätten und Ausbildungsstellen unabhängigen Ausbildungsmöglichkeit ...“).

Die erläuternden Bemerkungen machen weiters nicht klar, warum durch das festgelegte Mindestkontingent an Ausbildungs-Ärzten, die möglicherweise zum Teil nur für die Basisausbildung beschäftigt werden dürfen (siehe oben), die Aufrechterhaltung der ländlichen und hausärztlichen Versorgung gewährleistet werden kann. Gleichzeitig stellen die erläuternden Bemerkungen das vorgeschriebene Mindestkontingent ohnedies ganz grundsätzlich in Frage, wenn ausgeführt wird, dass auch bei den aktuellen Entwicklungen entsprechenden modernen Versorgungsstrukturen und Leistungsspektren, die das hohe Ausbildungsniveau ebenso garantieren, ein Unterschreiten des Mindestkontingents gerechtfertigt sein kann.

Keine Informationen enthalten die erläuternden Bemerkungen überdies dazu, warum Ärzte in Ausbildung zum Facharzt in einem Mangelfach nicht mehr für die Erreichung des Mindestkontingents angerechnet werden können sollen (siehe Abs. 2 der derzeit gültigen Bestimmung).

Zusammenfassend hält der RH daher fest, dass der geplante § 196 und die diesbezüglichen Erläuterungen weiterer Ergänzungen im Sinne einer Klarstellung bedürfen.

3. Weitere Anmerkungen

Was die „technisch-inhaltliche“ Ausgestaltung betrifft, verweist der RH darauf, dass der Entwurf und die Erläuterungen bei zahlreichen Neuregelungen die dafür maßgeblichen Gründe nicht ausreichend darstellen oder für die Umsetzung erforderliche Ausführungen fehlen. Beispielhaft werden Folgende angeführt:

- Nicht erläutert wird etwa, warum die Anrechenbarkeit von Tätigkeiten in Lehrpraxen im Rahmen der allgemeinmedizinischen Ausbildung von derzeit maximal

zwölf auf insgesamt maximal 18 Monate erhöht werden soll (§ 7 Abs. 4 des Entwurfes).

- Zu der in § 8 Abs. 1 des Entwurfes enthaltenen Ausnahmeregelung, wonach für bestimmte, in der Verordnung gemäß § 24 Abs. 1 des Entwurfes festzulegende Sonderfächer eine Basisausbildung nicht notwendig sein soll, fehlt ebenso eine Begründung oder die Nennung von Beispielen. Dies gilt auch für § 8 Abs. 3 des Entwurfes, wonach der zuständige Bundesminister in manchen Sonderfächern eine Pflichtrotation vorsehen kann.
- Gemäß § 8 Abs. 4 des Entwurfes können in der Ausbildung zum Facharzt nur dann wenn es mit der Erreichung des Ausbildungszieles vereinbar ist, maximal zwölf Monate in anerkannten Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen und Lehrambulatoren absolviert werden. Der Entwurf lässt allerdings offen, wer über die Vereinbarkeit der Ausbildung in einer Lehrpraxis mit der Erreichung des Ausbildungszieles entscheidet.
- Das Vorliegen einer krankenanstaltenrechtlichen Genehmigung der Abteilung oder Organisationseinheit wird im Entwurf nicht mehr ausdrücklich als Anerkennungsvoraussetzung verlangt; dies findet in den erläuternden Bemerkungen keine Erwähnung.
- Auch gehen die erläuternden Bemerkungen nicht darauf ein, für welche Sonderfächer die Möglichkeit der Leitung der Ausbildungsstätte durch einen Absolventen einer entsprechenden naturwissenschaftlichen Studienrichtung bestehen soll (§ 10 Abs. 3 Z 1 des Entwurfes).
- Die derzeit geltenden §§ 12 Abs. 2 und 12a Abs. 2 ÄrzteG 1998 sehen eine zumindest dreijährige Berufserfahrung des Lehrpraxisinhabers bzw. zumindest eines Gesellschafters der Lehrgruppenpraxis im niedergelassenen Bereich vor. Nunmehr soll dieses Erfordernis nur mehr für den Lehrpraxisinhaber gelten, aber für die Lehrgruppenpraxis entfallen; begründet wird dies in den Erläuterungen nicht.
- Die Erläuterungen zu § 12 Abs. 5 und § 12a Abs. 4 des Entwurfes enthalten keine Ausführungen darüber, aus welchen Gründen die Ausbildung in Lehr(gruppen)-praxen im Vergleich zu Ausbildungsstätten in Krankenanstalten nur 30 anstelle von 35 Wochenstunden umfassen muss.



4. Zu den finanziellen Auswirkungen

Im Entwurf findet sich keine Darstellung der finanziellen Auswirkungen. Im Vorblatt werden solche überhaupt verneint. Dies ist aus Sicht des RH nicht nachvollziehbar, weil mehrere Regelungen des Entwurfes bei ihrer Umsetzung finanzielle Auswirkungen erwarten lassen, bspw.:

- Lehrpraxis:

Der Entwurf enthält keine Angaben über die mit der in Zukunft verpflichtend im niedergelassenen Bereich zu absolvierenden Lehrpraxis verbundenen Kosten und deren Finanzierung.

Wie ein Pilotprojekt in Vorarlberg, auf das die erläuternden Bemerkungen auch in anderem Zusammenhang verweisen, gezeigt hat, sind finanzielle Auswirkungen zu erwarten. Allein in Vorarlberg betrugen – laut Medienberichten – die kalkulierten Kosten für die Lehrpraxis rd. 270.000 EUR. Sie wurden zwischen Land (rd. 37 %, 100.000 EUR), Bund (rd. 30 %, 80.000 EUR) und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse (rd. 16,5 %, 45.000 EUR) sowie allen Lehrpraxisinhabern zusammen (rd. 16,5 %, 45.000 EUR) aufgeteilt.

Wie die bundesweite Finanzierung der Lehrpraxen aussehen und ob dieses Modell nunmehr österreichweit angewendet werden soll, ist dem vorliegenden Entwurf nicht zu entnehmen.

- Anerkennungsverfahren:

Die novellierten Regelungen über die Ausbildungsstätten machen Anerkennungsverfahren nunmehr für alle Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten erforderlich, an denen Ärzte ausgebildet werden. Da auch die Regeln für die Anerkennung als Lehr(gruppen)praxis geändert werden sollen, werden auch hier neue Anerkennungsverfahren notwendig sein.

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass laut den erläuternden Bemerkungen die Verfahren im Zeitraum von 1. Jänner bis 1. Juli 2015 abgeschlossen sein sollen (ein Übergangsrecht soll erst in der Verordnung des BMG geregelt werden), ist aus Sicht des RH – wie bereits angesprochen – ein nennenswerter Verfahrensaufwand bei der dafür zuständigen Ärztekammer zu erwarten; dafür fehlt jedoch eine Folgekostenabschätzung in den Erläuterungen.

GZ 300.479/010-2B1/14

Seite 12 / 12

- Elektronisches Meldesystem:

Der RH weist darauf hin, dass die Einführung eines bundesweit zugänglichen elektronischen Meldesystems durch die Ärztekammer jedenfalls mit finanziellen Auswirkungen verbunden sein wird, ohne dass diese in den Erläuterungen näher dargestellt werden.

Aus den angeführten Gründen entsprechen die Erläuterungen zu den finanziellen Auswirkungen nicht den Anforderungen des § 17 BHG 2013 und der hiezu ergangenen WFA-Finanzielle-Auswirkungen-Verordnung, BGBl. II Nr. 490/2012.

Von dieser Stellungnahme wird je eine Ausfertigung dem Präsidium des Nationalrates und dem Bundesministerium für Finanzen übermittelt.

Mit freundlichen Grüßen

Der Präsident:

Dr. Josef Moser

E.d.R.d.A.:

