



Auskunft:

Dr. Martina Jutz

T +43 5574 511 20220

Zahl: PrsG-412-3/BG-554

Bregenz, am 05.11.2018

Betreff: Bundesgesetz, mit dem das Ärztegesetz 1998 sowie das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz und das Freiberuflichen-Sozialversicherungsgesetz geändert werden; Entwurf; Stellungnahme

Bezug: Schreiben vom 09. Oktober 2018, GZ: BMASGK-92101/0020-IX/A/3/2018

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu dem im Betreff genannten Gesetzesentwurf wird Stellung genommen wie folgt:

Zu Artikel 1, Z. 1 (§ 2 Abs. 2 ÄrzteG 1998)

Die Formulierung „Die Ausübung des ärztlichen Berufes umfasst jede auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit *einschließlich komplementär- und alternativmedizinische Heilverfahren* [...]“ ist einerseits unklar, da nicht zum Ausdruck kommt, welche Heilverfahren damit gemeint sind, und andererseits widersprüchlich, da die meisten komplementär- und alternativmedizinischen Heilverfahren (wie beispielsweise bioenergetische Heilverfahren, Kinesiologie, Osteopathie, Akupunktur, Homöopathie, Nosodentherapie, Bachblütentherapie, Störfeldtherapie, orthomolekulare Medizin, Eigenblutbehandlung, bioenergetische Allergielöschung, komplementäre Krebstherapie, Hypnose, neurolinguistisches Programmieren, Geistheilung oder spirituelle Heilverfahren) einer Begründung durch medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse entbehren und vielmehr auf Empirie und Einzelerfahrungen basieren. Daher wird die Ausweitung des Ärztevorbehaltes auf komplementär- und alternativmedizinische Heilverfahren abgelehnt.

Zudem hätte die Aufnahme der komplementär- und alternativmedizinischen Heilverfahren und Behandlungsmethoden in das Ärztegesetz zur Konsequenz, dass insbesondere Angehörige anderer Berufsgruppen (wie beispielsweise der gehobene Gesundheits- und Krankenpflagedienst, Hebammen oder Physiotherapeuten), sofern sie solche, nicht auf wissenschaftlichen

Erkenntnissen basierenden Methoden ausüben, eine Übertretung nach dem Ärztegesetz begehen, was grundsätzlich nicht für zweckmäßig erachtet wird.

Zu Artikel 1, Z. 2 (§ 2 Abs. 2 Z. 6a ÄrzteG 1998)

Es wird angeregt, die Schmerztherapie und Palliativmedizin mit einer eigenen Ziffer (Z. 7) und die bisherigen Z. 7 und 8 als Z. 8 und 9 zu bezeichnen.

Zu Artikel 1, Z. 3 (§ 3 Abs. 3 ÄrzteG 1998)

Die gegenständliche Neuregelung von § 3 Abs. 3 sollte (in Verbindung mit den §§ 7 und 8) zum Anlass genommen werden, um – entsprechend der langjährigen Forderung der Landesgesundheitsreferenten – in den Krankenanstalten eine bedarfsgerechte Diensterteilung im Wochenend-, Feiertags- und Nachtdienst zu ermöglichen (abteilungs- und organisationsübergreifender Einsatz von Turnusärzten, keine starren Bettengrenzen für die Organisation der Dienste, praxisgerechte und flexible Möglichkeiten für den Einsatz von Turnusärzten im Wochenend-, Feiertags- und Nachtdienst). Die bisherigen Regelungen betreffend den Einsatz von Turnusärzten führen dazu, dass insbesondere in kleinen Krankenanstalten die Organisation der Dienste erschwert wird und zusätzliche personelle Kapazitäten zur Abdeckung der Dienste notwendig sind.

Zu Artikel 1, Z. 8 (§ 40 ÄrzteG 1998)

Die Neuregelung der notärztlichen Qualifikation sowie die Möglichkeit der selbständigen Berufsausübung werden begrüßt, da mit dieser Erleichterung des Notarztdienstes den vielfachen Beschlüssen der Landesgesundheitsreferentenkonferenz grundsätzlich Rechnung getragen wird. Es sind jedoch folgende Änderungen notwendig, wenn das Ziel der Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl an Notärzten in Österreich erreicht werden soll:

Nach § 40 Abs. 5 Z. 2 des Entwurfs sind Turnusärzte zur Teilnahme an Einsätzen im Rahmen krankenanstaltengebundener organisierter Notarztdienste auch ohne Anleitung und Aufsicht eines Notarztes berechtigt, wenn sie die Prüfung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder die Facharztprüfung erfolgreich absolviert haben. Das Erfordernis der absolvierten Prüfung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder die Facharztprüfung erscheint unsachlich, da die Inhalte dieser Prüfungen in keinem erkennbaren Zusammenhang mit der Tätigkeit der Notfallmedizin stehen (wie beispielsweise Strahlentherapie-Radioonkologie, medizinische und chemische Labordiagnostik) und die Absolvierung dieser Prüfungen Ärzte nicht speziell für den Aufgabenbereich des Notarztes qualifizieren. Die notfallmedizinischen Kenntnisse werden an anderer Stelle, nämlich im Rahmen des Notarztkurses und der Absolvierung der für diese Tätigkeit vorgesehenen Prüfung, erworben.

Darüber hinaus ist es aufgrund des Erwerbs von umfassenden Kenntnissen im Hauptfach sinnvoll, dass die Prüfung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder die Facharztprüfung zu einem möglichst späten Ausbildungszeitpunkt absolviert wird. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass die Ablegung der Prüfung zu einem früheren Zeitpunkt der Ausbildung negative Konsequenzen mit

sich bringt, was durch die vorgesehene Regelung noch verstärkt werden würde, da die Motivation zur zeitlich früheren Ablegung der Prüfung gefördert wird. Aufgrund dessen sollte § 40 Abs. 5 Z. 2 gestrichen werden.

Zu Artikel 1, Z. 10 (§ 43 Abs. 7 ÄrzteG 1998)

Die Regelung, unter welchen Voraussetzungen ein Primararzt in Ruhe die entsprechende Bezeichnung führen kann, sollte zum Anlass für eine weitere Anpassung im Zusammenhang mit Primärärzten in § 43 (Abs. 6) genommen werden. In dieser Bestimmung wird normiert, dass nur Fachärzte, die in einer Krankenanstalt dauernd mit der ärztlichen Leitung einer Abteilung betraut sind, die mindestens 15 systematisierte Betten aufweist, und denen mindestens ein Arzt unterstellt ist, die Berufsbezeichnung Primararzt oder Primarius führen dürfen. Diese Regelung, die ausschließlich auf die Organisationsform einer Abteilung abstellt, trägt den Novellierungen im Kranken- und Kuranstaltengesetz im Zusammenhang mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit nicht Rechnung. Im Rahmen von reduzierten Organisationsformen sind etwa Departments oder Fachschwerpunkte vorgesehen, denen aufgrund der Bedarfssituation in der jeweiligen Region im Rahmen der Krankenanstaltenplanung eine geringere Bettenanzahl als 15 zugeordnet werden kann. Zudem ist es bereits vorgekommen, dass sich ein leitender Arzt einer Abteilung mit 15 Betten, der sich als Primarius bezeichnen durfte, nach einer bedarfsspezifischen Umwandlung dieser Abteilung in einen Fachschwerpunkt mit nunmehr lediglich 14 Betten nicht mehr Primarius nennen durfte. Seitens des leitenden Arztes, an dessen Versorgungsauftrag sich mit identem Team nichts geändert hat, wird diese Konsequenz als Abwertung des Tätigkeitsbereiches empfunden.

Um derartige Entwicklungen zu vermeiden, sollte das Ärztegesetz den Entwicklungen des Kranken- und Kuranstaltengesetzes entsprechen, weshalb im § 43 Abs. 6 auf die Leitung einer bettenführenden Organisationseinheit im Sinne des Kranken- und Kuranstaltengesetzes abgestellt werden sollte.

Zu Artikel 1, Z. 11 (§ 47a ÄrzteG 1998)

§ 47a Abs. 1:

Diese Bestimmung, die der Umsetzung der im Regierungsprogramm 2017 bis 2022 vorgesehenen Maßnahme der Möglichkeit einer Anstellung von Ärzten bei Ärzten dient, wird inhaltlich grundsätzlich begrüßt. Sie muss jedoch im Zusammenhang mit zahlreichen damit in Verbindung stehenden Problemfeldern – das sind einerseits die völlig unklare Abgrenzung zwischen selbständigen Ambulatorien (Kompetenzbereich Heil- und Pflegeanstalten) und Gruppenpraxen und Ordinationen (Kompetenzbereich Gesundheitswesen) sowie andererseits die Sinnhaftigkeit einer Bedarfsprüfung bei ärztlichen Vergemeinschaftungsformen – gesehen werden. Die laufenden Verhandlungen zu einer Kompetenzvereinbarung im Krankenanstaltenrecht sollten daher genutzt werden, um diese Thematik in enger Abstimmung mit dem Krankenanstaltenrecht zu regeln.

Jedenfalls verstärkt eine isolierte Regelung einer Anstellung von Ärzten bei Ärzten in Ordinationen die Widersprüchlichkeiten und Unklarheiten einer Abgrenzung von ärztlichen Vergemeinschaftungsformen zwischen Krankenanstaltenrecht und Ärzterecht erheblich.

Gegen die im Entwurf enthaltene Regelung werden folgende **verfassungsrechtliche Bedenken** vorgebracht: Einrichtungen, die eine gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen ermöglichen und durch die Anstellung insbesondere von Angehörigen von Gesundheitsberufen eine Organisationsdichte und -struktur aufweisen, die eine Anstaltsordnung erfordern, sind gemäß § 2 Abs. 3 des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG) nicht als Ordinationsstätten anzusehen und unterliegen den krankenanstaltenrechtlichen Vorschriften.

Zur Abgrenzung, ob die Tätigkeit eines Arztes noch unter das Ärztegesetz oder bereits unter das KAKuG fällt, kann auf die Judikatur des Verfassungsgerichtshofes zurückgegriffen werden, wonach als unterscheidendes Merkmal zwischen Ambulatorien und Ärztepraxen bei ersteren eine organisatorische Einrichtung, bei Ordinationen die medizinische Eigenverantwortlichkeit des behandelnden Arztes gegenüber dem Patienten maßgeblich ist. Überdies erfolgt bei Ambulatorien der (Behandlungs-)Vertrag nicht mit dem Arzt, sondern mit dieser Einrichtung. In der Regel weisen Krankenanstalten eine Anstaltsordnung auf, der sowohl die Patienten als auch die Ärzte unterliegen (vgl. VfSlg. 13.023/1992). Mit Erkenntnis vom 24. 9. 2008, 2006/15/0283, hat der Verwaltungsgerichtshof entschieden, dass mindestens zwei Ärzte (nicht zwingend zwei Vollzeitäquivalente) der Organisation zur Verfügung stehen müssen, um von einer Krankenanstalt sprechen zu können, ein Arzt allein wäre damit im Umkehrschluss ein Indiz für die Qualifizierung als Ordination.

In einer ärztlichen Ordination liegt die medizinische Letztverantwortung für eine bestimmte Behandlung bei einem bestimmten Arzt. Ein in einer Ordination tätiger Arzt darf aus rechtlicher Sicht keiner fachlichen Weisungsbindung hinsichtlich der Durchführung einer Behandlung unterliegen. Die Frage der Zulässigkeit der Anstellung von Ärzten in Ordinationen ist strittig, wird aber jedenfalls soweit zu verneinen sein, als damit eine fachliche Weisungsbindung – die in Krankenanstalten besteht – verbunden ist. Wird auf die medizinische Eigenverantwortlichkeit des Arztes als Wesensmerkmal der Ordination abgestellt, so ist eine Anstellung von Ärzten in Ordinationen unzulässig. In diese Richtung deutet auch schon der Ausschussbericht zum Krankenanstaltengesetz 1957 (164 BlgNR VIII. GP 5), der eine Anstellung von Ärzten als Wesensmerkmal einer Krankenanstalt ansieht. Somit ist das Problem der Anstellung von Ärzten bei Ärzten schon auf kompetenzrechtlicher Ebene vorgezeichnet und kann nicht auf einfachgesetzlicher Ebene durch eine Novellierung des Ärztegesetzes gelöst werden (vgl. *Stöger*, Krankenanstaltenrecht 2008, 390 mwN).

§ 47a Abs. 3

Die Bestimmung, wonach eine vorübergehende (regelmäßige, aber auch fallweise) Vertretung des Ordinationsstätteninhabers oder der Gesellschafter der Gruppenpraxis ex lege eine freiberufliche ärztliche Tätigkeit darstellt, wenn der vertretende Arzt nicht überwiegend

gleichzeitig in der Ordinationsstätte oder Gruppenpraxis ärztlich tätig ist, stellt sowohl einen Widerspruch zum Dienstnehmerbegriff im ASVG als auch einen Widerspruch zum Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG) dar. Es ist nicht nachvollziehbar, aus welchen sachlich zu rechtfertigenden Gründen die Vertretungstätigkeiten in Ordinationsstätten seitens des einfachgesetzlichen Bundesgesetzgebers im Ärztegesetz anders behandelt werden sollte als sonstige Dienstverhältnisse nach dem ASVG (persönliche Arbeitspflicht, Bindung an Organisationsvorschriften, Bereitstellung der Betriebsmittel durch den Ordinationsstätteninhaber bzw. den Gesellschafter).

Ziel des KA-AZG ist die Schaffung einheitlicher und praktikabler Arbeitszeitregelungen für alle Krankenanstalten und damit die Festlegung gesetzlicher Höchstarbeitszeitgrenzen. Die geltenden Arbeitszeithöchstgrenzen und Pflichtruhezeiten dienen nicht nur der Verhinderung einer übermäßigen Beanspruchung der Dienstnehmer von Krankenanstalten, sondern darüber hinaus auch dem Interesse der Patienten. Im Zuge des Gesetzwerdungsprozesses wurde im Nationalrat argumentiert, dass das KA-AZG Patienten davor schützen solle, von übermüdeten Ärzten operiert und behandelt zu werden. Der vorgesehene § 47a Abs. 3 ermöglicht nun in Krankenanstalten angestellten Ärzten die zeitweise Vertretung von niedergelassenen Ärzten in Ordinationen. Dies führt in der Praxis zwangsläufig dazu, dass die Höchstarbeitszeitgrenzen und Pflichtruhezeiten der in Krankenanstalten angestellten Ärzte faktisch nicht mehr eingehalten werden können, weil die Tätigkeiten des Krankenanstaltenarztes in Ordinationen nicht vom KA-AZG erfasst wird. Dies widerspricht den Intentionen des KA-AZG und kann zudem zu einer Gefährdung von Patienten führen.

Freundliche Grüße

Für die Vorarlberger Landesregierung
Die Landesrätin

Dr. Barbara Schöbi-Fink


Ergeht an:

1. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien, E-Mail: sandra.wenda@sozialministerium.at
2. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien, E-Mail: barbara.lunzer@sozialministerium.at

Nachrichtlich an:

1. Präsidium des Bundesrates, Dr. Karl Renner-Ring 3, 1017 Wien, E-Mail: begutachtungsverfahren@parlinkom.gv.at
2. Präsidium des Nationalrates, Dr. Karl Renner-Ring 3, 1017 Wien, E-Mail: begutachtungsverfahren@parlament.gv.at
3. Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz - Verfassungsdienst, Museumstraße 7, 1070 Wien, E-Mail: SEKTION.V@bmvrldj.gv.at
4. Frau Bundesrätin Mag.a Martina Ess, Ifilar 15, 6822 Satteins, E-Mail: info@martina-ess.com
5. Herrn Bundesrat Dr Magnus Brunner, E-Mail: magnus.brunner@parlament.gv.at
6. Herrn Bundesrat Christoph Längle, Thomas Lirer Weg 32, 6840 Götzis, E-Mail: c.laengle@gmx.biz
7. Herrn Nationalrat Karlheinz Kopf, Rheinstraße 24, 6844 Altsch, E-Mail: karlheinz.kopf@oevpklub.at
8. Herrn Nationalrat Ing. Reinhold Einwallner, Merbodgasse 106, 6900 Bregenz, E-Mail: reinhold.einwallner@parlament.gv.at
9. Herrn Nationalrat Norbert Sieber, Fluh 37, 6900 Bregenz, E-Mail: norbert.sieber@parlament.gv.at
10. Herrn Nationalrat Dr. Reinhard Eugen Bösch, Dr. Karl Renner-Ring 3, 1017 Wien, E-Mail: reinhard.boesch@fpoe.at
11. Herrn Nationalrat Mag Gerald Loacker, Dr. Karl Renner-Ring 3, 1017 Wien, E-Mail: gerald.loacker@parlament.gv.at
12. Amt der Burgenländischen Landesregierung, Landhaus, 7000 Eisenstadt, E-Mail: post.lad@bgld.gv.at
13. Amt der Kärntner Landesregierung, Arnulfplatz 1, 9021 Klagenfurt, E-Mail: abt1.verfassung@ktn.gv.at
14. Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, Landhausplatz 1, 3109 St. Pölten, E-Mail: post.landnoe@noel.gv.at
15. Amt der Oberösterreichischen Landesregierung, Landhausplatz 1, 4021 Linz, E-Mail: verfd.post@ooe.gv.at
16. Amt der Salzburger Landesregierung, Chiemseehof, 5010 Salzburg, E-Mail: landeslegistik@salzburg.gv.at

17. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Landhaus, 8011 Graz, E-Mail: post@stmk.gv.at
18. Amt der Tiroler Landesregierung, Wilhelm-Greil-Straße 25, 6020 Innsbruck, E-Mail: post@tirol.gv.at
19. Amt der Wiener Landesregierung, Rathaus, 1082 Wien, E-Mail: post@md-r.wien.gv.at
20. Verbindungsstelle der Bundesländer, Schenkenstraße 4, 1010 Wien, E-Mail: vst@vst.gv.at
21. Institut für Föderalismus, z. Hd. Herrn Dr. Peter Bußjäger, Adamgasse 17 , 6020 Innsbruck, E-Mail: institut@foederalismus.at
22. VP-Landtagsfraktion, 6900 Bregenz, E-Mail: landtagsklub@volkspartei.at
23. SPÖ-Landtagsfraktion, 6900 Bregenz, E-Mail: gerhard.kilga@spoe.at
24. Landtagsfraktion der Freiheitlichen, 6900 Bregenz, E-Mail: landtagsklub@vfreiheitliche.at
25. Landtagsfraktion der Grünen, 6900 Bregenz, E-Mail: landtagsklub.vbg@gruene.at
26. NEOS - Das Neue Österreich und Liberales Forum, E-Mail: sabine.scheffknecht@neos.eu
27. Abt. Gesundheit und Sport (IVb), Intern
28. Abt. Sanitätsangelegenheiten (IVd), Intern

	Dieses Dokument wurde amtssigniert.
	<p>Dieses Dokument ist amtssigniert im Sinne des E-Government-Gesetzes.</p> <p>Mechanismen zur Überprüfung des elektronischen Dokuments sind unter https://pruefung.signatur.rtr.at/ verfügbar.</p> <p>Ausdrucke des Dokuments können beim Amt der Vorarlberger Landesregierung Landhaus A-6901 Bregenz E-Mail: land@vorarlberg.at überprüft werden.</p>