



Bundesministerium für  
**Arbeit, Soziales, Gesundheit und  
Konsumentenschutz**

T + 43 (0) 1 / 71132-1211  
recht.allgemein@sozialversicherung.at  
Zl. REP-43.00/18/0211

Präsidium des **Nationalrates**

Wien, 7. November 2018

Betreff: Bundesgesetz, mit dem das Ärztegesetz 1998 sowie das ASVG und das FSVG geändert werden

Bezug: Ihr E-Mail vom 9. Oktober 2018,  
GZ: BMASGK-92101/0020-IX/A/3/2018

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nimmt wie folgt Stellung:

Grundsätzliche Anmerkung zur Anstellungsmöglichkeit:

Generell hat sich der Hauptverband der Sozialversicherungsträger schon in der Vergangenheit insbesondere bei den neuen Primärversorgungseinrichtungen für eine Anstellungsmöglichkeit ausgesprochen.

Diese Möglichkeit ist allerdings im Hinblick auf verfassungsrechtliche Zuständigkeiten (Krankenanstaltenrecht), die Auswirkungen auf die Planung (ÖSG, RSG, Stellenplan) und auf wettbewerbsrechtliche Aspekte (EuGH in der Rechtssache „Hartlauer“) nur unter Einbindung aller beteiligten Stakeholder umzusetzen, da ansonsten das angestrebte Ziel der Stärkung des niedergelassenen Bereiches nicht nur verfehlt, sondern sogar konterkariert wird.

Einer nähere Präzisierung findest sich in der Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen.

**Zu Art. 1 - § 2 Abs. 2 ÄrzteG**

Der Tätigkeitsumfang des ärztlichen Berufes wird um „*einschließlich komplementär- und alternativmedizinischer Heilverfahren*“ erweitert.



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

Das erweckt den Eindruck, dass komplementär- und alternativmedizinische Heilverfahren zu den „auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen“ begründeten Tätigkeiten gehören.

Das Gegenteil ist der Fall!

**Die Begriffe *komplementär- und alternativmedizinische Heilverfahren* sind nicht definiert. Die Wirkung von komplementär- und alternativmedizinischen Heilverfahren ist bis dato unzureichend nachgewiesen. Daraus leitet sich ja die Bezeichnung „alternativ-...“ ab.**

Hat ein Verfahren keinen wissenschaftlichen Zugang, darf es nicht in die ärztliche Berufsumschreibung fallen. Die Argumentation, je unwissenschaftlicher eine Tätigkeit wäre, desto eher sei sie zum Schutz der Bevölkerung dem Arzt vorzubehalten, kann nicht nachvollzogen werden.

Gerade Patienten in besonders vulnerablen Situationen müssen sich sicher sein können, dass ihr Arzt nach wissenschaftlich fundierten Methoden vorgeht. Der Schutz der Bevölkerung vor Täuschung und Kurpfuscherei als wichtiges Ziel muss aber durch tauglichere, rechtliche Instrumente erreicht werden.

Die Patienten haben das Recht auf einen wissenschaftlichen Zugang durch den Arzt – daher ist die Ergänzung „einschließlich komplementär- und alternativmedizinischer Heilverfahren“ obsolet.

Das Motiv, eine Lücke im Strafbarkeitsrahmen zu schließen, wird anerkannt. Irrationale, unprofessionelle „heilkundliche“ Angebote, die gesundheitsgefährdend sein können, müssen sanktionierbar sein.

Das darf jedoch nicht über eine irreführende Ergänzung des Grundtatbestandes medizinischer Tätigkeit erfolgen. Diese Vermengung von Begrifflichkeiten führt auch zu Fragen, wie der Leistungsumfang der Sozialversicherung klar abgegrenzt bleibt.

Durch die Anführung dieser Verfahren im ÄrzteG könnte der Eindruck entstehen, dass derartige Heilverfahren auch in den Leistungsumfang der Krankenversicherung fallen.

Bisher werden derartige Heilverfahren nur dann von der Krankenversicherung übernommen, wenn es (bei erkennbaren Chancen auf Erfolg) entweder keine entsprechenden schulmedizinischen Therapiemöglichkeiten gibt, diese nicht den gewünschten Erfolg erbracht haben, aussichtslos sind oder im Vergleich mit den alternativen Verfahren mit erheblichen Nebenwirkungen verbunden sind.



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

Aus den angeführten Gründen sollte die Ergänzung dringend entfallen.

#### **Zu Art. 1 - § 2 Abs. 2 Z 6a**

Die Intention des Gesetzgebers ist es, die (Schmerz-)Therapie am Ende des Lebens zu regeln. Die vorgesehene Formulierung „die Schmerztherapie und Palliativmedizin“ kann (auch) so verstanden werden, dass der eine Begriff in keinem Zusammenhang mit dem anderen steht.

Es wird daher vorgeschlagen, allein den Terminus „Palliativmedizin“ zu verwenden, da dieser Begriff Symptomlinderung (Schmerztherapie) ohnehin impliziert.

#### **Zu Art 1 - § 3 Abs. 3 Z 2 im ersten Teilabschnitt**

Die Formulierung „*Organisationseinheiten an Krankenanstalten, an die organisierte Notarztdienste angebunden sind*“ ist zu weit gefasst. Organisationseinheiten an Krankenanstalten, an die organisierte Notarztdienste angebunden sind, sind oftmals ganze Abteilungen. Diese sollten nur dann unter § 3 Abs. 3 fallen, wenn sie gleichzeitig die Voraussetzungen der Z 1 (gemäß §§ 6a, 9 und 10 anerkannte Ausbildungsstätten) erfüllen.

Wir schlagen daher vor, die Formulierung der Z 2 auf „***von durch Krankenanstalten organisierten Notarztdiensten (§ 40 Abs. 4)***“ auf „***von Organisations-einheiten an Krankenanstalten, die über eine Anerkennung gemäß § 6a, 9 und 10 verfügen und an die organisierte Notarztdienste angebunden sind (§ 40 Abs. 4)***“ zu ändern.

#### **Zu Art 1 - § 3 Abs. 3 – zweiter Teilabschnitt**

Vorweg wird angemerkt, dass die wiederholte Nummerierung mit den Ziffern 1 bis 3 bzw. 1 bis 2 unübersichtlich ist. Eine ergänzende Trennung durch einen zusätzlichen Absatz wäre sinnvoll.

In Z 1 wäre der Begriff „*hinreichend*“ näher zu definieren (beispielsweise Dauer der Ausbildung).

Z 2 wäre insgesamt zu präzisieren. Unklar ist, welche Kenntnisse und Fertigkeiten ausreichen, um vorübergehend ohne Aufsicht tätig werden zu können.

#### **Zu Art. 1 - § 40 Abs. 2 Z 2**

Die Erweiterung der Notarztausbildung von 60 auf 80 Lehreinheiten ist im Sinne der Qualitätssicherung zu begrüßen.



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

Folgender Satz sollte aus Gründen der Rechtssicherheit unmittelbar in den Gesetzestext aufgenommen werden (vgl. die Ausführungen in den Erläuterungen):

*„Die isolierte Absolvierung des notärztlichen Lehrgangs zur Sicherung der notfallmedizinischen Kompetenz für Tätigkeiten in der Ordination, Gruppenpraxis oder in den Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation ist rechtlich zulässig.“*

#### **Zu Art. 1 - § 40 Abs. 2 Z 3**

Die zur Erlangung notärztlicher Qualifikation normierte Richtzahl an notärztlichen Einsätzen und die Qualitätserfordernisse erscheinen zu gering. Sie sollten in Anlehnung an die deutsche Regelung angehoben werden.

So sollte eine Teilnahme an mindestens 50 Einsätzen unter Anleitung eines Notarztes vorgesehen werden, wobei in mindestens 20 Einsätzen notfall- bzw. intensivmedizinisches Handeln im Sinne des Weiterbildungsinhaltes zur Anwendung kommen muss.

Sollten 50 Einsätze als zu hoch erachtet werden, müssten zumindest die derzeit vorgesehenen 20 Einsätze – wie angeführt – definiert werden.

#### **Zu Art. 1 - § 40 Abs. 3 Z 1 lit. b**

Zum besseren Verständnis der gesetzlichen Bestimmung wird eine explizite Aufzählung der Ziffern der Ärzte-Ausbildungsordnung für die klinischen Sonderfächer, wie in den Erläuterungen angeführt, vorgeschlagen.

In den Erläuterungen zu § 40 (sechster Absatz) wird im Zusammenhang mit berufsberechtigten Ärzten von einer „isolierten“ Absolvierung des notärztlichen Lehrgangs zur Sicherung der notfallmedizinischen Kompetenz gesprochen (z. B. für die Tätigkeit in der Ordination oder Gruppenpraxis). Es wäre klarzustellen, was unter „isolierter Absolvierung“ zu verstehen ist.

#### **Zu Art. 1 - § 40 Abs. 7**

Die Verlängerung der notärztlichen Sonderberufsberechtigung durch die Änderung des Fortbildungszeitraumes von zwei auf drei Jahre wird nicht befürwortet. Die bisherige Regelung zur Fortbildungsverpflichtung von Notärzten sollte beibehalten werden.

#### **Zu Art. 1 - § 43 Abs. 7**

Die Schaffung neuer Bezeichnungen („Primarärztin in Ruhe“/„Primararzt in Ruhe“ u. a.) erscheint angesichts der hohen Anzahl bereits bestehender akademi-



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

scher Titel und Berufstitel entbehrlich.

## Zu Art. 1 - § 47a Abs. 1 ÄrzteG

### Allgemeine Ausführungen

Angesichts der Herausforderungen im Gesundheitssystem wird die Möglichkeit der Anstellung von Ärzten bei Ärzten grundsätzlich begrüßt, soweit damit vorrangig die Sicherung, Verbesserung und Ausweitung des Sachleistungssystems der Sozialversicherung unterstützt wird.

Dafür sind aber verstärkte gesetzliche Rahmenbedingungen unerlässlich. Eine bloße, wenn auch eingeschränkte Möglichkeit im Berufsrecht ist wohl unzureichend.

Die vorliegende Novelle lässt folgende Fragestellungen ungeklärt:

- Welche Steuerungsmöglichkeiten haben die Krankenversicherungsträger im vertragsärztlichen Bereich? Selbst die Erläuterungen zu § 47a sprechen dieses Thema an „... zum Zweck der Vertretung (Abs. 3) und der nicht nur vorübergehenden Leistungserbringung (Abs. 1) .... Während durch Vertretung keine nennenswerte Steigerung des Leistungsvolumens bewirkt wird, kann mit der Einbindung zusätzlicher Ärztinnen/Ärzte für eine nicht nur vorübergehende Leistungserbringung auch eine deutliche Ausweitung des Leistungsvolumens einer Ordinationsstätte bzw. Gruppenpraxis verbunden sein ...“. Eine solche kann durchaus in manchen Fällen gezielt gewollt sein, wenn dadurch eine Qualitätssteigerung erfolgt (geringere Wartezeiten, verbesserte Öffnungszeiten). Der vorliegende Entwurf sieht aber lediglich berufsrechtliche und eine vertragsrechtliche Bestimmungen im Rahmen des 6. Teils des ASVG vor.
- Wie wird sichergestellt, dass die ärztlichen Kapazitäten bestehen bleiben? In Deutschland wurde der Effekt durch eine Untersuchung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestätigt, dass der „der Kassenarzt, der anstellt, arbeitet selbst weniger“ ([http://www.kbv.de/html/1150\\_37646.php](http://www.kbv.de/html/1150_37646.php));
- Wie wird der Anreiz, sich in Randgebieten niederzulassen, verstärkt, wenn für junge Ärzte die Möglichkeit besteht im niedergelassenen Bereich in Ballungszentren als Angestellte tätig zu werden? Auffassungen dahin, „lieber eine Anstellung in der Stadt, als eine Planstelle am Land“ sind im Sinn des öffentlichen Gesundheitswesens nicht zu unterstützen; die Besetzungsproblematik würde noch größer.
- Welche Auswirkungen hat die Anstellung auf die Gesundheitsplanung? Die Stellenplanung muss gesichert und wirksam bleiben.



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

Da die Krankenbehandlung weitgehend aus öffentlichen Mitteln finanziert wird, darf die Neuregelung nicht zu unsteuerbaren Angebotserweiterungen führen. Alle Rahmenbedingungen, die gerade erst seit wenigen Jahren durch die Gesundheitsreform geschaffen werden sollen, würden damit (zu Gunsten eines einzelnen Anbieterkreises!) unterlaufen werden.

- Wie werden durch eine einseitige Anstellungsmöglichkeit ohne Planung Unter- und Fehlversorgung, aber auch Überversorgung vermieden?
- Wie werden Vertretung und Anstellung voneinander abgegrenzt? Wie kann verhindert werden, dass in Vertragsordinationen Vertreter und Angestellte die Arbeitskraft des Vertragsinhabers nahezu zur Gänze ersetzen?

Das Berufsrecht schafft zunächst nur die Möglichkeit zur Anstellung von Ärzten. Das ändert nichts an bestehenden Verträgen und vereinbarten Angebotsplanungen. Um eine Anstellung im Vertragspartnerbereich zu ermöglichen, müssen die vertraglichen Voraussetzungen geschaffen werden.

Die Absicht der Flexibilisierung der Kassenvertragsstruktur ist grundsätzlich zu unterstützen, allerdings bedarf es hierfür klarer sozialversicherungsrechtlicher Begleitregelungen.

Dies insbesondere, um Rechtssicherheit im Bereich der Anstellung von Ärzten in Ordinationen, Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten mit Kassenvertrag zu gewährleisten, aber auch, um die finanziellen Auswirkungen im Griff zu behalten.

#### Kompetenzrechtliche bzw. krankenanstaltenrechtliche Abgrenzung

In kompetenzrechtlicher Sicht bestehen Bedenken gegenüber der verfassungsrechtlichen Zulässigkeit, die Anstellungsmöglichkeit von Ärzten auf Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG zu stützen.

Ambulatorien unterliegen dem Kompetenztatbestand „Heil- und Pflegeanstalten“ gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG, während ärztliche „Einzelordinationen“ dem Kompetenztatbestand „Gesundheitswesen“ iSd Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG zuzuordnen sind.

Durch die Anstellung von Ärzten kann jenes Maß an Organisiertheit erreicht werden, welches einem Ambulatorium entspricht. Die aufgrund der Tätigkeit von mehreren Ärzten notwendige Aufstockung des nicht-ärztlichen Personals führt zu weiterer Vergrößerung. Dies gilt insbesondere, wenn ein Vollzeitäquivalent auf mehrere Köpfe aufgeteilt wird.



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

Eine ärztliche Ordination bzw. eine ärztliche Gruppenpraxis kann nur dann Art 10 Abs. 1 Z 12 B-VG zugeordnet werden, wenn ein angestellter Arzt keiner fachlichen Weisungsbindung hinsichtlich der Durchführung von Behandlungen unterliegt. Ein gegebener Weisungszusammenhang zwischen anstellendem und angestelltem Arzt schließt eine Anwendung von Art. 10 B-VG aus.

Gerade in der Kassenpraxis wird es einen solchen fachlichen Weisungszusammenhang aber geben, da der anstellende Arzt seine vertraglichen Verpflichtungen gegenüber der Krankenversicherung auf den angestellten Arzt übertragen wird (z.B. die Verpflichtung zur ökonomisch günstigeren Krankenbehandlung bei medizinisch gleichwertigen Behandlungen).

Die Abgrenzung zwischen (Gruppen-)praxen und Krankenanstalten wäre zu präzisieren. Es darf nicht dazu kommen, dass über die Anstellung von Ärzten das Krankenanstaltenrecht unterlaufen wird (vgl. EuGH, Rs C-169/07, „Hartlauer“ und die Erkenntnisse des Verfassungsgerichtshofes VfSlg. 14.444 bzw. 13.023 betreffend die Abgrenzung privater und öffentlicher Gesundheitsversorgung).

Das geplante Anstellungsrecht hat auch wettbewerbsrechtliche Gesichtspunkte: Planungsmaßnahmen im Gesundheitswesen bauen auf konkret definierten Angebotskapazitäten auf. Es darf nicht dazu kommen, dass über die Anstellung eine Arztpraxis Leistungen wie eine ambulante Krankenanstalt erbringen kann, aber nicht die für Krankenanstalten geltenden Rahmenbedingungen einzuhalten hätte. Auch in diesem Zusammenhang darf auf die bereits eingangs erwähnte „Hartlauer“-Entscheidung des EuGH und deren Folgejudikatur der österreichischen Höchstgerichte verwiesen werden.

### Stellenplanung, ÖSG/RSG

Die Anstellungsmöglichkeit für Ärzte zeigt massive Auswirkungen auf die Versorgung durch Vertragsärzte in Kassenpraxen.

Ohne flankierende Maßnahmen können durch den Einsatz angestellter Ärzte in Kassenpraxen Anzahl, Lage und Verteilung von Ärzten im Versorgungsgebiet nicht mehr durch die Sozialversicherung gemeinsam mit den Ärztekammern über den Stellenplan gesteuert werden.

Ein unkontrolliertes Unterlaufen der gesamtvertraglichen Stellenpläne führt in weiterer Folge zu Ungleichgewichten in der Versorgung und kann weitere Schwierigkeiten in der dezentralen Verteilung von versorgungsrelevanten Behandlungsstellen hervorrufen.



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

Eine gesicherte Versorgungsplanung über den Stellenplan bzw. den jeweiligen regionalen Strukturplan, der unter Berücksichtigung auch örtlicher, demografischer und sektoraler Gegebenheiten erstellt wird, darf nicht unterlaufen werden.

Auch muss vermieden werden, dass die Stellenplanung für Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten durch die Anstellung von Ärzten in Einzelpraxen unterlaufen wird.

Zu regeln wäre auch, ob durch die Anstellung eines Arztes in der Region andere Kassenstellen wegfallen. Eine Berücksichtigung der Auswirkungen auf den Stellenplan ist aus unserer Sicht zwingend erforderlich.

Die Ausweitung der Kapazität einer einzelnen Behandlungsstelle durch die Anstellung eines Arztes wird zum Nachteil einer gewünschten Ausweitung der Versorgung in der Fläche werden, weil dadurch weniger Anreiz besteht, zusätzliche Niederlassungen zu gründen.

In die Entscheidung, ob in einer Region bzw. auf einer Kassenplanstelle ein angestellter Arzt eingesetzt werden kann, ist daher jedenfalls die Sozialversicherung maßgeblich einzubeziehen.

Eine gesetzlich normierte Anrechnung angestellter Ärzte auf den Stellenplan wäre dringend zu ergänzen, um eine unkontrollierte Vermehrung von Ärzten in den Ordinationen inklusive Gruppenpraxen zu verhindern und die Versorgungsplanung zu gewährleisten.

Eine Anrechnung auf den Stellenplan ist zwingend erforderlich.

Für eine Anrechnung wäre es zweckmäßig, anstelle von Vollzeitäquivalenten die Anzahl von Ärzten per se – daher „Ärztkepfe“ zu limitieren. Je angestelltem Arzt wäre entsprechend eine Stelle des Stellenplans in der jeweils örtlichen Definition des jeweiligen Fachgebiets zu reduzieren.

Ohne entsprechende Maßnahmen würde die Möglichkeit der Anstellung eines Arztes mit 40 Stunden durch einen Vertragsarzt mit einer Mindestordinationszeit von (oftmals nur) 20 Wochenstunden den gesamtvertraglichen Stellenplan zur Gänze ad absurdum führen.

Das ist ein weiteres Argument dafür, dass es dringend einer Begleitregelung im Vertragspartnerrecht bedarf.





Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

### Begriff der Ordinationsstätte - Problematik Zweitordination/Zweifach

Offen ist, ob eine Anstellung auch an Zweitordinationen möglich sein soll. Eine Anstellung nur an einer Zweitordination, während der Ordinationsstätteninhaber an der Erstordination tätig ist, ist gesetzlich auszuschließen.

Wird der Vorschlag nicht umgesetzt, ist eindeutig klarzustellen, das auch bei der Führung einer Zweitordination ebenso nur ein Anstellungsverhältnis im Ausmaß eines einzigen Vollzeitäquivalents zulässig ist und nicht zwei. Dies gilt sinngemäß für Gruppenpraxen.

Weder der anstellende Arzt noch der angestellte Arzt sollen ohne Zustimmung von Kasse und Ärztekammer in einer Zweitordination des anstellenden Arztes tätig werden dürfen.

### Gruppenpraxen

Durch die Möglichkeit einer Anstellung in Ordinationsstätten (Einzelärzte) erfolgt wirtschaftlich gesehen eine Schlechterstellung von Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten (PVE).

Die Gründung einer Gruppenpraxis oder PVE wäre im Vergleich zur Anstellung von beispielsweise zwei Ärzten in einem Ausmaß von insgesamt 40 Wochenstunden sowie der „Beschäftigung“ von mehreren Vertretungsärzten ökonomisch und fachlich nicht mehr attraktiv.

Gruppenpraxen und PVE sind insbesondere auf Grund der erweiterten Öffnungszeiten, verbindlicher Versorgungsaufträge und des breiteren Spektrums an Gesundheitsberufen für die Versorgung der Bevölkerung von großer Bedeutung.

Gesetzliche Regelungen, die diese Modelle unattraktiver machen, sind im Sinne einer optimalen Versorgung der Bevölkerung deshalb abzulehnen.

Es wird daher ausdrücklich empfohlen, eine Anstellungsmöglichkeit im vorgesehenen Ausmaß ausschließlich für Gruppenpraxen und PVE in Form von Gruppenpraxen vorzusehen.

Für Einzelordinationen sollte eine Anstellung nur entsprechend der jeweiligen Mindestöffnungszeit vorgesehen werden.

### Anstellung nach Maßgabe von Vollzeitäquivalenten

Es ist normiert, dass einem Vollzeitäquivalent (VZÄ) 40 Wochenstunden entsprechen.



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

Zunächst wäre die Regelung dahingehend zu präzisieren, ob sich das Ausmaß der VZÄ auf die Mindestordinationsöffnungszeiten, die tatsächlichen Ordinationsöffnungszeiten oder die Regelarbeitszeit bezieht.

Weiters stellt das VZÄ als Maßzahl eine nicht praktikable Bezugsgröße dar.

Die Definition der Höchstgrenze über das VZÄ würde dem niedergelassenen Arzt die Möglichkeit bieten, mehrere Ärzte in Teilzeit (z. B. fünf Ärzte zu acht Stunden in der Woche) zu beschäftigen. Im Falle von Mehrarbeit bis zu Ausmaß der gesetzlichen Höchstarbeitszeit besteht die Gefahr, dass dadurch „Großordinationen“ mit einer Vervielfachung der Versorgungskapazitäten entstehen, die einer Krankenanstaltenstruktur nahekommen.

Zudem kommt es durch die Festlegung auf ein VZÄ mit 40 Wochenstunden zu einem zeitlichen Ungleichgewicht zwischen der vertragsärztlichen Mindestordinationszeit (regelmäßig in etwa 20 bis 22 Stunden) und dem Vollbeschäftigungsausmaß von 40 Stunden.

Dies kann zu einer Vervielfachung der Versorgungskapazität einer Ordination führen, mit allen positiven, aber auch negativen Auswirkungen auf beispielsweise Stellenplanung und Finanzierbarkeit. Auch hier wird auf die Dringlichkeit einer parallelen Regelung im Vertragspartnerrecht verwiesen

**Es sollte daher anstelle des VZÄ auf die Anzahl an Personen („Köpfe“) abgestellt werden.**

Je niedergelassenem Arzt sollte nur ein einziger Arzt bzw. je Gruppenpraxis maximal zwei Ärzte angestellt werden dürfen.

Anwesenheit des Arztes die anstellt.

Derzeit gibt es keine Regelungen über gleichzeitige Anwesenheiten von angestellten Ärzten und den AnstellerInnen. Das kann insbesondere im Vertragsärztlichen Bereich, aber auch im Wahlarztbereich zu unerwünschten Effekten führen.

Jedenfalls ist sicherzustellen, dass der anstellende Arzt weiterhin in der Ordination auch gleichzeitig mit dem angestellten Arzt tätig ist.

Zustimmungsrecht der Krankenversicherungsträger

Um die bereits genannten negativen Auswirkungen einzuschränken wäre gesetzlich ein Zustimmungsrecht für die Sozialversicherung und die Ärztekammern



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

für den Einsatz angestellter Ärzte bei einzelnen Vertragsärzten, Vertragsgruppenpraxen und Primärversorgungseinrichtungen vorzusehen.

In den Erläuterungen steht, dass erst zu prüfen sei, ob die Anstellung in Kassenvertragsordinationen der Zustimmung der Gesamtvertragsparteien bedarf bzw. ein entsprechendes Zustimmungserfordernis gesetzlich zu verankern ist (S 9, sechster Absatz).

Daraus könnte gefolgert werden, dass ohne eine solche gesetzliche Bestimmung es dieser Zustimmung gar nicht bedürfte. Damit wären alle Stellenpläne obsolet und jede Ausgabensteuerung aussichtslos.

**Um zumindest ansatzweise noch Möglichkeiten zur Planung und Steuerung zu haben, ist es zwingend erforderlich, die Zustimmung der Krankenversicherungsträger als Voraussetzung für eine Anstellung bei Vertragsärzten, Vertragsarzt-Gruppenpraxen und PVE im ASVG gesetzlich festzulegen.**

#### Transparentes Auswahlverfahren

Aktuell werden durch Reihungskriterien, die per Verordnung festgelegt und gesamtvertraglich konkretisiert sind, die objektiv qualifiziertesten Bewerber für eine Kassenarztstelle ausgewählt.

Durch die Möglichkeit der Anstellung obliegt es nunmehr dem Ordinationsinhaber nach eigenem Ermessen die Ärzte auszuwählen. Dabei könnten ökonomische Gründe oder persönliche Sympathien höher gewertet werden als Berufserfahrung oder Qualifikation.

Dies erscheint für den Bereich des Vertragspartnerrechts auch aus vergaberichtlicher Sicht fraglich.

Es wird jedenfalls erforderlich sein, im Einvernehmen mit den Sozialversicherungsträgern Auswahlkriterien in Anlehnung an die bisherigen Kriterien auch für angestellte Ärzte zu entwickeln.

Eine Bestimmung zur Auswahl von angestellten Ärzten wäre zu ergänzen und wäre die Reihungskriterien-Verordnung anzupassen.

#### Regelung durch Gesamtverträge

Der Einsatz angestellter Ärzte in Kassenpraxen wirft einige zum Teil auch komplexe Materien auf.



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

**Es muss daher der Abschluss eines eigenen Gesamtvertrages zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer betreffend die Anstellung von Ärzten als Voraussetzung in das ASVG aufgenommen werden (analog zur Regelung des § 342d ASVG, Lehrpraxen-Gesamtvertrag).**

Der Gesamtvertrag sollte innerhalb einer zu normierenden Frist abzuschließen sein und bundesweit einheitlich für alle Krankenversicherungsträger gelten.

Insbesondere folgende Gegenstände wären zu regeln:

- Auswirkungen auf den Stellenplan und RSG (Bedarfsprüfung);
- Ausdehnung der Ordinationszeiten im Sinne der Versorgungsverbesserung;
- Mindestanwesenheitszeiten von Arzt und angestelltem Arzt;
- Geeignete Aufzeichnung über tatsächliche Arbeitszeiten;
- Transparenz gegenüber dem Patienten, Anwesenheit des Vertragsinhabers und der angestellten Ärzte;
- Qualitäts- und Ausbildungserfordernisse der angestellten Ärzte;
- Berücksichtigung von Anstellungskriterien bei der Auswahl von Vertragsärzten (Anpassung der Reihungskriterien);
- Verhältnis von Vertretung und Anstellung in einer Vertragsordination;
- Auswirkungen auf das Honorierungssystem.

Ergänzend wird vorgeschlagen, die gesetzlichen Regelungen über die Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen erst nach Wirksamkeit eines bundesweiten Gesamtvertrages in Kraft treten zu lassen.

Weiters wäre gesetzlich vorzusehen, dass ein Verstoß gegen die Meldepflicht einer beabsichtigten Anstellung bzw. die Zustimmungsverpflichtung eine schwerwiegende Vertragsverletzung darstellt, ebenso wie die Ausweitung der tatsächlich geleisteten Stunden aller angestellten Ärzte über das erlaubte Maß an Vollzeitäquivalenten. Entsprechende Sanktionen wären vorzusehen.

### Einzelverträge mit Ärzten

In diesem Zusammenhang besteht beispielsweise in folgenden Punkten Regelungsbedarf:

- Werden angestellte Ärzte vom Vertrag mit dem Krankenversicherungsträger erfasst? Wer ist/bleibt Vertragspartner des Krankenversicherungsträgers? Gilt der Vertrag dann für Leistungen aller beteiligten Ärzte?
- Ist eine Änderung des § 343 Abs. 1 ASVG im Hinblick auf die Aufnahme in den Vertrag und Auflösung des Vertragsverhältnisses notwendig?
- Gültigkeit sonstiger Bestimmungen (z. B. Altersgrenze für Vertragsärzte) auch für die angestellten Ärzte?



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

### Transparentes Auswahlverfahren

Aktuell werden durch Reihungskriterien, die per Verordnung festgelegt und gesamtvertraglich konkretisiert sind, die objektiv qualifiziertesten Bewerber für eine Kassenarztstelle ausgewählt.

Durch die Möglichkeit der Anstellung obliegt es nunmehr dem Ordinationsinhaber nach eigenem Ermessen die Ärzte auszuwählen. Dabei könnten ökonomische Gründe oder persönliche Sympathien höher gewertet werden als Berufserfahrung oder Qualifikation.

Dies erscheint für den Bereich des Vertragspartnerrechts auch aus vergabe-rechtlicher Sicht fraglich.

Es wird jedenfalls erforderlich sein, im Einvernehmen mit den Sozialversicherungsträgern Auswahlkriterien in Anlehnung an die bisherigen Kriterien auch für angestellte Ärzte zu entwickeln.

Eine Bestimmung zur Auswahl von angestellten Ärzten wäre zu ergänzen und wäre die Reihungskriterien-Verordnung anzupassen

### Haftungsrechtliche Fragen

Die Haftungsfrage aufgrund der Anstellung von Ärzten ist im Ärztegesetz zu regeln. Eine Erhöhung der Versicherungssumme der Berufshaftpflichtversicherung ist notwendig (§ 52d ÄrzteG), da der angestellte Arzt als Vertreter seines Arbeitgebers auftritt; siehe auch § 1010 ABGB über die Bereitstellung von Vertretern und die Haftung dafür – die dort erwähnte „Vollmacht“ kann nicht ausreichend sein, da der Patient nicht fachlich entscheidungsfähig über die Qualifikation des Angestellten sein kann). Der angestellte Arzt ist Erfüllungsgehilfe – ein anstellender Arzt haftet, ohne auf dessen berufliche Tätigkeit Einfluss nehmen zu können (vgl. jedoch zur Anstellung ohne fachliche Weisungsbindung *Stöger*, RdM 2018/117, S. 158 f.).

Gesamtvertraglich ist zur Stellvertretung unter anderem normiert, dass der Vertragsarzt im Falle einer persönlichen Verhinderung für eine Vertretung unter Haftung für die Einhaltung der vertraglichen Bestimmungen Sorge zu tragen hat.

Es wäre klarzustellen, dass diese (und ähnliche) Bestimmung im Falle einer Vertretung weiterhin anzuwenden sind. Eine Verpflichtung zur Einhaltung vertraglicher Bestimmungen wären auch im Falle einer Anstellung vorzusehen.



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

### Arbeitsrechtliche Aspekte und Dienstnehmerbegriff

Es ist sicherzustellen, dass geeignete Arbeitszeitaufzeichnungen geführt werden, die eine Kontrolle ermöglichen.

Weiters ist zu klären, wie das Verhältnis zwischen der Arbeitszeit (Höchst- arbeitszeitgrenzen, Arbeitnehmerschutz etc.) im Anstellungsverhältnis zu einem Arzt bei gleichzeitiger Tätigkeit als Spitalsarzt zu behandeln ist.

Eine Klarstellung wäre auch dahingehend erforderlich, wem auf Arbeitnehmer- seite Kollektivvertragsfähigkeit zukommt; dies vor allem deshalb, da derzeit der Anschein einer ausreichenden Gegnerunabhängigkeit gemäß § 4 Abs. 1 ArbVG nicht gegeben ist, wenn die Kurie der niedergelassenen Ärzte (als Dienstgeber- vertreter) mit der Kurie der angestellten Ärzte derselben Ärztekammer (als Dienstnehmervertreter) Kollektivvertragsverhandlungen zu führen hätte. Wir gehen davon aus, dass Kollektivverträge unter Berücksichtigung des Grundsatzes des Vorrangs freiwilliger Interessenvertretungen abgeschlossen werden.

### Honorarvolumen

Ohne eingehende Begleitmaßnahmen ist eine beträchtliche Ausweitung des Honorarvolumens zu erwarten. Insbesondere auf Grund des fehlenden Über- gangszeitraums wird dies vermutlich bereits 2019 Auswirkungen zeigen, beste- hende Zielwert könnten dadurch verfehlt werden.

### Darstellung der finanziellen Auswirkungen für die Sozialversicherung in den Ma- terialien zum Novellenentwurf

Die Regeln über die Analyse der wirtschaftlichen Folgen des Gesetzes (WFA) sind nicht eingehalten:

In den Materialien fehlt jeglicher Hinweis auf die finanziellen Auswirkungen auf die Sozialversicherungsträger.

Die geplanten Änderungen werden – insbesondere ohne flankierende Maßnah- men – zu massiven Änderungen im Vertragsarztsystem führen und neben den Auswirkungen auf die Patientenversorgung auch die finanzielle Lage der Kran- kenversicherungsträger massiv beeinflussen werden.

Die finanziellen Auswirkungen im Bereich der Sozialversicherung wären daher unter den „Auswirkungen auf den Bundeshaushalt und andere öffentliche Haus- halte“ darzustellen.



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

### Zu Art. 1 - § 47a Abs. 2 ÄrzteG

Vorgesehen ist, dass die Anstellung nur im jeweiligen Fachgebiet erfolgen darf. Unklar ist, ob diese Regelung auch bei Gruppenpraxen mit Gesellschaftern unterschiedlicher Fachgebiete gilt. Eine Präzisierung ist daher notwendig.

Der Entwurf sieht vor, dass die freie Arztwahl zu gewährleisten ist. Die freie Arztwahl ist zudem in § 135 Abs. 2 erster Satz ASVG festgelegt.

Nach dem vorliegenden Entwurf ist unklar, wie die freie Arztwahl zu gewährleisten ist. Um den Grundsatz der freien Arztwahl zu garantieren, sind entsprechende klare Regelungen vorzusehen.

Dies kann nur sichergestellt sein, wenn beide Ärzte gleichzeitig während den Ordinationsöffnungszeiten tätig sind. Die Anwesenheit der verfügbaren Ärzte muss zudem in geeigneter Form für die Patienten ersichtlich sein.

Durch die Beschäftigung von mehreren Ärzten in einer Ordination, zum Teil im Angestelltenverhältnis, zum Teil als Vertretung, tritt die persönliche Leistungsverpflichtung eines Vertragsarztes und damit die Gewährleistung, vom Arzt der Wahl behandelt zu werden, klar in den Hintergrund.

### Zu Art. 1 - § 47a Abs. 3 ÄrzteG

Die Definition, wann eine Vertretung als freiberufliche Tätigkeit zu werten ist, ist unklar und zum Teil nicht nachvollziehbar. Zudem wäre die Abgrenzung zu einer Tätigkeit im Angestelltenverhältnis zu präzisieren.

Zunächst ist nicht nachvollziehbar, wie eine „vorübergehende“ Vertretung gleichzeitig eine „regelmäßige“ oder „fallweise“ sein kann. Eine Klarstellung wäre erforderlich.

Die Erläuterungen führen zur Vertretung aus, dass darunter die ordnungsgemäße Fortführung einer Ordination durch einen anderen Arzt im Falle einer persönlichen Verhinderung des Ordinationsinhabers/Gesellschafters zu verstehen ist.

Da eine persönliche Verhinderung bedeutet, dass der verhinderte Arzt nicht in der Ordination anwesend sein wird/kann, stellt sich grundsätzlich die Frage, wozu es der Festlegung im Gesetzesentwurf bedarf, dass der vertretene Arzt und der vertretende Arzt „*nicht überwiegend gleichzeitig*“ in der Ordinationsstätte oder Gruppenpraxis ärztlich tätig sind.

Unklar ist, wie „*überwiegend*“ definiert wird.



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

Dem Wortlaut nach, wäre für das Vorliegen einer Vertretung eine gleichzeitige Tätigkeit mit dem zu vertretenden Arzt für weniger als die Hälfte (oder bis zur Hälfte?) der Zeit einer ärztlichen Tätigkeit zulässig. Der Ordinationsinhaber könnte für einen gewichtigen Teil der Ordinationsöffnungszeit (bis zu 50 %?) parallel zu einem „Vertretungsarzt“ ärztlich tätig sein, ohne dass ein Anstellungsverhältnis vorliegt.

**Der Begriff „Vertretung“ würde dabei dem eigentlichen Sinn entfremdet.**

**Ein Vertreter kann nicht gleichzeitig mit dem Ordinationsstätteninhaber oder dem vertretenen Gesellschafter der Gruppenpraxis tätig sein. Eine Vertretung (fallweise oder regelmäßig) erfordert per se die Abwesenheit des vertretenen Arztes. Eine zeitlich überlappende Anwesenheit des vertretenden und des vertretenen Arztes müsste daher jedenfalls ausgeschlossen sein.**

Es ist klarzustellen, dass eine Vertretung nur aus einem persönlichen Verhinderungsgrund des Ordinationsstätteninhabers/Gesellschafters erfolgen darf (etwa aus Krankheits-, Urlaubs- und Fortbildungsgründen oder Betreuungspflichten).

Das Wort „überwiegend“ ist zu streichen. Eine Vertretung kann ausnahmslos nur dann vorliegen, wenn der vertretene Arzt nicht in der Ordination ist.

Weiters ergibt sich die Trennung zwischen einer Vertretung und einer Anstellung dem Entwurf nach durch die Beurteilung, ob die ärztliche Tätigkeit in der Ordination „nicht überwiegend gleichzeitig“ mit dem Ordinationsinhaber oder Gruppenpraxengesellschafter erfolgt.

Die Erläuterungen führen dazu aus: *„Diese Vertretung wird erst dann zum Anstellungsverhältnis, wenn die Vertreterin/der Vertreter zusätzlich zur Vertretung auch gleichzeitig mit der Ärztin/dem Arzt, die/den sie/er vertritt in der Ordination tätig ist und diese Tätigkeit im Umfang zur Vertretungstätigkeit zeitlich überwiegt.“*

**Es muss jedenfalls ausgeschlossen sein, dass dieselbe Person sowohl Vertreter als auch Angestellter sein kann. Jede zeitlich überlappende Tätigkeit (fallweise oder regelmäßig) ist als angestellte Tätigkeit zu definieren.**

Andernfalls müsste ausdrücklich klargestellt und präzise normiert werden, ob und in welchen Fällen angestellten Ärzte auch als Vertretung (beispielsweise im Falle von Krankheit der Ordinationsstätteninhaber) tätig werden können und in welchem Stundenausmaß.





Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

Angemerkt wird, dass es nicht überprüfbar ist, ob eine überwiegend gleichzeitige Tätigkeit erfolgt, weil in Ordinationen keine verpflichteten Aufzeichnungen über die Anwesenheit eines Vertreters geführt werden. Es ist auch möglich, dass neben einem Vertreter auch angestellten Ärzten in der derselben Ordinationsstätte bzw. Gruppenpraxis tätig sind. Eine Ordination eines Vertragsarztes könnte sich aufgrund der gegenständlichen Regelungen in kurzer Zeit in eine Einheit entwickeln, in der mehr Ärzte tätig sind, als in Gruppenpraxen.

Unklar ist auch, ob auch eine (Teilzeit-)tätigkeit von z. B. acht Stunden pro Woche (20 % bezogen auf ein Vollzeitäquivalent) als angestellte Tätigkeit betrachtet werden könnte, obwohl „Vertreter“ und Vertretener nicht überwiegend gleichzeitig in der Ordination tätig sind.

Die derzeitige Regelung würde eine solche Teilzeittätigkeit per definitionem als freiberufliche Tätigkeit werten, sodass Teilzeitbeschäftigungen geringeren Ausmaßes faktisch und rechtlich verunmöglicht werden. Eine präzise Regelung wäre dahingehend erforderlich, ob und in welchem Ausmaß der Ordinationsstätteninhaber gleichzeitig mit dem angestellten Arzt anwesend sein muss.

Es sollte zudem auf den sozialversicherungsrechtlichen Dienstnehmerbegriff des § 4 Abs. 2 ASVG abgestellt werden. Demnach ist Dienstnehmer, wer in einem Verhältnis persönlicher und wirtschaftlicher Abhängigkeit gegen Entgelt beschäftigt wird.

Die vorgenommene Differenzierung zwischen *vorübergehender* ärztlicher Leistungserbringung zum Zweck der Vertretung (Abs. 3) und der *nicht nur vorübergehenden* Leistungserbringung (Abs. 1) stellt unseres Erachtens auf das Leistungsvolumen bzw. auf wirtschaftliche Aspekte ab. Dies ist mit dem Dienstnehmerbegriff des § 4 Abs. 2 ASVG nicht vereinbar.

Es ist sicherzustellen, dass bei einer Beschäftigung gemäß § 47a Abs. 1 jedenfalls eine sozialversicherungsrechtliche Anmeldung als Dienstnehmer im Sinne des § 4 Abs. 2 ASVG erfolgen muss. Dies insbesondere auch in Hinblick auf die geplante Ausnahme von der Vollversicherung nach dem ASVG für Vertretungsärzte.

Gleichzeitig ist gesetzlich vorzusehen, dass ein Verstoß gegen § 47a Abs. 1 bzw. die Melde- und Beitragspflichten aus dem ASVG eine schwerwiegende Vertragsverletzung darstellt.

Zudem wird vorgeschlagen auch hier die übliche arbeits- bzw. sozialversicherungsrechtliche Betrachtung anzuwenden (siehe Ausführungen zu Abs. 3).



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

### Zu Art. 1 - § 51 Abs. 1 ÄrzteG, nicht im Entwurf, Ergänzungsvorschlag

In der gegenständlichen Novelle sollte eine codierte Diagnoserfassung – wie sie in der Zielsteuerung vorgesehen ist – normiert werden. § 51 Abs. 1 sollte wie folgt ergänzt werden

*„Der Arzt ist verpflichtet, Aufzeichnungen über ..., die Diagnose **auch in codierter Form** (z. B. [Definition der Codierung], ...“*

### Abschließende Anregung

Generell wird zum Thema Anstellung angeregt darüber nachzudenken, ob eine flächendeckende Sicherung der Sachleistungsversorgung und eine Verbesserung der Qualität nicht durch eine Anstellung von Ärzten nach dem Modell der pharmazeutischen Gehaltskasse sinnvoll wäre. Dadurch würden vor allem Teilzeitbeschäftigungen und der Wiedereinstieg gefördert. Die anstellenden Ärzte würden von Bürokratie entlastet und angestellte Ärzte könnten auch zwischen ländlichen und städtischen Arztpraxen leichter wechseln. Durch eine Beteiligung der öffentlichen Hand würde auch die Planung erleichtert. Auf den bereits im § 81 Abs. 2b ASVG vorgesehenen Fonds zur Anstellung von auszubildenden Ärzten sei aus organisatorischer Sicht (daher ohne zusätzliche Finanzierungsverpflichtung aus öffentlichen Mitteln) verwiesen.

Mit freundlichen Grüßen  
Für den Hauptverband: